



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 1 de 85

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO**

1. Para el diligenciamiento de este formato tenga en cuenta las oportunidades de mejoramiento en la evaluación anterior (otorgamiento o seguimiento) y describa el cumplimiento de las mismas teniendo en cuenta los desarrollos y avances posteriores a la visita de otorgamiento y seguimiento así como la relación de las evidencias que soportan el cumplimiento de dichas oportunidades de mejoramiento, los resultados específicos y las tendencias. Relacione documentos, políticas institucionales, informes consolidados de procesos y resultados, informes de indicadores, gráficos de tendencias, informes de auditoría, actas de comités, modelos y programas, manuales, reglamentos, códigos, guías, aplicativos, formatos, instructivos entre otros.

La calificación, las fortalezas y las oportunidades de mejoramiento son para el estándar, no para los criterios. Los criterios indican lo que se debe tener en cuenta para el cumplimiento del estándar. En caso que alguna fortaleza u oportunidad de mejoramiento se haya descrito anteriormente y aplique a otro estándar favor no transcribirlas, sino indicar el número del estándar donde se haya descrito la fortaleza u oportunidad de mejoramiento.

Proceda a calificar individualmente cada estándar previa calificación de las 10 variables para cada uno: Sistemática 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 y comparación. Para la calificación final del estándar utilice el promedio, la moda, la mediana o el valor menor y califique el estándar. Indique cual medida utilizó para la calificación de los estándares. Adicionalmente califique cada grupo de estándares y registre la calificación.

2. El equipo evaluador podrá revisar durante la visita de evaluación, información adicional, documentos, aplicativos, realizar entrevistas con usuarios, familiares, trabajadores y proveedores, asociaciones de usuarios, Juntas Directivas y demás partes interesadas.

3. Los estándares tienen relacionado entre paréntesis, el número original del manual de la Resolución 1445.

**¡FAVOR IMPRIMIR POR EL ANVERSO Y REVERSO DE LAS HOJAS!**



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 2 de 85

1. ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO EVALUACIÓN ANTERIOR	ACCIONES IMPLEMENTADAS	ELEMENTOS DE VERIFICACION
<p><b>1.1 ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL HOSPITALARIO</b></p>	<p><b>1. Fortalecer las estrategias de divulgación de derechos y deberes en urgencias y mantenimiento sostenido de los estándares de divulgación y comprensión</b></p>	<p>Se realizó Plan de Mejoramiento donde se plantearon las siguientes actividades para esta oportunidad: Se estableció en el 2010, que la primera semana del mes es la semana de divulgación de los derechos y los deberes en el servicio de urgencias. Se colocó en los módulos del servicio de urgencias la divulgación de derechos y deberes. Se implementó la estrategia de funcionario guardián de los derechos de los usuarios, que tiene como función la divulgación, promoción y verificación de los derechos de los usuarios. La declaración de los derechos y deberes de los usuarios y código de ética; se divulgan en los procesos de inducción, reinducción, jornadas de estudio del personal, reuniones de los servicios y los diferentes medios de comunicación de la institución (Boletín Interno - Infosur), las Carteleras , separadores de libros, tacos de nota, entre otros) Se realiza medición del conocimiento por parte de los funcionarios de los derechos y deberes de los usuarios, mediante la aplicación de test y post test, el cual refleja un alto grado de conocimiento (97%) de los derechos y deberes por parte de los funcionarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de Mejora</li> <li>✓ Carteleras del servicio de urgencias</li> <li>✓ Audicom</li> <li>✓ Indicador de divulgación y comprensión de derechos y deberes de la Encuesta de satisfacción del Servicio de urgencias</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 3 de 85

<p><b>2. Diseñar e implementar un instructivo de acceso al proceso de atención en general para los servicios del hospital</b></p>	<p>El mapa de procesos de la institución muestra el camino lógico de atención del cliente desde que ingresa a la institución hasta su egreso. Dentro del modelo de atención se da prioridad para la accesibilidad a los servicios a las maternas, menores de un año, grupos discapacitados o con dificultades para el acceso. Se cuenta con un directorio de ruta de acceso que ilustra todo el proceso de atención. Se reubico el puesto de información para mejorar la accesibilidad de los usuarios para los diferentes servicios Se entrega Manual del Usuario a los pacientes internados para que conozcan los servicios que se ofrecen en el hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Señalización en el servicio</li> <li>✓ Manual del Usuario</li> </ul>
<p><b>3. Revisar los tiempos de atención y el triage en urgencias para identificar necesidades de mejoramiento</b></p>	<p>Se realizo Plan de Mejoramiento donde se estableció: Sensibilización acerca de la importancia de la realización del triage, se capacito en la correcta aplicación de ingreso y realización del triage. Se diseño volante de los tiempos de triage y consulta que es entregado a los usuarios en el momento del ingreso al servicio de urgencias. Se inicio implementación de mecanismos de llamado electrónico del consultorio de triage. Se realiza seguimiento a través del indicador de oportunidad promedio en minutos para la realización del triage, el cual muestra una tendencia a la mejora. Y es dado a conocer en el Comité de dirección y en las reuniones del Servicio de Urgencias, donde se toman las decisiones correctivas cuando es necesario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de Mejoramiento</li> <li>✓ Acta de Reunión de Médicos de Octubre</li> <li>✓ ISOLución, Oportunidad Promedio minutos para la realización del Triage</li> <li>✓ Actas mensuales de reunión de servicio de Urgencias</li> <li>✓ Actas de Comité de Dirección mensuales</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 4 de 85

<p><b>4. Analizar posibles mecanismos que permitan evaluar la comprensión de los usuarios del consentimiento informado</b></p>	<p>Se incluyó en el modelo de consentimiento informado la verificación de comprensión del usuario sobre los procedimientos y además se encuentra en las pautas del formato. Se divulgó la actualización en las reuniones de servicio y como medida de verificación se realizan llamadas a los usuarios verificando el cumplimiento al manual y se retroalimentó al personal por medio de correo electrónico.</p> <p>La institución cuenta con el indicador que mide la calidad en el diligenciamiento del consentimiento informado, el cual en el último año en el servicio de hospitalización se encuentra en 91% y en el servicio de Urgencias en un 95%, teniendo en cuenta que el estándar es 90%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de Mejoramiento Estándares Hospitalarios.</li> <li>✓ Indicadores en Isolución</li> </ul>
<p><b>5. Fortalecer el seguimiento de la divulgación de procedimientos de preparación de toma de muestras de laboratorio</b></p>	<p>Se implementaron formatos de entrega al paciente acerca de la preparación para la toma de muestras además se ha realizado divulgación también a través de la pagina web de la institución.</p> <p>Se realiza divulgación en las reuniones de servicio y se realiza seguimiento con las no atenciones por preparación inadecuada del paciente, obteniendo para el 2009 un promedio de 0.31% y para el 2010 un promedio de 0.13%</p> <p>Se adecuó la plantilla de la historia clínica para que el médico registre que le dio instrucciones al usuario para la preparación antes de la toma de muestras de laboratorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formatos de preparación de los pacientes para la toma de muestras</li> <li>✓ Pagina web de la institución</li> <li>✓ Actas de reuniones de servicio</li> <li>✓ Plan de Mejoramiento Estándares Hospitalarios.</li> <li>✓ Historia clínica electrónica</li> <li>✓ Gráfico de Proporción de usuarios con información de la preparación antes de la toma del examen</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 5 de 85

	<p><b>6. Revisar y fortalecer los mecanismos de búsqueda de la información de la historia clínica para facilitar su evaluación y seguimiento</b></p>	<p>Se han mejorado inducción y entrenamiento específico Se ha estandarizado cada vez más la parametrización de la historia clínica para hacer más fácil luego, la búsqueda de información Desde la parte técnica de sistemas de información, se realizaron ajustes de la base de datos, lo que permite disminuir el tiempo de búsqueda de información en la historia Se fortaleció el módulo de historia clínica con la estandarización en la identificación de oportunidades de mejora para el posterior seguimiento y evaluación de la misma con los funcionarios que la diligencian</p>	<p>✓ Módulo de historia clínica CNT paciente ✓ Formato de evaluación de historia clínica</p>
	<p><b>7. Identificar estrategias y alternativas de manejo con el entorno para generar negociaciones que permitan agilizar y mejorar la oportunidad de la referencia y contrarreferencia del hospital</b></p>	<p>Se realizó Plan de Mejoramiento, donde se especifica: Realizar un listado mensual de los pacientes remitidos en el servicio y envío de carta a los diferentes centros de remisión, solicitando las contrarreferencias. El Manual de referencia y contrarreferencia está siendo sometido a revisión y actualización</p>	<p>✓ Plan de Mejoramiento ✓ Carta solicitud de contrarreferencias</p>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 6 de 85

1.1.1. ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

**1. 1. Revisar las metas de mejoramiento establecidas, para establecer si son alcanzables y pueden mantenerse en el tiempo**

Se revisaron las metas establecidas dentro de los planes de mejoramiento, encontrando que para el 2010 se mejoró el indicador sobrepasando la meta esperada. Así pues, la adherencia a las guías de manejo para los servicios hospitalarios para 2009 se encontraba en 66%, para el 2010 se logro 84.6% (meta esperada 75%), y en cuanto a la adherencia a la historia clínica para el 2009 fue de 76% para el 2010 fue de 87.75% (meta esperada 80%). Se revisaron las guías y ajustes necesarios, se realizaron capacitaciones en las reuniones de médicos, se evaluó la adherencia a guías y a la historia clínica por medico, retroalimentando a estos de las oportunidades de mejora encontradas. En cuanto a los PRUM, se encuentra una proporción para la institución de 0.3 en el 2010, teniendo en cuenta que para el 2009 fue de 2 la meta esperada era 1,7, se realizo seguimiento y retroalimentación en las reuniones de los servicios y con cada funcionario. En cuanto a la adherencia a las 5 S en 2010 87.8%, para el 2009 fue de 85% y la meta es 88%. Y en cuanto a la adherencia a las normas de bioseguridad fue de 97.3% en el 2010 y el estándar es 98%.

Se ve pues que las metas planteadas son alcanzables, por lo que se continua en el mejoramiento continuo para mantenerlas y verificar que son sostenibles en el tiempo

- ✓ Plan de Mejoramiento Estándares Hospitalarios.
- ✓ Seguimiento al plan por Control Interno enero 2011
- ✓ Actas de reunión de servicio
- ✓ Actas Reunión de Médicos



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 7 de 85

	<b>2. Revisar mecanismos de mayor efectividad para la divulgación de la información de mejoramiento</b>	Se adquirió un software más amigable para el acceso a la información, se capacitó al personal para lograr que el 100% de los funcionarios conocieran su funcionamiento. En las reuniones de servicio se continúa la divulgación de las metas de mejoramiento, se retroalimentan las auditorías y las metas planteadas.	✓ Actas de reunión de servicio ✓ Actas de reunión de médicos
	<b>3. Establecer el grado de cumplimiento general de los estándares de mejoramiento</b>	Se realizó Plan de Mejoramiento a partir de las oportunidades de mejora detectadas en la Evaluación del ICONTEC, para enero de 2011 el grado de cumplimiento general para el plan de mejoramiento fue de 83% Esto además se ve fortalecido por el seguimiento sistemático que la Oficina de Control Interno realiza al desarrollo e implementación de los Planes de Mejoramiento y por el seguimiento que el PAMEC realiza al conocimiento de los mismos durante las auditorías realizadas a los servicios mediante el formato establecido para verificar la adherencia a los procesos	✓ Seguimiento al plan por Control Interno enero 2011 ✓ Adherencia a Procesos



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 8 de 85

**1.2 ESTÁNDARES  
SERVICIOS  
AMBULATORIOS**

**1. Realizar referenciación comparativa en el proceso de divulgación y comprensión de Derechos y Deberes**

Se realizó referenciación con Asesorías y Soluciones Integrales A&S y el Hospital Pablo Tobón Uribe dentro de las estrategias de divulgación y comprensión de derechos y deberes se adoptó como mejor práctica el cambio del formato de derechos y deberes. Actualmente nuestro formato de derechos y deberes permite una mejor comprensión de estos ya que tiene un mensaje corto y entendible y un formato más práctico.

Se adopta este nuevo formato y se continúan con las estrategias de divulgación a través de los diferentes medios de comunicación de la ESE.

Se realiza la evaluación en la divulgación y comprensión de los Derechos y Deberes de los usuarios, dando como resultado en el 2008 se encontraba en un 90.7%, en el 2009 en un 96.2% y en el 2010 un 96.8%.

- ✓ Formato de Derechos y Deberes
- ✓ Informe de Referenciación
- ✓ Resultados de encuesta de satisfacción





**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 9 de 85

**2. Profundizar en las estrategias de divulgación y motivación a los usuarios para el uso de los mecanismos para presentar quejas, reclamos y sugerencias**

La ESE cuenta con el modelo de Escucha Activa que permite captar las expresiones de los usuarios en los diferentes servicios y a través de diferentes estrategias (encuestas de satisfacción, Rondas de Liderazgo, Grupos de enfoque, Página Web, buzones, oficina amiga del usuario), el servicio de atención al usuario cuenta con procedimientos para dar respuesta a cada una de las expresiones presentadas por los usuarios con el fin de que estos se sientan motivados a continuar dando a conocer sus expresiones, así mismo a través de las carteleras se da a conocer los reclamos, sugerencias y felicitaciones presentadas por los usuarios, resaltando la importancia de las mismas para el mejoramiento de los servicios.

Se promueve la utilización de los mecanismos de escucha activa como Derecho y Deber de los usuarios. Desde cada servicio se promueve permanentemente la escucha activa apoyado de los medios de comunicación de la institución (carteleras, buzones de sugerencias, volantes, audicom, mensajes emergentes, Chat, correo electrónico, página Web, oficina amiga del usuario), Así mismo se realizó reubicación de los buzones de sugerencias para que los usuarios tengan mayores espacios y manifiesten sus opiniones, es así como en el año 2009 en cuanto a reclamaciones se presentaron 477 y en el año 2010 se presentaron 577, en general en el año 2010 se presentaron 3615 expresiones de usuarios

✓ Informe consolidado de escucha activa



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 10 de 85

**3 Se debe fortalecer el análisis de las dificultades de acceso a los usuarios de los servicios ambulatorios en las sedes.**

Se diseño instructivo para aplicar en los servicios ambulatorios en donde se consignan los motivos de no atención (multiafiliación, problemas de aseguramiento, No disponibilidad de cita en la sede, No disponibilidad de cita con el medico solicitado, entre otros). Se realiza consolidado mensual el cual es presentado en el comité de dirección para análisis de este e implementación de acciones correctivas. Para el 2010 los principales motivos de no atención fueron *No disponibilidad de cita sede solicitada 39%, No disponibilidad de cita con medico solicitado 22%, No convenio de atención 16%*.

Dentro de las acciones implementadas se realizo distribución de consultorios para la asignación de agendas de los programas de PyP y consulta medica; rotación de personal médico por los diferencias servicio. El servicio de odontología, contemplo dentro de su planeación, el no tener demanda no atendida, esto con el fin de no limitar el acceso a los usuarios. Se presentan situaciones administrativas como son las dificultades con el aseguramiento de los usuarios, que es el condicionante para la no prestación del mismo, sin embargo el procedimiento incluye el ofrecer los servicios como paciente particular. Las citas son asignadas de manera presencial y no personal, de tal manera que cualquier acudiente que porte los documentos del usuario, podrá solicitar la cita. Se implemento la asignación de citas a través del call center, después de evaluar la satisfacción del usuario se decide continuar con la asignación de citas presénciales. Se entreno al personal para la asignación de citas a los pacientes con discapacidad, permitiendo un fácil acceso y libre escogencia de la sede y profesional.

- ✓ Consolidado de motivos de devolución
- ✓ Acta del comité de dirección ampliado
- ✓ Procedimiento de
- ✓ Asignación de Citas, Atención en Salud Oral y Atención en Odontología.
- ✓ Indicadores de Satisfacción Global e Índice de Satisfacción



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 11 de 85

**4 Fortalecer el proceso de medición de la comprensión de indicaciones dadas por el equipo de salud a los usuarios.**

En el servicio de odontología se cuenta con la explicación de los procedimientos en un formato plastificado que se entrega al usuario mientras está en la sala de espera antes de su consulta, este se encuentra en un lenguaje claro y simple para su fácil entendimiento, posteriormente el profesional de nuevo explica cual va a ser los procedimientos y el por qué de su patología y llena el Consentimiento Informado. En las Historias Clínicas y Consentimiento Informado se deben consignar las indicaciones explicadas a los usuarios. Mediante las auditorías realizadas a las Historias clínicas, Consentimientos Informados y pacientes, se verifica la información suministrada y la comprensión de la misma, además se cuenta con las encuestas de satisfacción (donde se indaga por la comprensión). Estos resultados son retroalimentados a cada funcionario en las tardes de auditoría y reuniones del servicio para establecer los compromisos específicos que serán evaluados como parte de las competencias En el año 2010 se logró el 86%. El servicio de Promoción y Prevención se dio capacitación a funcionarios en cuanto el procedimiento relacionado con la atención en controles, donde uno de sus puntos importantes es la responsabilidad de brindar indicaciones y verificar lo entendido por el paciente, al finalizar el control; se viene midiendo la adherencia a este punto en específico a través de la medición al diligenciamiento de la Historia Clínica que se hace trimestralmente donde se paso de un 70% en su adherencia en el 2009 a un 73% en el 2010. En el servicio de consulta externa se ajusta la encuesta de satisfacción donde se interroga sobre los cuidados que se debe tener en el hogar según su patología. Se le realiza seguimiento trimestral en el comité de dirección ampliado.

- ✓ Procedimiento de atención en controles e ingresos de PyP.
- ✓ Medición de adherencia al diligenciamiento de la Historia Clínica de Médicos y Enfermería
- ✓ Indicador de Satisfacción Global (ISOLUCIÓN),
- ✓ Indicador de Calidad de los Registros de Historia Clínica y Consentimiento informado. Formato de auditoría de odontología.



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 12 de 85

	<p><b>5. Profundizar en el procedimiento para traducir las necesidades de los clientes en atributos de calidad de tal forma que se conviertan en especificaciones de diseño para los procesos</b></p>	<p>Desde la concepción y planeación de los servicio y alineado con los intereses de la ESE y los compromisos generados en su Plan de Desarrollo y Plataforma Estratégica, se ha tenido el usuario como eje fundamental y con este sus expectativas</p> <p>El usuario puede expresar sus inquietudes, necesidades, expectativas y sugerencias; Se tiene para esto la escucha activa o formatos de expresión que se depositan en los buzones de sugerencias, las encuestas de satisfacción, los grupos de enfoque y diferentes reuniones con la comunidad, la página Web, la línea de atención al usuario</p> <p>Se realizó ajuste a los procedimientos de los servicios los cuales deben tener dentro de sus objetivos los atributos de calidad. Los procedimientos del servicio de consulta externa fueron basados en el AMEF el cual se realizó con énfasis en la satisfacción.</p> <p>Además se realizó énfasis durante todo el 2010 durante la auditoría a los procesos que los objetivos, resultados y mecanismos de control giraran en torno a los atributos de calidad que les brindamos a nuestros usuarios</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Procedimiento de Promoción y Prevención publicados en Intranet (Isolución)</li><li>✓ Procedimientos de Consulta Externa</li><li>✓ Registro de aplicación del AMEF</li></ul>
--	---	--	---



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 13 de 85

	<p><b>6. Profundizar en las estrategias de motivación para el uso de los mecanismos con que cuenta el hospital para presentar quejas, reclamos y sugerencias</b></p>	<p>La ESE cuenta con el modelo de Escucha Activa que permite captar las expresiones de los usuarios en los diferentes servicios y a través de diferentes estrategias (Encuestas de satisfacción, Rondas de Liderazgo, Grupos de enfoque, Página Web, buzones, oficina amiga del usuario), el servicio de atención al usuario cuenta con procedimientos para dar respuesta a cada una de las expresiones presentadas por los usuarios con el fin de que estos se sientan motivados a continuar dando a conocer sus expresiones, así mismo a través de las carteleras se da a conocer los reclamos, sugerencias y felicitaciones presentadas por los usuarios, resaltando la importancia de las mismas para el mejoramiento de los servicios.</p> <p>Se promueve la utilización de los mecanismos de escucha activa como Derecho y Deber de los usuarios. Desde cada servicio se promueve permanentemente la escucha activa apoyado de los medios de comunicación de la institución (carteleras, buzones de sugerencias, volantes, audicom, mensajes emergentes, Chat, correo electrónico, página Web, oficina amiga del usuario), Así mismo se realizó reubicación de los buzones de sugerencias para que los usuarios tengan mayores espacios y manifiesten sus opiniones, es así como en el año 2009 en cuanto a reclamaciones se presentaron 477 y en el año 2010 se presentaron 577, en general en el año 2010 se presentaron 3615 expresiones de usuarios.</p> <p>La institución cuenta con el programa de fidelización y en este se incluye la recuperación y fidelización de los usuarios que hayan presentado reclamaciones, motivando a que continúen dando a conocer sus expresiones.</p>	<p>✓ Modelo de Escucha Activa</p>
--	--	--	-----------------------------------



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 14 de 85

<p><b>7. Fortalecer la medición de los resultados tendencias del desempeño de los procesos, de respuesta de la institución a las necesidades de los usuarios y sus familiares más allá de la resolución reclamos y quejas</b></p>	<p>La ESE cuenta con procedimientos para dar respuesta a cada una de las expresiones presentadas por los usuarios y sus familias, (Trámite de resolución de reclamos, trámite de sugerencias y trámite de felicitaciones), se cuenta con el indicador de tiempo promedio para la resolución de reclamos que se encuentra en 2.7 días promedio para dar respuesta a las expresiones de los usuarios.</p> <p>Así mismo se mide la adherencia a estos procedimientos y en la última auditoría realizada se encuentra en 89.7%. Durante el año 2010 se hizo énfasis durante las auditorías para que los procesos tuvieran mecanismos de control claros y con trazabilidad</p>	<p>✓ Procedimientos del Proceso</p>
<p><b>8. Fortalecer el proceso de referencia y con base en esta comparación diseñar nuevos procesos relacionados con el sistema escucha activa</b></p>	<p>Se realiza referenciación comparativa con A&amp;S en Gestión de las expresiones de los usuarios y participación comunitaria, saliendo como una de las mejores prácticas Coherentes con el mejoramiento continuo se actualizan los procedimientos de atención al usuario y se incluye un nuevo procedimiento de trámite de felicitaciones con el fin de tener definido el trámite con cada una de las expresiones de los usuarios.</p> <p>Para el año 2011 se incluye en el plan de acción de atención al usuario ubicar buzones de sugerencias en entidades externas a la institución con el fin de que los usuarios puedan expresar sus opiniones acerca de la institución.</p>	<p>✓ Informe de Referenciación</p>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 15 de 85

**9. Mantener activo el proceso de revisión de guías de tal forma que se involucren todos los procesos de la institución**

El comité de historias clínicas continua la revisión de la adherencia a guías de atención en los servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa y odontología.

Se actualizó el instrumento de evaluación de adherencia a guías de atención y diligenciamiento de la historia clínica, además se revisaron las guías de atención basados en el informe de morbilidad y se ajustaron las guías con las 10 primeras causas de morbi mortalidad del 2010. Se realiza un ejercicio con el personal médico quienes evalúan un numero de historia clínicas y les aplican el instrumento de evaluación de guías así nos permite que conozcan los instrumentos de evaluación y pueden a estudiar y aplicar las guías de atención de los diferentes servicios.

Se están realizando tardes de auditoría con el personal médico y de enfermería donde le realizamos retroalimentación a la adherencia a las guías de atención.

La adherencia a las guías de atención general para el 2009 fue de 73% en el 2010 paso a 84%.

✓ Informe de adherencia a guías de atención e instrumento de evaluación de guías



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 16 de 85

	<b>10. Fortalecer la educación que se da al usuario con riesgo de interacciones medicamentosas en los programas de crónicos</b>	Se realizó un plan de mejoramiento con las oportunidades de mejora detectadas en la visita de acreditación donde se priorizó la retroalimentación de los usuarios sobre las interacciones y reacciones adversas, para lo cual se realizó una charla educativa en todos los programas de promoción y prevención. Se programó charla educativa en las salas de espera del servicio farmacéutico sobre el tema de interacciones y reacciones adversas. Se incluyó como mejoramiento una pregunta en la encuesta de satisfacción del usuario, sobre si le brindaron educación al usuario sobre las reacciones adversas de los medicamentos. El resultado en la encuesta de satisfacción "Le explicaron las reacciones adversas de los medicamentos" obteniendo para el 2010 el 82.5% de explicaciones realizados a los usuarios.	✓ Plan de mejoramiento estándar ambulatorio ✓ Encuesta de satisfacción del usuario en el servicio farmacéutico.
	<b>11. Fortalecer el trabajo en equipo con los diferentes entes que intervienen el tema de maltrato infantil, abuso sexual o violencia domestica para controlar, monitorear y acompañar este proceso</b>	La E.S.E. tiene establecido un protocolo de Atención de la violencia, abuso sexual o maltrato, de tal forma que se pueda identificar casos activos y potenciales y llevar a cabo la atención pertinente y el trámite con la autoridad competente; además se ha venido conformando a nivel municipal un grupo de apoyo en Salud Mental, donde ha participado en su construcción la Psicóloga de la Institución	✓ Protocolo de Atención en Caso de Violencia, Abuso Sexual o Maltrato publicado en Intranet (Isolución)





**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 17 de 85

	<p><b>12. Afianzar la identificación y análisis de la reincidencia de eventos adversos o factores de riesgo por la misma causa, estandarizando los indicadores de monitoreo y los tipos de actividades que se debe realizar luego de sus análisis, en cuanto acciones correctivas, herramientas que prevengan la reincidencia y medidas de control.</b></p>	<p>Se ajustó el modelo de seguimiento a riesgos donde se plantean 3 componentes.</p> <p>En el componente preventivo el usuario y/o su familia son gestores de su propia seguridad; donde el usuario es inducido a participar en la planeación de su cuidado y tratamiento.</p> <p>Desde el comité de seguridad se fortaleció la búsqueda activa de incidentes y eventos adversos en los diferentes servicios a través de la herramienta de Trigger tool (resultados anormales de laboratorio, reingresos, uso de medicamentos con estrecho margen de seguridad, entre otros). En el componente de reporte y análisis se realizó ajuste del listado de incidentes y eventos adversos en salud y tecnovigilancia para facilitar la identificación y reporte por parte de los funcionarios. Los servicios definieron dentro de sus eventos e incidentes realizar seguimiento más sistemático por su frecuencia o riesgo.</p> <p>El informe de los eventos adversos y los planes de mejora son presentados en el comité de seguridad y en el comité de dirección ampliado y el seguimiento a los planeas se realiza desde control interno.</p> <p>Durante el año 2010 se capacitó al personal sobre la actualización del modelo y la identificación y reporte de los incidentes y eventos adversos.</p>	<p>✓ Modelo de seguimiento a Riesgos</p>
--	---	---	--

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

**13. Profundizar en los mecanismos de comparación de resultados con las mejores prácticas nacionales e internacionales; que les permitan realizar, adaptar y/o rediseñar los procesos críticos de la gestión clínica**

Durante el 2010 se realizaron 2 visitas de referenciación con énfasis en Promoción y Prevención:

1. Atención en Crecimiento y Desarrollo con la ESE Hospital San Juan de Dios del Carmen de Viboral.
2. Participación en simposio Internacional de experiencias exitosas en Lactancia materna en Argentina

A partir de esto se creó un grupo de apoyo en lactancia para la comunidad donde se invita a las pacientes posparto, gestantes y comunidad en general. Además se implemento indicadores para determinar la adherencia a la lactancia materna .Apoyo a funcionarios gestantes.

En atención al usuario se realizó referenciación con Asesorías y soluciones integrales A&S y el Hospital Pablo Tobón Uribe para conocer las mejores prácticas en Derechos y Deberes, Gestión de las expresiones de los usuarios y participación comunitaria. En la referenciación con el Hospital Pablo Tobón se adopta como mejor práctica el cambio del formato de derechos y deberes que permite una mejor comprensión de estos ya que tiene un mensaje corto y entendible y un formato más práctico y se continúan con las estrategias de divulgación

El servicio farmacéutico realizó referenciación en la IPS universitaria y clínica león XIII sobre el proceso de gestión de la tecnología, programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia adoptando como mejor práctica: Contar con un practicante de último semestre de química farmacéutica para apoyar el programa de farmacovigilancia, se retroalimenta en las carteleras de los servicios un medicamento que haya presentado una Reacción Adversa a Medicamento y se da a conocer en las reuniones de servicio. En el 2010 se participó en el VI club Bench como experiencias exitosa en la gestión segura de medicamentos

- ✓ Informe de referenciación con el Carmen de Viboral y plan de mejoramiento posterior a la participación en simposio internacional.
- ✓ Informes de Participación en Simposio Internacional

## INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN

	<p><b>14. Fortalecer el sistema evaluativo basado en hechos y datos que verifique el impacto de las actividades educativas al usuario, de tal forma que se genere el mejoramiento y seguimiento continuo de tales procesos.</b></p>	<p>En los cursos educativos de Promoción y Prevención se ha venido midiendo una serie de indicadores que permiten su seguimiento, para el 2010, se obtuvo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Club del Sol (HTA)</i>: Promedio asistencia por actividad: 2009 (34 personas por actividad) 2010 (35 personas por actividad), Continuidad: 2009 (66%) 2010 (76%); Evaluaciones conocimiento: Excelente 2009 (49%) 2010 (69%), Bueno 2009 (48%) 2010 (31%), Insuficiente 2009 (3%) 2010 (0%),</li> <li>- <i>Curso Psicoprofilactico (Gestante)</i>: Promedio asistencia por actividad: 2009 (25 gestantes por actividad) 2010 (28 gestantes por actividad), Evaluaciones conocimiento: Excelente 2009 (49%) 2010 (52%), Bueno 2009 (44%) 2010 (45%), Insuficiente 2009 (4%) 2010 (3%)</li> <li>- <i>Planificación familiar</i>: Promedio asistencia por actividad: 2009 (10 personas por actividad) 2010 (15 personas por actividad), Evaluaciones conocimiento: Excelente 2009 (80%) 2010 (91%), Bueno 2009 (18%) 2010 (9%), Insuficiente 2009 (2%) 2010 (0%)</li> <li>- <i>Club Sanito (Crecimiento y Desarrollo)</i>: Promedio asistencia por actividad: 2009 (17 niños por actividad) 2010 (21 niños por actividad).</li> </ul> <p>Además también de manera indirecta con otros indicadores como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HTA: Adherencia al tratamiento en el 2009 fue de 94% y en el 2010 de 93%, Usuarios con HTA controlada: 2009 (91%) 2010 (91%)</li> <li>- CPN: ARO sin complicaciones: 2009 (99%) 2010 (99%)</li> <li>- PF: Adherencia al tratamiento: 2009 (92%) 2010 (96%)</li> <li>- CYD: Adherencia a la Lactancia Materna exclusiva: 2009 (46%) 2010 (56%)</li> </ul>	<p>✓ Indicadores de Promoción y Prevención en tablero de mando</p>
--	---	--	--



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 20 de 85

<p><b>15. Definir indicadores que les permita llevar un seguimiento estricto a la solicitud de nuevas muestras o estudios para confirmar resultados de tal forma que les permita evaluar su comportamiento y llevar a cabo las acciones de mejora necesarias</b></p>	<p>Se redefinió la meta del indicador de usuarios no atendidos por condiciones de la muestra y usuarios no atendidos por condiciones de preparación, quedando el estándar en 0.5% del total de atenciones, se hace seguimiento a este indicador mensual. Mediante el modelo de seguimiento a riesgos se obtiene la información para alimentar este indicador y semanalmente son gestionados los incidentes presentados por estas causas.</p> <p>Los resultados obtenidos para el año 2009 de usuarios no atendidos por condiciones de la muestra, fue de 0.16% y para el año 2010, fue de 0.11%. Y para usuarios no atendidos por condiciones del paciente se obtuvo para el año 2009 un promedio de 0.31% y para el año 2010, se obtuvo un promedio de 0.14%.</p>	<p>✓ Gestión de seguimiento a incidentes y eventos adversos</p> <p>✓ Indicadores de Laboratorio</p>
<p><b>16. Fortalecer el proceso de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base a esta comparación mejorar y/o rediseñar los procesos de gestión de medicamentos e insumos medico quirúrgicos</b></p>	<p>En relación al proceso de gestión de medicamentos e insumos medico quirúrgicos se participó en el 2010 en el VI club Bench de experiencias exitosa, donde participamos como expositores en mejor practica exitosa en la <u>gestión segura de medicamentos</u> principalmente por prevenir errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación, administración y dispensación de los medicamentos, seguimiento a la calidad de los medicamentos y dispositivos médicos (planeación, compra, recepción, almacenamiento y dispensación), como requisito indispensable para la seguridad del paciente, promoción el uso adecuados de los medicamentos, identificación y gestión de los eventos adversos relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos.</p>	<p>✓ Informe de referenciación</p>

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

<p><b>17. Fortalecer el proceso de referencia y contrarreferencia articulando y negociando con los diferentes entes que tiene que intervenir en el procesos</b></p>	<p>Durante el 2010 se trabajo con el personal asistencial el solicitar en las remisiones el envío de la contrarreferencia y se les solicita a los usuarios pedir copia de historia clínicas y traerla a la institución al realizar la transcripción de los medicamentos. Se ajusto la plantilla de transcripciones lo que permite al personal médico diligenciar los datos de la contrarreferencia. Desde la subdirección científica se solicitó oficialmente a las diferentes instituciones de referencia el envío de la contrarreferencia.</p>	<p>✓ Ver plantilla de contrarreferencia</p>
<p><b>18. Profundizar en la referenciación comparativa como herramienta vital para la generación de procesos de mejoramiento, para con base en las comparaciones mejorar los programas actuales disponibles e incrementar impactos en su desempeño que se evidencia con la medición de indicadores</b></p>	<p>La ESE, ha realizado en años anteriores diversas referenciaciones comparativas y en diferentes procesos de las áreas. El año anterior debido a la necesidad de no desbordar los gastos de la empresa por diversos cambios en la contratación e inversiones inaplazables, fue necesario realizar referenciaciones con entidades locales y de manera virtual con A &amp; S, empresa consultora en calidad que facilita el intercambio a nivel nacional e internacional de información y que define las mejores prácticas según las necesidades expuestas y el cumplimiento del protocolo de la Referenciación. En el servicio odontología en el segundo semestre se realizó Referenciación con la IPS BIOSIGNO de la EPS COMFENALCO ANTIOQUIA. Se adaptará las mejores prácticas en relación al manejo de la oportunidad y administración de agendas. Se tiene planteado dentro del plan de acción 2011 el realizar Referenciación a nivel nacional de manera presencial.</p>	<p>✓ Informe de Referenciación Nov- Dic Odontología.</p>

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

	<p><b>19. Fortalecer los procesos preventivos y correctivos administrativos, articulados a los procesos asistenciales, generando un control permanente a través de las estandarización de indicadores e informes para toma de decisiones; que permita eliminar errores, reducir riesgos y aumentar la satisfacción no solo de los compradores de servicios, sino también de los usuarios en el uso del proceso de admisión y egreso.</b></p>	<p>La ESE, articula todos sus procesos mediante el uso del software asistencial CNT-P, sistema que enlaza las 3 sedes de atención y que permite en línea la verificación de la información. La Empresa MICROSOFT realizó reconocimiento a la ESE por caso de éxito "uso de la tecnología en el sector de salud".</p> <p>El área de sistemas garantiza bases de datos actualizadas, en las que los funcionarios de admisiones pueden verificar el derecho a la atención cuando el usuario está asegurado por una EPS-S u ofrecer los servicios particulares cuando no lo está. Los funcionarios de admisiones se capacitan de manera permanente para resolver las dudas e inquietudes que puedan presentar los usuarios, además se evalúan en competencias relacionadas a su servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sistemas Integrados en Red, Procesos de los servicios</li> <li>✓ Modelo de escucha activa</li> <li>✓ Modelo de seguimiento a riesgos</li> <li>✓ Indicadores de satisfacción global.</li> </ul>
	<p><b>20. Fortalecer el proceso de evaluación de adherencia al tratamiento que conlleve un desarrollo de mayor cobertura, de tal forma que se puedan mostrar los resultados y tendencias de errores y problemas evitables en la administración de medicamentos.</b></p>	<p>Se ajustaron las plantillas de consulta del programa de hipertensión arterial para que desde dicha consulta los pacientes sean remitidos a la consulta farmacológica., en el 2010 se evaluó al 63% de los pacientes que fueron remitidos.</p> <p>Los problemas en los errores de administración están siendo evaluados indirectamente con los PRUM los cuales son analizados uno a uno y son enviados a cada responsable para su conocimiento; a todas las fórmulas detectadas se les realiza notas de auditoría, lo cual sirve de insumo para las tardes de auditoría con los médicos de la Organización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gráfica de Adherencia al Tratamiento y PRUM</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 23 de 85

<p>1.2.1. ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	<p><b>1. Profundizar en la Referenciación Comparativa, como herramienta vital para la generación de procesos de mejoramiento.</b></p>	<p>La ESE ha realizado diversas referenciaciones comparativas, a nivel local, departamental y nacional. Debido a la necesidad de cuidar el gasto, se ha visto en la necesidad de realizar alguna de forma virtual con entidades pares y guiadas por la empresa consultora en calidad A&amp;S.</p> <p>Es claro que la Referenciación comparativa y competitiva aporta gran sin número de acciones de mejora y ejemplos a adoptar y adaptar, por ello en cada plan de acción de cada servicio existe un compromiso anual de Referenciación. Esta Referenciación se realiza según el modelo establecido por la ESE, cumpliendo con todos los protocolos y es evaluada por control interno para hacer los ajustes necesarios.</p>	<p>✓ Informes de referencias</p>
<p>1.3 ESTÁNDARES LABORATORIO CLÍNICO</p>	<p><b>1. Continuar con el fortalecimiento y despliegue de D y D, en el laboratorio clínico, para mantener los logros alcanzados en el tiempo.</b></p>	<p>Se continua fortaleciendo la información sobre Derechos y Deberes desde las reuniones del servicio, se está divulgando un derecho y un deber por mes, en la silla de la sala de espera del laboratorio está pegado un derecho y un deber, se actualizó el formato de Derechos y deberes, en el momento de la atención se le entrega el formato de D y D. En la pregunta ¿Alguien le habló acerca de los derechos y deberes que usted tiene como usuario?, se encontró para el 2008 un 69.5% y en el 2010 se obtuvo un 83.3%, En la pregunta “¿Diga que entiende por "un trato amable y cortés por parte de quien brinda los servicios de salud?”, se obtuvo para el año 2008 93.5% y para el año 2010, se obtuvo 95.5%.</p>	<p>✓ Encuestas de satisfacción de los usuarios</p>

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

<p><b>2. Incentivar la participación y apoyo de otros equipos de trabajo institucional para el despliegue de D y D en el laboratorio clínico.</b></p>	<p>Desde la oficina de atención al usuario, se han definido estrategias para fortalecer la información a los usuarios en Derechos y deberes desde cada una de las áreas, difundiendo el Derecho y el Deber del mes, actualizando las carteleras, y asignado a cada servicio por mes el trabajar por los Derechos y Deberes.</p>	
<p><b>3. Revisar la metodología definida para el establecimiento de los estándares, de comparación de los tiempos de oportunidad, teniendo en cuenta la capacidad de resolución del laboratorio, frente a la demandas, de manera que le permita alcanzar las metas establecidas.</b></p>	<p>Se redefinió el estándar de tiempo de espera para la atención en el servicio, analizando el histórico de las mediciones y teniendo en cuenta el tiempo promedio de atención a los usuarios en el procedimiento de Admisión y el tiempo promedio de atención para la toma de muestra.</p>	<p>✓ Módulo de indicadores de Isolución</p>
<p><b>4. Fortalecer los mecanismos y estrategias de divulgación de la preparación del paciente, con la participación de todas las áreas del hospital y la comunidad.</b></p>	<p>El proceso participa en las reuniones de los servicios para retroalimentar sobre las fallas relacionadas con la falta de preparación del paciente para que tomen las respectivas correcciones. Se fortaleció la disposición de volantes para la preparación del paciente y desde la oficina de admisiones se garantiza la existencia de los mismos en los consultorios.</p>	<p>✓ Actas de reunión ✓ Instructivos de preparación</p>
<p><b>5. Fortalecer el análisis e interacción del personal en el proceso de preparación del paciente para la toma de muestras.</b></p>	<p>Se incluyó dentro de la consulta Médica la entrega del formato de recomendaciones para los exámenes de laboratorio, en la plantilla de Historia clínica se incluyó la evidencia donde el Médico diligencia cuando le da la explicación al usuario sobre recomendaciones.</p>	<p>✓ Módulo de Historia clínica CNT</p>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

<p><b>6. Continuar con el fortalecimiento del análisis y seguimiento a la información obtenida de los eventos e incidentes del laboratorio, en conjunto con otros grupos asistenciales del hospital y el equipo de gestión del riesgo</b></p>	<p>La información que genera el reporte de seguimiento a riesgos, se gestiona periódicamente por cada uno de los responsables de servicio, desde el área donde ocurre el incidente, con el fin de intervenir las fallas oportunamente, está información se retroalimenta al personal de cada servicio en las respectivas reuniones. El proceso inició la participación en el Comité de Seguridad donde con otras instancias se analiza la ocurrencia de incidentes y eventos relacionados con el laboratorio</p>	<p>✓ Seguimiento a Incidentes y Eventos adversos. ✓ Actas del Comité de Seguridad</p>
<p><b>7. Implementar la utilización y seguimiento de los 10 correctos para el laboratorio</b></p>	<p>En cada una de los sitios de Toma de muestra, se tiene publicados los 10 correctos del laboratorio con el fin de que el personal que está involucrado en los procedimientos de toma de muestra, tenga acceso a ella permanentemente. Se está implementando la medición de su adherencia.</p>	<p>✓ Puestos de toma de muestras</p>
<p><b>8. Continuar con el fortalecimiento y el análisis y retroalimentación del seguimiento a los procesos de referencia y contrarreferencia de muestras a otros laboratorios y establecer procesos de Referenciación con otros laboratorios</b></p>	<p>Se hace seguimiento al laboratorio de referencia, con el indicador de oportunidad para la entrega de resultados, el cual se evalúa por servicios, para el año 2010 se obtuvo para los resultados ambulatorios remitidos la oportunidad de 0.3 día (estándar un día); en urgencias y hospitalización, se tiene definido un estándar de 2 horas, para el año 2010, se obtuvo un resultado de 1.3 horas. Se realizan visitas a los proveedores de servicios de laboratorio, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones de calidad y de los procedimientos. Se hizo referenciación con AYC, a nivel regional, en el mes de noviembre, donde se obtienen resultados muy satisfactorios que colocan al proceso como mejor práctica</p>	<p>✓ Informe de Referenciación A&amp;S</p>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 26 de 85

	<p><b>9. Fortalecer los controles de calidad externos, de acuerdo con los cambios previstos para este año.</b></p>	<p>Se hicieron los trámites para la consecución de otro material de control, lo cual aún está pendiente; se continuó el Control de Calidad externo con NOVALAB para las áreas de Hematología, Química Sanguínea, Uroanálisis y Parasitología, para las áreas de Exámenes de importancia en Salud pública se realiza el Control de calidad con el laboratorio Departamental de Salud Pública.</p>	<p>✓ Informes de Control de Calidad</p>
<p>1.3.1. ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	<p><b>1. Fortalecer el seguimiento de los planes de mejora, mediante la definición de un indicador de gestión global, que permita establecer de manera periódica el cumplimiento de los PMC</b></p>	<p>La Organización actualizó el Modelo de Mejoramiento donde se incluyeron controles por parte de la Oficina de Control Interno de manera sistemática; en la elaboración de los planes ya se colocan indicadores para medir el impacto de los mismos, además se les da una ponderación de acuerdo a la relación que tienen con lo que se quiere lograr</p>	<p>✓ Modelo de Mejoramiento ✓ Planes de Mejora</p>
	<p><b>2. Continuar con las mejoras del despliegue y seguimiento de la divulgación y comprensión de la información para los usuarios.</b></p>	<p>Se continúa con la divulgación para la preparación de los usuarios antes de realizarse los exámenes; esto se ha visto claramente reflejado en los indicadores de conocimiento con respecto a la información para antes de realizarse los exámenes</p>	<p>✓ Indicadores del Servicio</p>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 27 de 85

2. ESTÁNDARES DE APOYO			
2.1 ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO	1. Continuar fortaleciendo los ejercicios y el modelo de Referenciación con mayor aprovechamiento de los recursos disponibles, como su plataforma informática y mostrando los logros alcanzados que incentiven las buenas prácticas de otras organizaciones	<p>Se incluyó en el plan de acción de Control interno, la coordinación de los ejercicios de referenciación para orientarlos hacia la consecución de los objetivos organizacionales</p> <p>Se hizo convenio con A&amp;S Asesores, empresa que lidera en Antioquia procesos de calidad entre los que se destaca la referenciación comparativa de hospitales para las mejores prácticas, con los que se viene ejecutando las practicas de referenciación de los diferentes procesos según Plan de acción del comité de control interno</p> <p>Se realizó Referenciación internacional en IAMI donde se participó en el noveno taller regional de líderes de la leche en Argentina donde la ESE presentó experiencia exitosa en la aplicación de la iniciativa Instituciones Amiga de la Mujer y la Infancia con la aplicación de los 10 pasos.</p> <p>Participamos del Club Bench, un espacio para compartir experiencias relacionadas con la gestión de los servicios hospitalarios, identificando prácticas aplicables a nuestras organizaciones. Durante el año 2010 se realizaron encuentros en temas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de acción control interno 2010</li> <li>✓ Informes de Referenciación 2010</li> <li>✓ Informe de Referenciación Internacional</li> <li>✓ Informes club Bench Intranet</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 28 de 85


	<p><b>2. Recuperación de indicadores financieros y su mantenimiento sostenido</b></p>	<p>Se estableció como tarea desde el comité financiero el análisis exhaustivo del Estado de Actividad Financiera, Económica y Social en forma comparativa. El mencionado análisis se realizó en forma mensual, y si bien inició como una tarea, debido a la utilidad del mismo, se convirtió en un análisis sistémico. Con el objetivo de tener una visión integral de las variaciones financieras y económicas, se adicionó al análisis anterior, el estudio de la ejecución presupuestal de ingresos y gastos en forma comparativa.</p> <p>De lo anterior, se generaron las siguientes acciones: Se realizaron ajustes al presupuesto de gastos por medio de los cuales se buscó variabilizar algunos costos fijos. Con el fin de incrementar el flujo de caja, se definieron parámetros contractuales como fueron la cancelación de servicios específicos, condicionada al cobro de la cuenta por cobrar por el mismo concepto. Se realizaron ajustes al presupuesto de gastos por medio de los cuales se buscó variabilizar algunos costos fijos.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Estado de Actividad Financiera, Económica y Social Comparativo.</li><li>✓ Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos Comparativa.</li><li>✓ Modificaciones Presupuestales</li></ul>
--	---	---	--



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 29 de 85

		<p>Observando la incidencia que tiene el Margen de Contratación en el déficit financiero, se actualizaron precios de venta y se establecieron mecanismos de negociación diferentes con las aseguradoras</p> <p>Si bien las empresas sociales del estado en general, tienden a tener una gestión por aseguramiento por encima del 75%, pensamos que es viable tener una apertura en la oferta de servicios bajo la modalidad de evento y la oferta de servicios odontológicos y de laboratorio a un mercado particular. Por lo anterior, se estudiaron los costos a particulares y se ajustaron con el fin de lograr mayor competitividad</p> <p>Se fortaleció el sistema de costos por sede, el cual nos permite tener hoy una visión clara de las sedes generadoras de excedentes y de aquella que no lo es. Se analizan integral y sistemáticamente los resultados de las verificaciones (auditorias de autocontrol) realizadas a procesos proveedores del financiero como son el Proceso de Gestión de Bienes e Insumos y el Proceso de Talento Humano.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Listas de Precio de Venta a Particulares comparativas</li><li>✓ Cronograma de verificación financiera interna para el año 2010 y 2011</li></ul>
--	---	--	---



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 30 de 85

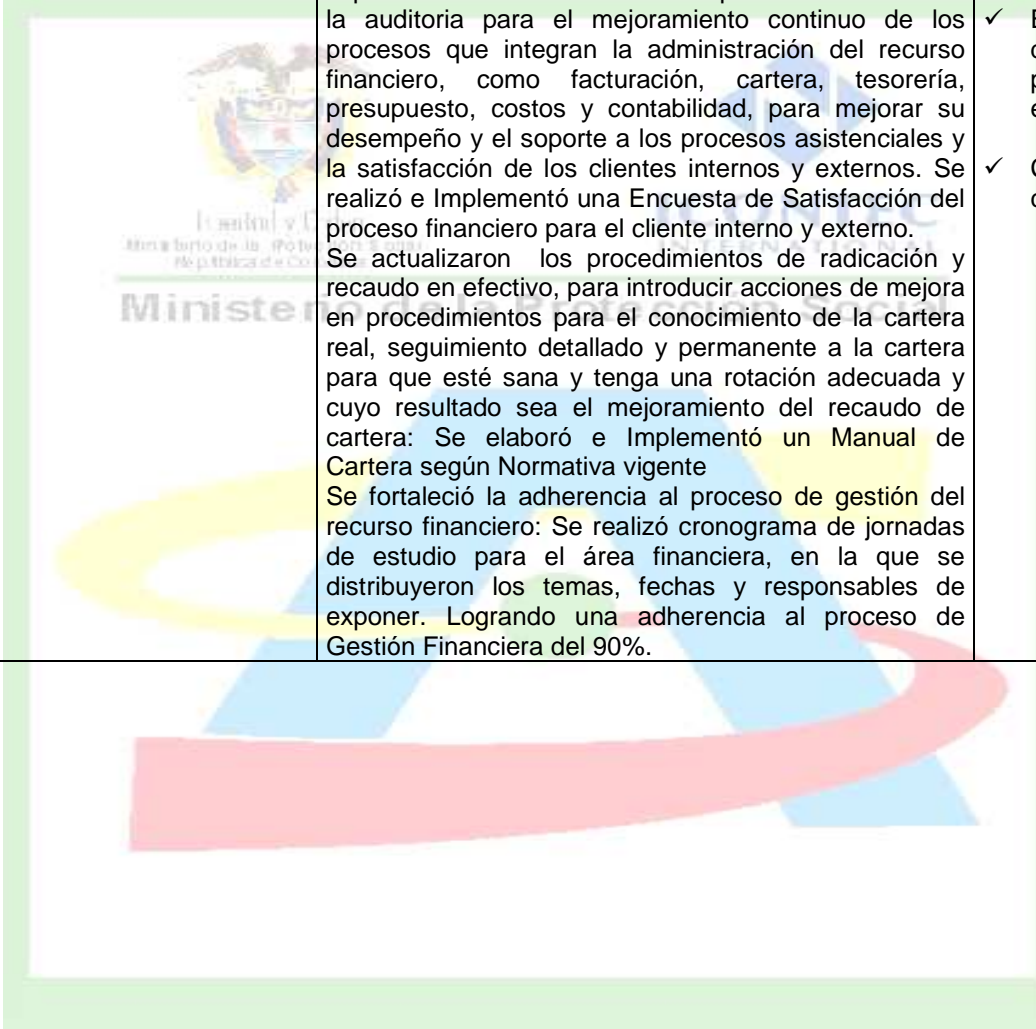
		<p>Seguimiento mensual al cumplimiento de la Política Financiera en la cual se establecen parámetros claros de acción que garantizan la administración eficiente de los recursos desde el punto de vista del manejo del efectivo, de inversiones, de cartera, de facturación, pagos de tesorería y consolidación financiera. A diciembre 31 de 2010 se cumplió en un 92%.</p> <p>Se fortaleció la oportunidad requerida en la Matriz de Información integral, la cual hace estricto seguimiento a la oportunidad en la rendición de cuentas. A diciembre 31 de 2010 el proceso de Gestión Financiero presenta un cumplimiento del 100%.</p> <p>Se fortaleció el nivel de competencias de los funcionarios del área financiera, logrando a diciembre 31 de 2010, que el 100% de los mismos, alcanzaran competencias superiores al 90%.</p> <p>El Modelo Integral de Seguimiento a Riesgos institucional, contempla claramente los riesgos financieros a los cuales se les hace seguimiento y control. A diciembre 31 de 2010 las fallas financieras fueron del 0%.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Seguimiento a la Política Financiera</li><li>✓ Matriz de Información</li><li>✓ Resultados Competencias Laborales</li><li>✓ Consolidado de Fallas Financieras</li></ul>
--	--	---	--



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 31 de 85

		<p>Se Fortaleció la gerencia de procesos y la implementación de la ruta crítica para el desarrollo de la auditoria para el mejoramiento continuo de los procesos que integran la administración del recurso financiero, como facturación, cartera, tesorería, presupuesto, costos y contabilidad, para mejorar su desempeño y el soporte a los procesos asistenciales y la satisfacción de los clientes internos y externos. Se realizó e Implementó una Encuesta de Satisfacción del proceso financiero para el cliente interno y externo. Se actualizaron los procedimientos de radicación y recaudo en efectivo, para introducir acciones de mejora en procedimientos para el conocimiento de la cartera real, seguimiento detallado y permanente a la cartera para que esté sana y tenga una rotación adecuada y cuyo resultado sea el mejoramiento del recaudo de cartera: Se elaboró e Implementó un Manual de Cartera según Normativa vigente</p> <p>Se fortaleció la adherencia al proceso de gestión del recurso financiero: Se realizó cronograma de jornadas de estudio para el área financiera, en la que se distribuyeron los temas, fechas y responsables de exponer. Logrando una adherencia al proceso de Gestión Financiera del 90%.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Manual de Cartera</li><li>✓ Encuesta de Satisfacción del proceso financiero para el cliente interno y externo</li><li>✓ Cronograma de capacitaciones</li></ul>
--	---	---	--

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

2.1.1. ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	<p><b>1. Robustecer el contenido del plan de mejora del direccionamiento incluyendo todas las actividades de mejora que den fe del compromiso de los líderes con el avance en el periodo</b></p>	<p>Se actualizó el Modelo de Mejoramiento de la Calidad, el cual no solo contempla las estrategias de las soluciones priorizadas si no que incluye acciones correctivas para los problemas que no fueron priorizadas. Además se hace medición de la efectividad del planes y se retroalimenta a los responsables de los procesos sobre los resultados alcanzados Capacitación de los líderes del proceso en la construcción de los planes de mejoramiento y en reinducciones a todo el personal. Se viene evaluando el conocimiento de todos los funcionarios sobre el tema en la evaluación de las competencias pasando de un pasando de un 37% en al año 2008 a un 81% en el 2010.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modelo de Mejoramiento de la Calidad</li> <li>✓ Planes de mejoramiento</li> <li>✓ Reinducción</li> <li>✓ Hoja capacitación auditoria</li> <li>✓ Acta jornada de planeación</li> <li>✓ Evaluación de competencias</li> </ul>
	<p><b>2. Revisar los indicadores de medición del plan de mejora y definir aquellos que evidencien el comportamiento de todas las mejoras implementadas</b></p>	<p>Se actualizó el Modelo de Mejoramiento de la Calidad que permite tener indicadores que dan cuenta de la efectividad del plan que no solo evalúa estrategias sino las acciones correctivas de las oportunidades detectadas en su totalidad Capacitación de los líderes del proceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modelo de Mejoramiento de la Calidad</li> <li>✓ Planes de mejora</li> <li>✓ Jornada de Reinducción</li> <li>✓ Hoja capacitación auditoria</li> <li>✓ Acta jornada de planeación</li> </ul>
	<p><b>3. Articular los planes de mejora en la medida de las posibilidades, para evitar desgastes y reprocesas</b></p>	<p>Se articularon los planes de mejoramiento institucional de Direccionamiento y Gerencia con el financiero buscando tener una visión más integral del proceso. De la misma manera se realizó un solo Plan de Acción</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de Mejora de "Direccionamiento y Gerencia" 2010</li> <li>✓ Plan de acción "Direccionamiento y Gerencia" 2011</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

<b>2.2 ESTÁNDARES DE GERENCIA</b>	<b>1. Fortalecer la estructura de costos para que se conviertan en un insumo esencial para todas las decisiones y acciones de mejoramiento</b>	<p>Se hizo una definición clara de los mecanismos que permitan realizar un seguimiento sistemático a la eficiencia y costo del convenio, contrato o servicios prestados promoviendo en esta forma el desarrollo continuo de las instituciones contratadas: a través del seguimiento a contratos de manera mensual</p> <p>Se fortaleció el sistema de costos por sede Se realizo entrenamiento a los responsables de las unidades funcionales en el análisis e interpretación del informe de costos.</p> <p>Se cuenta con un procedimiento de costos por producto y servicio lo que permite determinar precios de venta generadores de excedentes y competitivos en el mercado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informe seguimiento a contratos</li> <li>✓ Actas de comité financiero</li> <li>✓ Informe de costos por sede.</li> <li>✓ Registro de capacitación</li> <li>✓ Listado de costos por servicio y producto</li> </ul>
	<b>2. Fortalecer el proceso de Referenciación enfocado a la búsqueda de mejora de los procesos y de esta forma establecer nuevas metas y hacerles seguimiento</b>	<p>Se incluyó en el plan de acción de Control interno, la coordinación de los ejercicios de Referenciación para orientarlos hacia la consecución de los objetivos organizacionales</p> <p>Se hizo convenio con A&amp;S, empresa que lidera en Antioquia procesos de calidad entre los que se destaca la referenciación comparativa de hospitales para las mejores prácticas, con los que se viene ejecutando las practicas de referenciación de los diferentes procesos según Plan de acción del comité de control interno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de acción control interno 2010</li> <li>✓ Informes de Referenciación 2010</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 34 de 85


<p><b>3. Definir mecanismos que en forma periódica permitan evaluar si la metodología de análisis aplicada a las diferentes fuentes de información, requieren ajustes</b></p>	<p>Se elaboró una metodología de validez de los indicadores en cuanto a tiempos, metas y utilidad de los mismos Se evalúa en la Jornada de Planeación que ajustes se deben hacer a los mismos Implementación del software Isolución que facilita el seguimiento visual al cumplimiento de metas de los indicadores y su actualización, además desde allí se pueden acciones correctivas para cerrar la brecha entre los resultados y las metas. Desde el comité de control interno y dirección se revisaron y ajustaron los indicadores de la matriz de información, se revisa permanente y cada año se hace una depuración tanto de los informes como de las fuentes de datos que se utilizan para la mejor toma de decisiones en cada proceso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tablero de Mando</li> <li>✓ Software Isolución</li> <li>✓ Indicadores en Isolución</li> <li>✓ Matriz de Información</li> </ul>
<p><b>4. Definir el esquema estandarizado para la socialización y publicación de los resultados sobre la satisfacción de los usuarios y otros clientes externos y el esquema para asegurar que la información sobre la satisfacción o insatisfacción sea utilizado en forma rápida para el mejoramiento de los procesos y servicios</b></p>	<p>Se ajustó el manual de comunicaciones donde se estandarizó la publicación de la información y donde a través de diferentes medios se socializan estos resultados. Mensualmente en carteleras el resultado de la satisfacción del usuario en los diferentes servicios Se diseño encuesta para evaluar la satisfacción con los clientes externos tales como EPS,S, Dirección Local de Salud donde se indaga por los atributos de calidad esperados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manual de comunicaciones</li> <li>✓ Encuesta de satisfacción</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 35 de 85

		<p>Los indicadores de satisfacción se presentan mensualmente en el comité de dirección ampliado, los cuales son enviados previamente a los responsables de servicio para su análisis y retroalimentación en reuniones de servicio.</p> <p>Se actualiza el procedimiento de reclamos y sugerencias y se incluye el trámite de felicitaciones para dar respuesta a todas la expresiones dadas por el usuario</p> <p>Se retroalimentan los resultados encontrados en los grupos de enfoque y en la asociación de usuarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actas de Comité de Dirección</li> <li>✓ Tablero de Mando</li> <li>✓ Modelo de Escucha Activa</li> <li>✓ Actas grupos de enfoque y liga de usuarios</li> </ul>
<p><b>5. Fortalecer y mantener la cultura de medición de logros de objetivos y metas propuestas como un mecanismo sistemático de la institución lo que le permite medir el impacto y la tendencia de las propuestas a corto, mediano y largo plazo</b></p>		<p>En los planes de acción todas las unidades funcionales se comprometen con las perspectivas institucionales en la medida en que participen o incidan en los resultados: Se entrena a los responsables de las unidades funcionales en planeación estratégica como una forma de interiorizar la filosofía de la empresa y su proyección a corto, mediano y largo plazo</p> <p>Se hace seguimiento y evaluación de los planes de acción y de mejoramiento donde se practica una revisión de manera trimestral del cumplimiento de objetivos y metas y se presenta en los comités de control interno y gerencia.</p> <p>De la misma manera se realiza seguimiento sistemático al cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acta Jornada de planeación</li> <li>✓ Informes de control interno</li> <li>✓ Seguimiento al Plan de Desarrollo</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 36 de 85

	<p><b>6. Facultar los equipos de trabajo en el conocimiento y desarrollo de destrezas frente a sus procesos, delegando la toma de decisiones, fortaleciendo el autocontrol, el empoderamiento para detectar desviaciones y la innovación para efectuar correctivos tendientes al adecuado cumplimiento de los resultados organizacionales</b></p>	<p>Se realizó entrenamiento a los responsables de las unidades funcionales en planeación estratégica en jornada de planeación, Capacitación liderazgo, Autocontrol por parte de la ARP, en la construcción de planes y los procedimientos de sus servicios para ser revisados y aprobados en la jornada de planeación los cuales son orientados al plan de desarrollo institucional.</p> <p>Se realizó entrenamiento a los responsables de las unidades funcionales en el análisis e interpretación del informe de costos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acta Jornada de planeación 2010</li> <li>✓ Cronograma de capacitaciones</li> <li>✓ Hoja de capacitación</li> </ul>
	<p><b>7. Fortalecer los planes operativos por unidades funcionales en el enfoque de la referenciación</b></p>	<p>Se incluyó en el plan de acción de Control interno, la coordinación de los ejercicios de referenciación</p> <p>Se hizo convenio con A&amp;S Asesores, empresa que lidera en Antioquia procesos de calidad entre los que se destaca la referenciación comparativa de hospitales para las mejores prácticas, con los que se viene ejecutando las practicas de referenciación de los diferentes procesos según Plan de acción del comité de control interno</p> <p>Dentro del Plan de Desarrollo se tiene establecido la Referenciación de los procesos, lo que es tenido en cuenta para la realización de los planes operativos anuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de acción control interno 2010</li> <li>✓ Informes de referenciación 2010</li> <li>✓ Planes de Desarrollo y Planes de Acción</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 37 de 85

<p><b>8. Profundizar en el despliegue del direccionamiento estratégico, negociación de metas en todos los niveles lo que permitirá fortalecer el compromiso y participación activa de los colaboradores de forma que se garanticen los logros individuales y organizacionales</b></p>	<p>Se fortaleció el liderazgo de los responsables de los diferentes servicios en la elaboración de los planes de acción y planes de mejoramiento en los que a su vez participan los diferentes funcionarios de cada servicio en espacios como las reuniones de área aportando desde cada conocimiento individual y orientado por un plan de desarrollo institucional. Estos planes son revisados, discutidos y aprobados desde los comités de control interno, comité de dirección y junta directiva. Una vez aprobados el responsable socializa de nuevo los planes con sus equipos de trabajo en las respectivas reuniones de área. La evaluación de competencias es un mecanismo que evalúa el grado de conocimiento y los logros en las metas propuestas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actas de reuniones de área, Control Interno y comité de Dirección y Junta Directiva.</li> <li>✓ Evaluación de competencias</li> </ul>
<p><b>9. Fortalecer la medición de los resultados y tendencias del desempeño de los procesos de respuesta de la institución a las necesidades de los usuarios y sus familias, más allá de la resolución de reclamos y quejas</b></p>	<p>La ESE cuenta con procedimientos para dar respuesta a cada una de las expresiones presentadas por los usuarios y sus familias; se cuenta con el indicador de tiempo promedio para la resolución de reclamos que se encuentra en 2.7 días promedio para dar respuesta a las expresiones de los usuarios. Así mismo se mide la adherencia a estos procedimientos y en al última auditoría realizada se encuentra en 89.7%. Se actualizaron los procedimientos del área haciendo énfasis en la obtención de resultados, estableciendo los mecanismos de control para verificar los mismos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modelo de Escucha Activa</li> <li>✓ Procedimientos del área</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 38 de 85

<p><b>10. Fortalecer la referenciación comparativa en nuevos procesos relacionados con el sistema de escucha al cliente</b></p>	<p>Se realiza referenciación comparativa con A&amp;S en Gestión de las expresiones de los usuarios y participación comunitaria, saliendo como una de las mejores prácticas; de esta Referenciación Se fortalecen las formas para dar a conocer a los usuarios los mecanismos de escucha activa. Continuando con el mejoramiento continuo se actualizan los procedimientos de atención al usuario y se incluye un nuevo procedimiento de trámite de felicitaciones con el fin de tener definido el trámite con cada una de las expresiones de los usuarios. Para el año 2011 se incluye en el plan de acción de atención al usuario ubicar buzones de sugerencias en entidades externas a la institución con el fin de que los usuarios puedan expresar sus opiniones acerca de la institución</p>	<p>✓ Informes de Referenciación</p>
<p><b>11. Fortalecer el proceso de medición y seguimiento a los abusos y comportamiento agresivos presentados por parte de cliente interno o externo profundizando en el análisis de tal forma que se bloquee la causa raíz</b></p>	<p>Se actualizó el procedimiento de trámite de reclamaciones y se hace seguimiento de los casos presentados en el Comité de Ética En el manual de servicio al cliente se incluyó en la normas de buen trato, como manejar un caso de comportamiento agresivo de tal forma que se convierta en un instrumento más proactivo Se ajustaron los planes de mejora individuales para estos casos estableciendo compromisos Se mide la vulneración de derechos por trato el cual pasó de 1.82 en el 2007 a 0.34 en el 2010</p>	<p>✓ Actas de Comité de Ética ✓ Manual de Servicio al Cliente ✓ Planes de mejora individual ✓ Indicadores en Isolución</p>

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

	<p><b>12. Definir claramente los mecanismos que permitan realizar un seguimiento sistemático a la eficiencia y costo del convenio, contrato o servicios prestados promoviendo de esta forma el desarrollo continuo de las instituciones contratadas</b></p>	<p>Desde el Plan de Desarrollo intervienen con sus planes de Acción y de mejoramiento, Participan de los comités institucionales Se incluyeron dentro del PAMEC y participan en las capacitaciones de formación de la cultura de calidad. De igual manera se hace seguimiento desde el área de costos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actas Comité de Dirección</li> <li>✓ Cronograma de reuniones y comités</li> <li>✓ Informe de Seguimiento a Contratos</li> </ul>
	<p><b>13. En la amplitud de servicios, protección de recursos, fortalecer los mecanismo de comparación con la mejores prácticas a nivel nacional y con base en esta comparación adoptar y/o rediseñar los procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacer seguimiento.</b></p>	<p>Se incluyó en el plan de acción de Control interno, la coordinación de los ejercicios de Referenciación para orientarlos hacia la consecución de los objetivos organizacionales Se hizo convenio con A&amp;S Asesores para desarrollar el tema de Referenciación. Durante el año 2010 hubo participación de organizaciones reconocidas a nivel nacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informes de Referenciación 2010</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 40 de 85

	<p><b>14. Fortalecer el establecimiento de directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para la realización de cierre de ciclos, de los procesos financieros con indicadores que midan la efectividad de estos, su contribución a los grandes propósitos, estrategias, metas definidas en el direccionamiento estratégico y al mejoramiento de los resultados organizaciones definiendo mecanismos que generen aprendizaje organizacional</b></p>	<p>Se realiza seguimiento mensual al cumplimiento de la Política Financiera (administración eficiente de los recursos desde el punto de vista del manejo del efectivo, de inversiones, de cartera, de facturación, pagos de tesorería y consolidación financiera) A diciembre 31 de 2010 se cumplió en un 92%. Se tiene además el seguimiento sistemático con los indicadores relacionados con la perspectiva financiera en el tablero de mando</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguimiento a la Política Financiera</li> <li>✓ Indicadores en Isolución</li> </ul>
<p>2.2.1 ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	<p><b>1. Profundizar en la referenciación comparativa como herramienta vital para la generación de procesos de mejoramiento</b></p>	<p>Se incluyó en el plan de acción de Control interno, la coordinación de los ejercicios de referenciación para orientarlos hacia la consecución de los objetivos organizacionales Se hizo convenio con A&amp;S, empresa que lidera en Antioquia procesos de calidad entre los que se destaca la referenciación comparativa de hospitales para las mejores prácticas, con los que se viene ejecutando las practicas de referenciación de los diferentes procesos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de Acción de Control Interno</li> <li>✓ Informes de Referenciación</li> </ul>






**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 41 de 85

<p><b>2.3 ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL RECURSO HUMANO</b></p>	<p><b>1. Mantener los logros alcanzados en el mejoramiento de las competencias y garantizar la eficiencia de las mejoras en el tiempo.</b></p>	<p>Se ha mejorado el instrumento de evaluación de competencias fortaleciendo su amplitud. En el año 2010 se alcanzó un 87.4%. En la evaluación del 100% de los funcionarios se puede evidenciar el conocimiento de las principales políticas, modelos, manuales y temas transversales a la organización. Se tienen los siguientes resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pasa del 37% en el 2008 al 81% en el año 2010 en el conocimiento del modelo de mejoramiento.</li> <li>• Conocimiento de la política de seguridad. Se pasa de un 57% en el 2008 a un 87% en el 2010.</li> <li>• Conocimiento en el manejo de los residuos hospitalarios. Se pasa de un 79% en el 2008 a un 97% en el 2010.</li> <li>• Con respecto al plan de emergencias se encuentra en un 90% al 2010.</li> </ul> <p>Se mide la satisfacción con el entrenamiento para garantizar que el personal desarrolle sus funciones adecuadamente y fortalezca su competencia. Para el 2010, alcanzó un 90% de satisfacción. En el año 2010, se inició nuevamente el proceso de certificación de competencias con el SENA, en la norma Orientación al Usuario según sus necesidades y expectativas en los servicios de salud y de acuerdo con las políticas institucionales, en este proceso se logró certificar 43 funcionarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuadro de mando del área de Talento Humano (consolidado de las evaluaciones de competencias)</li> <li>✓ Resultados por criterios en evaluación de competencias</li> </ul>
---	--	---	--

## INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN

		<p>En el año 2011 se continúa con la certificación de competencias del SENA, en las Normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de Infecciones.</li> <li>- Facilitar atención al usuario.</li> </ul> <p>Se pasa de tener en el año 2009 43 funcionarios, por encima del 90% de las competencias a 54 funcionarios en el año 2010.</p> <p>Tener claridad en las políticas establecidas por la institución, en un 94%, permite fortalecer la competencia en los diferentes cargos.</p> <p>La satisfacción del cliente interno con el puesto que desempeña actualmente en un 91% contribuye a fortalecer el sentido de pertenencia y amor por el trabajo lo que impacta positivamente en la calidad de servicio al usuario y las competencias.</p> <p>Los resultados muestran una mejora permanente en los criterios de evaluación de competencias (ver anexo)</p>	
	<p><b>2. Mantener y continuar fortaleciendo los programas de bienestar definidos para el personal, según las necesidades identificadas en el estudio presentado</b></p>	<p>El comité de bienestar Social continua ofreciendo calidad de vida a todos sus funcionarios y destina un presupuesto específico</p> <p>La Evaluación de las actividades de Bienestar generó una satisfacción del 97.8% en todos los funcionarios de la ESE.</p> <p>Se resalta que dentro del desarrollo de las actividades de bienestar, específicamente las de capacitación esparcimiento y recreación se incluyen los outsourcing</p>	<p>✓ Acta del Comité de Bienestar Social (febrero) Ejecución del Presupuesto</p>
	<p><b>3. Mantener la motivación y mejoramiento continuo de los procesos de capacitación acorde con el crecimiento institucional en el tiempo</b></p>	<p>El plan de capacitación del año 2010 se ejecutó en un 94.2 %, lo que se ve reflejado en el resultados de las competencias. Tal y como se describió en la oportunidad de mejora número 1 de éste estándar.</p>	<p>✓ Tablero de Mando Talento Humano.</p>

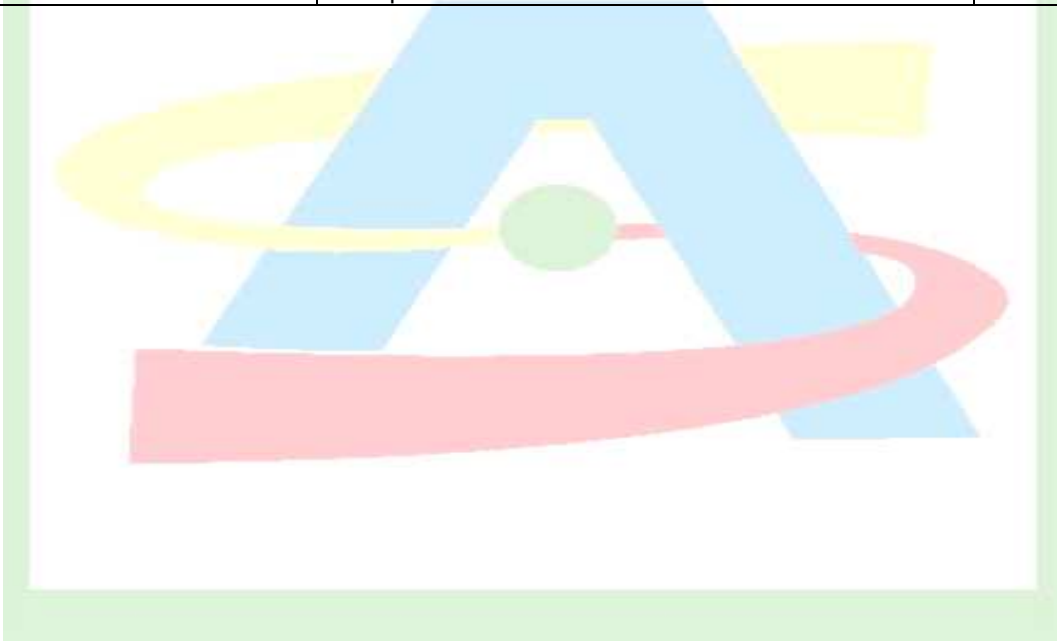


**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 43 de 85

	<p><b>4.Fortalecer el manual de comunicaciones con los aportes de la política de puertas abiertas</b></p>	<p>Se revisó y se generó una nueva versión del manual de comunicaciones con el fin de fortalecer el enfoque de la comunicación con el cliente interno y se complementó con la elaboración de un plan de trabajo de comunicaciones, en el que se detallan las actividades y los tiempos para garantizar la total adherencia al manual y por ende dar cumplimiento al modelo de responsabilidad social. Adicionalmente después de analizar el objetivo de la política de puertas abiertas, se decidió incluirla en el modelo de responsabilidad social, toda vez que este modelo define cuatro grandes componentes: Responsabilidad con la comunidad, con funcionarios, con los proveedores y con el medio ambiente, que hacen parte de la política.</p>	<p>✓ Ver el Modelo de Responsabilidad. ✓ Manual de Comunicaciones de Plan de Trabajo de Comunicaciones.</p>
--	---	--	---





**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 44 de 85

	<p><b>5. Definir un mecanismo de evaluación sistemática que evalúe el impacto de los mecanismos de comunicación interna que favorezcan el diálogo.</b></p>	<p>Se tiene definida una encuesta de medición de comunicación que permite evaluar los medios de comunicación internos y su efectividad, con el fin de conocer cuales de los medios es el más utilizado y tiene más impacto entre los funcionarios, con el objetivo de favorecer el dialogo entre los éstos.</p> <p>Según la encuesta realizada en el 2010, se eligió con un 70% el correo electrónico de comunicaciones como el medio con mayor preferencia para informarse.</p> <p>Adicionalmente se obtuvo una percepción favorable sobre la efectividad de las reuniones de personal de un 60% y sobre las reuniones de servicio un 76%.</p> <p>Adicionalmente se realizan reuniones de servicio cada dos meses, con el fin de facilitar la comunicación cara a cara con el equipo de trabajo y divulgar los resultados del proceso, de tal forma que se puedan tomar decisiones de mejoramiento con base en hechos y datos.</p>	<p>✓ Ver formato de encuesta y resultados en Isolución en informes de servicio.</p>
<p>2.3.1. ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	<p><b>1. Revisar y fortalecer el seguimiento del plan de mejoramiento con los indicadores definidos en el tablero de mando y según las características de calidad definidas en el este grupo de estándares.</b></p>	<p>La ESE actualizó el modelo de mejoramiento y a través del asesor de control interno, se hace seguimiento permanente al cumplimiento de éste.</p> <p>El área de Gestión de Talento Humano, en el año 2010, realizó tres planes de mejoramiento, uno como resultado de la evaluación de los estándares de acreditación, otro como resultado de la evaluación de clima laboral y el tercero posterior a la auditoría interna de seguimiento.</p>	<p>✓ Ver Isolución planes de mejora.</p>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 45 de 85

	<b>2. Documentar el análisis y priorización de actividades de mejora, utilizados en el desarrollo de otros planes de mejora</b>	Los planes de mejora son documentados sistemáticamente y son publicados en la Intranet para ser tenidos en cuenta al momento de establecer un nuevo plan de mejora	✓ Intranet
	<b>3. Profundizar en la referenciación comparativa como herramienta de mejoramiento.</b>	<p>El proceso de Gestión de Talento Humano se referenció a través de A &amp; S (Asesoría y Soluciones Integrales), en dos actividades, un Club Bench donde participaron 41 instituciones prestadoras de servicios de salud; la ESE estuvo en calidad de panelista por habersele identificado factores críticos de éxito en temas como gestión de necesidades del talento humano, proceso de inducción, capacitación y competencias, entre otros.</p> <p>Adicionalmente, a finales del 2010 la ESE participó en la referenciación del proceso administrativo y gerencial con cinco instituciones más, en el cual obtuvo el primer lugar en el índice de desarrollo de los procesos de recurso humano, lo cual indica el nivel alcanzado por los procesos.</p>	✓ Ver página de A & S



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



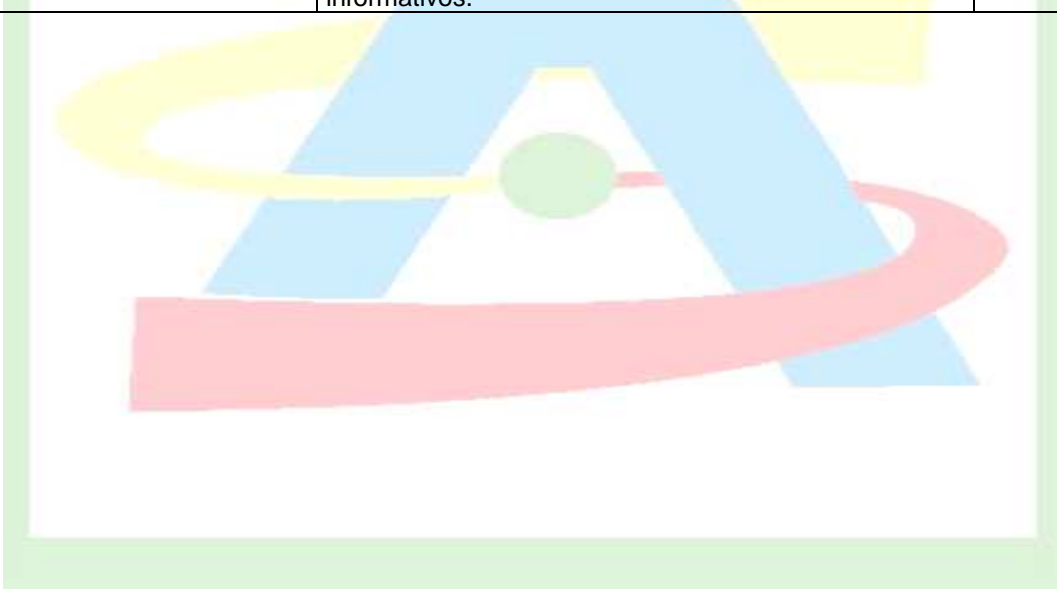
ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 46 de 85

**2.4 ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO**

**1. Garantizar el mantenimiento y mejora de los logros alcanzados en materia de prevención y control de infecciones con los cambios y vinculación nuevo en el tiempo**

1. Se realizaron actividades lúdicas de fomento de prácticas higiénicas para la prevención de infecciones por medio de payasos hospitalarios por los servicios.  
2. Se aprobó la compra y disposición de un nuevo OH glicerinado que favorecerá su adherencia al uso, teniendo en cuenta la satisfacción del cliente interno al uso (Previa Prueba Piloto)  
3. Se certifica competencia de personal Auxiliar de Enfermería, en cuanto Control de Infecciones, por parte del centro de formación SENA.  
4. Se da continuidad a estrategias que en lo corrido de años anteriores han favorecido a la detección temprana de posibles casos y a la prevención de los mismos, tales como: Premiación a los más comprometidos, capacitaciones en higienización de manos, patrullajes de verificación, Boletines informativos.

- ✓ Actividad Lúdica Capacitación Ejecutada en meses de Junio y Noviembre de 2010 (Archivo fotográfico Comunicaciones)
- ✓ Análisis y solicitud de nuevo insumo para el hospital en acta COVE Diciembre 2010
- ✓ Certificados en las hojas de vida de los funcionarios participantes.
- ✓ Resumen de lo ejecutado en Actas del COVE de todos los meses de 2010





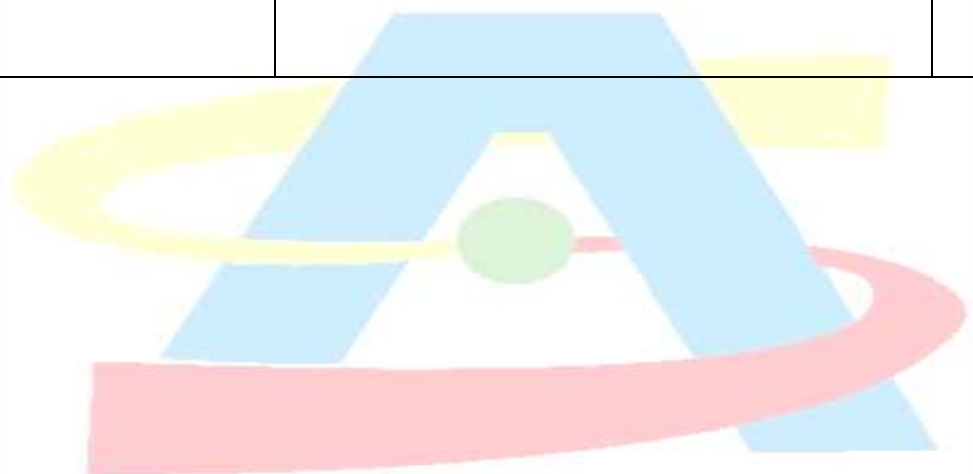
**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 47 de 85

	<p><b>2. Continuar con el fortalecimiento de la señalización de canecas de residuos y desechos y unificar los criterios para su ubicación en todas las áreas.</b></p>	<p>1. Se continúa con la marcación sistemática de las canecas de residuos hospitalarios, según código de colores establecido.</p> <p>2. Se hizo recorrido, por las instalaciones de la ESE, donde se unificaron criterio de ubicación de las canecas según Volumen y Riesgo del área.</p> <p>3. A través de los patrullajes trimestrales de 5 "S"; se hace seguimiento a la gestión de residuos Hospitalarios.</p>	<p>✓ Ver disposición de canecas de residuos hospitalarios.</p> <p>✓ Ver análisis de disposición de recipientes de residuos Hospitalarios. Acta 1 de enero 2010. Acta 04 abril 2010. Detalle de lo encontrado en archivo de gestión de la oficina salud ocupacional</p> <p>✓ Ver consolidado de patrullajes de 5 "S" en intranet. Documentos institucionales informes patrullajes 5 eses</p>
--	---	--	---

Ministerio de la Protección Social





**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 48 de 85

	<p><b>3. Evaluar la participación y estado de referenciación ambiental sectorial para identificar el estado de avance del hospital respecto de las instituciones participantes</b></p>	<p>1. Se hizo referenciación comparativa entre el 19 de abril y el 25 de junio en el tema de Gestión Ambiental para mejorar las prácticas relacionadas con la gestión de residuos hospitalarios, por medio de la firma AyS, En el ejercicio participaron 8 entidades de salud: E.S.E Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita, E.S.E Metrosalud Unidad Hospitalaria San Antonio de Prado, E.S.E Hospital San Juan de Dios de Marinilla, E.S.E Hospital de la Ceja, E.S.E Hospital Laureano Pino de San José de La Montaña E.S.E Hospital Pablo VI de Bosa E.S.E Hospital San Juan de Dios de Santa Rosa de Osos E.S.E Hospital Santa Margarita de Copacabana. Los criterios verificados fueron:1) Compromiso de la alta dirección 2)Gestión de los insumos naturales 3)Gestión de residuos hospitalarios 4)Capacitación y competencia del personal 5) Evaluación control y retroalimentación. El Hospital del Sur fue identificado como práctica exitosa en estrategias para prevenir y disminuir la contaminación ambiental: Uso racional del papel, estrategia de las 5S; manejo responsable de los servicios públicos. Igualmente en la cultura de compromiso con el medio ambiente: Responsabilidad Social, compromiso desde el direccionamiento estratégico.</p>	<p>✓ Ver informe de referenciación AyS. Intranet. Documentos institucionales. Informes. Referenciación comparativa 2010 consolidado de referenciación 2010</p>
--	--	--	--



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

<p><b>4. Fortalecer la señalización de las rutas de evacuación en todas las sedes del hospital para facilitar su comprensión por parte de usuarios con discapacidad</b></p>	<p>1. Para el primer semestre del 2011, se tiene planeada la renovación de la señalización para todas las áreas del Hospital, en la cual se tiene establecido el cambio de la señalización de emergencias con el fin de facilitar la comprensión y ubicación rápido en caso de emergencia. Con lo anterior se garantizará además un buen manejo de la imagen corporativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ver señalización</li> <li>✓ Plan de trabajo de Comunicaciones publicado en la intranet:</li> <li>✓ Documentos institucionales,</li> </ul>
<p><b>5. Documentar y organizar los aportes obtenidos de los ejercicios de referenciación en materia de emergencias</b></p>	<p>1. Se realizó referenciación comparativa en julio del 2008 de la operatividad del plan de emergencias con el hospital de Caldas, y la ESE Hospital del Sur quedó como mejor práctica en lo referente a la preparación de la brigada de emergencias y como oportunidad de mejora quedó la de capacitar a los funcionarios en el manejo de la planta eléctrica. Igualmente, a través de AYS se participó en el 2009 en una referenciación sobre seguridad del paciente con acciones desde 3 ejes temáticos que incluyen: Generación de cultura de la seguridad del paciente, Desarrollo de procesos seguros Y Desarrollo de estrategias de reporte, búsqueda activa, análisis y mejora de los eventos adversos presentados. En esta referenciación participaron el Hospital de la Ceja, el Hospital Laureano Pino de San José de la Montaña, la ESE Hospital de Zamora Paris Fontidueño y la ESE Hospital Del Sur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informe de referenciación comparativa publicado en intranet. Documentos institucionales. Informes de referenciación comparativa. Referenciación Nacional 2008.</li> <li>✓ Informe de referenciación comparativa en la página de AYS. referenciación de seguridad</li> </ul>
<p><b>6. Diseñar simulaciones de perdida eventual de pacientes y evaluar el conocimiento y efectividad del procedimiento establecido</b></p>	<p>1. Se planeó realización de simulacro de perdida de pacientes, en el plan de acción del proceso para el 2011, donde posteriormente se analizará y tomarán medidas de mejoramiento según hallazgos encontrados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ver plan de acción de gestión de ambiente físico 2011.</li> </ul>

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

<b>2.5 ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>1. Seguir implementando acciones que mejoren la oportunidad en la información y las inconsistencias en los datos</b>	<p>Se incluyó en el plan de trabajo del comité de dirección ampliado la rendición de informe de seguimiento a la oportunidad en la entrega de informes, de tal forma que la alta dirección pueda tomar acciones de mejora, a diciembre 31 de 2010 se obtuvo una oportunidad del 97%.</p> <p>En el plan de acción de control interno se contempló la revisión de la totalidad de las fichas técnicas de los indicadores, con el fin de estandarizar las fuentes de datos para su medición</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indicador proporción de informes entregados en forma oportuna</li> <li>✓ Informe de gestión de la información en las actas del comité de dirección.</li> <li>✓ Actas del comité de control interno</li> <li>✓ Fichas técnicas de los indicadores en ISO</li> </ul>
	<b>2. Incluir en el análisis del plan de mejoramiento las fuentes de información que lo alimentan</b>	<p>A partir del 2010 los planes de mejoramiento que se aprueban contienen las fuentes de información que sirvieron como entrada para correr el modelo de mejoramiento y son sustentadas en las reuniones del comité de dirección donde se observa la coherencia entre los hallazgos identificados en las diferentes entradas y las acciones formuladas para el mejoramiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presentaciones de planes de mejoramiento aprobados en la intranet</li> </ul>
	<b>3. Establecer criterios de selección y de prioridad para comparar los procesos con las mejores prácticas con base en esta comparación establecer y mejorar los objetivos organizacionales y los resultados de los procesos</b>	<p>Se realizó un convenio con una empresa externa que lidera la referenciación con otras instituciones.</p> <p>Los resultados de los diferentes ejercicios de referenciación son tomados como insumo para correr los planes de mejoramiento a que haya lugar para adoptar e implementar las mejores prácticas identificadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informe consolidado de referenciación que se encuentra publicado en la intranet</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 51 de 85

	<b>4. Fortalecer las metodologías de medición de las satisfacción del clientes interno y externo con el sistema de información</b>	Se diseñó una encuesta para aplicar a los clientes externos con un componente específico para el sistema de información, en esta encuesta se encuentran dos preguntas que se califican en la escala de 1 a 5, relacionadas con la confiabilidad y validez de la información en la que se obtuvo una calificación de 4.3 y en cuanto a la oportunidad en la entrega de información, en la cual se obtuvo un 4.5. Esta es la primera medición del instrumento correspondiente al segundo semestre de 2010, el cual seguirá aplicándose en forma semestral.	✓ Resultados de la encuesta en lo que se refiere a sistema de información
	<b>5. Fortalecer el análisis de la información de oferta y demanda de servicios para mejorar los servicios alineándola a las metas y objetivos estratégicos</b>	Desde el comité financiero se fortaleció el seguimiento a los contratos con el fin de determinar las acciones necesarias a seguir cumplir con las metas del plan estratégico.  De igual forma en el 2010 se mejoró la estructura de los informes de productividad de los servicios, de tal forma que se garantizara la trazabilidad de la información, estos datos son los que permiten que los responsables de los servicios puedan realizar los análisis y toma de decisiones que se producen en las reuniones del comité de dirección ampliado.	✓ Actas comité financiero ✓ Informes de productividad 2010 en Intranet

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

	<p><b>6. Fortalecer metodologías estandarizadas, periodicidad y despliegue de la información atinente a la construcción de perfiles de los usuarios e identificación de barreras de acceso</b></p>	<p>Se incluyó el informe de georreferenciación en la matriz de información, identificando claramente la fuente de datos y la periodicidad con la cual se debe generar este informe, que sirve de apoyo para la planeación de las actividades institucionales, en especial para las relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>De igual forma se realizó la agrupación de diagnósticos para facilitar el análisis de los informes de morbilidad por servicios y fue incluido también en la matriz de información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Matriz de información</li> <li>✓ Informes de georreferenciación en Intranet</li> <li>✓ Informes de morbilidad</li> </ul>
	<p><b>7. Robustecer el monitoreo sistemático de la confiabilidad, oportunidad y seguridad de la información, al igual que la eficiencia y efectividad de la administración del sistema de información, como unidad central de los procesos, que evidencien mediante el uso de indicadores y estándares alcanzables acordes a la previsibilidad de los procesos del sistema de información. Resultados para ser analizados mediante el análisis causal de las desviaciones encontradas y mejorados con acciones correctivas</b></p>	<p>Se realiza la reunión periódica del proceso de gestión de la información donde se analizan los resultados de los indicadores del área y las fallas identificadas, para tomar acciones correctivas</p> <p>De acuerdo a lo contemplado en el modelo de seguimiento a riesgos, se analizan en detalle las fallas administrativas trazadoras y se corre el modelo de mejoramiento cuando se amerita.</p> <p>De igual forma en el plan de acción de 2011 se incluyó la realización de unas rondas de seguimiento al proceso de gestión de la información, que buscan complementar los ya existentes patrullajes de información y auditorías internas al procesos, de tal forma que se verifique en forma directa las necesidades de los clientes del sistema y se verifique la efectividad de las acciones implementadas. Los resultados se presentan en las reuniones del proceso y generan las acciones correctivas y/o preventivas a que haya lugar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Análisis exhaustivo de fallas administrativas en la intranet</li> <li>✓ Actas gestión de la información</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 53 de 85

	<p><b>8. Fortalecer los mecanismos que permitan evidenciar los resultados y tendencias de la eficiencia del sistema de información y el grado de satisfacción del cliente interno con el sistema de información</b></p>	<p>Se corrió el modelo de mejoramiento en el 2010 y se tomó la acción puntual de capacitar en forma personalizada a los funcionarios en el manejo del software de calidad y así les sirva como punto de apoyo para el desarrollo de los procesos. Con la implementación del software que soporta el sistema de gestión de calidad, se mejoró la trazabilidad de los indicadores porque permite graficar las tendencias de éstos de acuerdo a las necesidades de análisis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indicador de proporción de clientes internos satisfechos con el sistema de información</li> <li>✓ Indicadores registrados en el software de apoyo al sistema de gestión de calidad</li> </ul>
<p>2.5.1. ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	<p><b>1. Profundizar en la referenciación comparativa como herramienta vital para la generación de procesos de mejoramiento</b></p>	<p>Con la forma virtual de servidores mediante la tecnología Microsoft la institución logro implementar servicios para la página Web, Chat interno, servidor de base de datos para contingencia, correo electrónico y aplicaciones, lo que ha permitido distribuir la carga de procesamiento y mejorar la seguridad de los servicios en línea. Con la implementación de esta tecnología la institución logro el reconocimiento de mejores prácticas "Casos de éxito en plataforma Microsoft ", reconocimiento otorgado por Microsoft Corporation en el mes de febrero de 2010, donde en un evento en el cual participaron varias instituciones de Antioquia, la ESE contó su experiencia y los beneficios alcanzados para servir de referencia en el sector. Adicionalmente, se realizó la referenciación del proceso administrativo a finales de 2010 bajo el direccionamiento de A&amp;S, donde la institución obtuvo el segundo lugar en el índice de desarrollo de los procesos de Gerencia de la Información, sin embargo la institución no identificó mejores prácticas para implementar en dicho ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reconocimiento de Microsoft</li> <li>✓ Resultados de referenciación administrativa y gerencial</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 54 de 85

<b>2.6 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</b>	<b>1. Fortalecer los mecanismos de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacerles</b>	Para el año 2011 se tiene establecido realizar referenciación con hospitales que tengan desarrollado el estándar de Gestión de la Tecnología ya que se ha encontrado como principal dificultad en las visitas previas a las instituciones que no se tiene muy desarrollado el enfoque al respecto	✓ Plan de Acción
	<b>2. Fortalecer la aplicación de metodologías de análisis de problemas para identificar causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas del programa de mantenimiento preventivo y correctivo</b>	Se utiliza el Modelo de Mejoramiento de la Organización donde se establece la herramienta de análisis causa efecto (espina de pescado). Este modelo se utilizó para elaborar los planes de mejora; luego de esto se decide fortalecer el método y maquinaria utilizada para llevar un control más eficaz del programa de mantenimiento por medio del software Logus Dx. También se toman correctivos para fortalecer el liderazgo al respecto	✓ Planes de Mejora
	<b>3. Fortalecer los procedimientos de control para llevar a cabo la calibración y certificados de equipos partiendo de patrones estándares controlando en esta forma los eventos adversos asociados con su uso</b>	Además de lo anterior con el software implementado se logra un mejor control de los equipos biomédicos a los cuales se les realiza calibración debido a que se puede llevar un registro de los que están pendiente por calibrar	✓ Software Logus Dx

**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

	<p><b>4. Fortalecer el sistema evaluativo soportado en un sistema de indicadores que provea información pertinente para vigilar y controlar tanto la eficiencia y la efectividad de los procesos del uso de la tecnología en la gestión clínica, como el factor contributivo de la tecnología como causalidad de incidentes clínicos de tal forma que se genere el mejoramiento continuo de tales procesos</b></p>	<p>Se diseñaron los procedimientos del proceso donde se establecen los mecanismos de control para los resultados esperados de cada uno de ellos; esto permitirá realizar una mejora evaluación de la gestión de la tecnología</p> <p>Se incluyeron en ISOLución los indicadores del proceso y son presentados en el comité de Dirección Ampliado donde además se inició informe oficial del proceso de Gestión de la Tecnología que antes no se hacía</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Procedimientos del Proceso</li> <li>✓ Actas de Comité de Dirección Ampliado</li> <li>✓ Indicadores en ISOLución</li> </ul>
	<p><b>5. Fortalecer el proceso de capacitación al usuario, en las medidas que debe tener el personal de salud para su atención, de tal forma que el conocimiento sea apropiado por él como parte de su atención</b></p>	<p>Se incluyó dentro del plan de acción del proceso la capacitación a los servicios sobre temas relacionados con el uso de la tecnología para evitar posibles incidentes y eventos adversos Además se inició programa del paciente como gestor de su seguridad Durante el 2010 se fortaleció la educación brindada al usuario para manejo de equipos biomédicos como concentradores de oxígeno para que estén alertas a posibles fallas dentro del proceso de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de Acción 2011</li> <li>✓ Informes de vistas domiciliarias a pacientes con oxígeno suplementario</li> </ul>
	<p><b>6. Fortalecer la Auditoría para el seguimiento a los procesos de gestión tecnológica, verificando el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos y la eficiencia y efectividad del Comité de Tecnovigilancia</b></p>	<p>Se incluyó dentro del PAMEC las auditorías para el proceso de Gestión de la Tecnología</p> <p>Estas se hacen a través de informes de autoevaluación según los estándares de acreditación. Con base en esto el auditor realiza verificación del cumplimiento del proceso frente a los estándares</p> <p>El Comité de Tecnovigilancia realiza control a las actividades relacionadas con las fallas, incidentes y eventos presentados</p>	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 56 de 85

	<p><b>7. Generar mecanismos que permitan al jefe de mantenimiento y sus colaboradores monitorizar las órdenes de trabajo, oportunidad de respuesta, cumplimiento de la programación, actualización de hojas de vida de los equipos, seguimiento y control de las distintas actividades de mantenimiento, detección de las principales fallas que se presentan en los equipos apalancando de esta forma el propósito de evitar daños innecesarios generando planes de mejora</b></p>	<p>Durante el segundo semestre del 2010 se fortaleció la implementación del software Logus Dx en coordinación con el proveedor Doxa Internacional. Con esto se logra tener un control más efectivo de los equipos a calibrar, verificar y los que necesitan mantenimiento preventivo; de igual manera se actualizan las hojas de vida en forma automática una vez se ingresen los datos de la actividad metrológica realizada o de mantenimiento ejecutado.</p> <p>El software nos permitirá conocer en forma detallada los daños que se vayan presentando en los equipos respectivos</p> <p>Para el 2011 se aumentará la utilización del mismo para poder verificar la oportunidad en la prestación del servicio ofrecido, aunque esta ya se está midiendo por encuestas de satisfacción en los servicios</p>	<p>✓ Software Logus Dx</p>
<p>2.6.1. ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	<p><b>8. Profundizar en la referenciación comparativa como herramienta vital para la generación de procesos de mejoramiento</b></p>	<p>Para el año 2011 se tiene establecido realizar referenciación con hospitales que tengan desarrollado el estándar de Gestión de la Tecnología ya que se ha encontrado como principal dificultad en las visitas previas a las instituciones que no se tiene muy desarrollado el enfoque al respecto</p>	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**

<b>2.7 ESTÁNDARES ESPECÍFICOS PARA SEDES AMBULATORIAS INTEGRADAS EN RED</b>	<b>1. Fortalecer el proceso de medición y definición de indicadores de los procesos para los niveles de la organización y que tienen contacto directo y/o indirecto con los usuarios y que en forma coherente contribuyen a los objetivos estratégicos</b>	<p>En el año 2010 se realizó dentro del plan de trabajo del comité de control interno, la revisión y ajuste de toda la documentación de la empresa, entre ellos los indicadores institucionales; esto incluyó: fichas técnicas, metas, periodicidad de medición, responsable de la medición etc. Lo anterior se hizo en el marco del montaje de todos los indicadores en el software de apoyo a la calidad.</p> <p>Como resultados de esta revisión en la actualidad se cuenta con información clínica y administrativa por sede, que permite orientar la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de trabajo comité de control interno 2010</li> <li>✓ Actas del comité de control interno (Ver avance de montaje en software de apoyo a la calidad)</li> <li>✓ Fichas técnicas indicadores institucionales Software ISOLución</li> </ul>
	<b>Fortalecer el sistema evaluativo soportado en un sistema de indicadores que provea información pertinente para vigilar y controlar tanto la eficiencia y efectividad de los procesos del uso de la tecnología en la gestión clínica como el factor contributivo de la tecnología como causalidad de incidentes clínicos, de tal forma que se genere el mejoramiento continuo de tales procesos</b>	<p>Desde el proceso de Gestión de la Tecnología se establecieron los indicadores clave para realizar gestión a las posibles fallas, incidentes y eventos que se presenten con el uso de la tecnología; estos son tenidos en cuenta para el mejoramiento de los mismos por cada uno de los responsables donde se presente el suceso. Durante el año 2010 se fortaleció la presencia del Responsable de Gestión de la Tecnología en las diferentes sedes y se participa en las reuniones de servicio donde se da entrenamiento al respecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reuniones de Servicio</li> <li>✓ Indicadores en Isolución</li> </ul>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 58 de 85

2.7.1. ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1. Evaluar la identificación de otros indicadores de seguimiento del plan actual que le permitan al hospital monitorizar el estado de cumplimiento y avance de éste en el tiempo	Dentro de los planes de mejoramiento se establecieron indicadores claves de seguimiento que den cuenta del impacto de los mismos; esto es monitorizado por la oficina de control interno y se presenta informe en los comité de dirección ampliado y/o de control interno	✓ Informe de seguimiento a planes de mejora
	2. Fortalecer la referenciación comparativa como herramienta vital para la generación de proceso de mejoramiento	La organización durante el 2010 priorizó algunos procesos para la referenciación presencial y los otros se hicieron con A&S; dentro de las realizadas no se realizó ninguna con el de Sedes Integradas en Red. Para el 2010 se tiene proyectado realizar en conjunto con Direccionamiento y Gerencia	

<b>MATRIZ DE CALIFICACIÓN IPS HOSPITALARIAS</b>		
<b>ESTÁNDARES</b>		<b>CALIFICACIÓN</b>
<b>1.1 ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL</b>		
<b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>		<b>5</b>
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.		
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.		
<b>ACCESO</b>		<b>4</b>
3. Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.		
<b>REGISTRO E INGRESO</b>		<b>4</b>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 59 de 85

4. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.	
5. Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.	
<b>EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO</b>	<b>4</b>
6. La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario.	
7. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobregregada, requiere técnicas especiales de aislamiento	
8. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.	
9. Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones	
10. La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad	
11. El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente	
12. El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.	
13. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.	
<b>EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	<b>4</b>
14. Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.	
15. El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	
16. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización.	
<b>EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	<b>4</b>
17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica	
<b>SALIDA Y SEGUIMIENTO</b>	<b>4</b>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 60 de 85

18. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios.	
19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.	
20. La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.	
21. El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>4</b>
22. Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento	
23. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	
24. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	
25. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	
<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>33</b>
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	<b>4.1</b>
<b>1.2 ESTÁNDARES SERVICIOS AMBULATORIOS</b>	
<b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>	<b>5</b>
26. (3) La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	
27. (4) En los casos en que los derechos de los pacientes deban ser informados a estos, y las condiciones de los pacientes no permitan que comprendan su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 61 de 85

<p>28. (5) En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para potencialmente acceder a dichos servicios.</p>	
<p>29. (6) La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se proveerá atendiendo al respeto que merece la condición de paciente, independiente de sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.</p>	
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b></p>	<p><b>4</b></p>
<p>30. (8) La organización garantiza, y en los casos que aplique, el derecho del paciente, a través de un proceso estandarizado, de solicitar cita con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p>	
<p>31. (9) La organización, para una adecuada programación de los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los pacientes, programa la agenda teniendo en cuenta los estándares de tiempo que se necesitan para la realización de cada uno de los procesos de atención, teniendo en cuenta también, las diferencias necesarias de tiempo entre cada uno de estos.</p>	
<p>32. (10) La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.</p>	
<p>33. (11) En caso de no atención a los pacientes con citas asignadas o autorizadas, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación y análisis de las causas de inatención. La organización es libre de definir la categorización (listado de causas), así como su amplitud, de las causas de dichas inatenciones.</p>	
<p>34. (12) La organización, a través de cualquier método probado y validado de estudio, conoce y analiza aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.</p>	
<p>35. (13) La organización garantiza que podría brindar información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos.</p>	
<p><b>ACCESO AL PACIENTE CUANDO RED ES PROPIA DE EAPB</b></p>	<p><b>NA</b></p>
<p>36. (14) Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para la autorización y asignación de citas a los pacientes que requieran de sus servicios.</p>	
<p>37. (15) Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores a los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.</p>	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 62 de 85

38. (16) Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha, hora, dirección y profesional asignado. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.	
39. (17) La organización garantiza que el sitio que asigna las citas envía, desde el día previo, o antes que comiencen a ser atendidos los pacientes, el listado de pacientes a atender, su orden de atención y el profesional asignado, así como información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente.	
<b>PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>4</b>
40. (18) Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento donde se le orienta sobre qué debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.	
41. (19) La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.	
<b>PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION</b>	<b>4</b>
42. (20) La organización cuenta con estándares de espera para informar cuánto tiempo deben esperar los pacientes para acceder a la consulta o realización de exámenes.	
43. (21) La organización dispone de mecanismos para que el paciente afectado por esperas prolongadas pueda presentar quejas sugerencias o recomendaciones. Independientemente del mecanismo la organización garantiza que se lleva un registro de las mismas que clasifica los motivos y genera acciones correctivas para evitar su recurrencia.	
44. (22) La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención. En cualquier situación este proceso no será delegable ni tendrá responsabilidad alguna al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.	
45. (27) La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos que potencialmente sean producto de los procesos de atención.	
<b>PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN</b>	<b>4</b>
46. (28) La organización cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del paciente durante la atención con el profesional o técnico	
47. (29) La organización garantiza que durante el proceso de atención con el profesional o técnico asignado el paciente tiene la posibilidad de ser escuchado respecto a sus inquietudes.	
48. (30) La organización cuenta con un mecanismo que garantiza que en los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes, así como el manejo de sus eventos adversos, están sujetas a las guías de práctica clínicas previamente definidas	
49. (31) La organización garantiza que cuenta con procesos para que el profesional tratante provea información básica al paciente y su familia (cuando lo amerite) como resultado de su atención.	
50. (32) La información al paciente y su familia debe tener como resultado el óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 63 de 85

51. (33) La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.	
52. (34) Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se debe especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con personal profesional para realizar dichos procesos de atención y un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.	
53. (35) La organización tiene identificados y definidos internamente una serie de fallas (humanas o de sistemas de soporte) en la operación de los procesos prioritarios, los cuales su sola presencia generan un sistema de investigación, análisis y toma de decisiones para evitar un evento adverso prevenible.	
54. (36) La organización garantiza que el paciente tiene el derecho de contar con la posibilidad de conseguir una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho, en caso que el paciente o la familia explícitamente lo solicite, puede ser informado a través de cualquier mecanismo de información con que cuente la organización, incluyendo el mismo profesional tratante.	
55. (38) Los sistemas de información de la organización deben estar adecuados para identificar e incorporar en el registro del paciente, si la actual atención es consecuencia de un Evento Adverso ambulatorio o un reingreso a consulta ambulatoria por causa no resuelta en servicios de urgencias u otro servicio ambulatorio, así estos servicios no pertenezcan a la organización donde actualmente está siendo atendido.	
56. (39) La organización cuenta con una definición interna sobre lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y se cuenta con programas establecidos, tomando la información generada en los sistemas de información, para cuantificar y generar acciones encaminadas a controlar tal situación.	
<b>CIRUGÍA AMBULATORIA</b>	<b>NA</b>
57. (40) Educación del paciente sobre los procedimientos a ser realizados, incluyendo riesgos y alternativas.	
58. (41) Identificación y doble chequeo de la identidad del paciente en el quirófano para controlar un potencial Evento Adverso prevenible.	
59. (42) Se cuenta con un procedimiento para marcar el sitio quirúrgico, en colaboración con el paciente conciente y con el registro clínico a la mano. Si el procedimiento quirúrgico ambulatorio es odontológico se debe seguir el mismo procedimiento y marcar la radiografía.	
60. (43) Si la cirugía incluye la implantación de cualquier dispositivo médico, esta no se comienza sin que la totalidad de estos dispositivos estén presentes en el quirófano.	
61. (44) Cumplirá con los estándares de gestión de tecnología incluidos en la sección de gestión de tecnología del manual de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 64 de 85

62. (45) Contará con un proceso de gestión de medicamentos (desde la compra y prescripción, hasta el sistema de fármaco vigilancia), incluyendo los sistemas de vigilancia para medicamentos y sustancias controladas.	
63. (46) Se entregará información al paciente y/o familia sobre instrucciones post quirúrgicas para el cuidado en casa, así como guías para la prevención y detección temprana de complicaciones.	
64. (47) Contará con un sistema de seguimiento post quirúrgico con evidencia de complicaciones. De cualquier forma, se llevarán registros sobre este sistema, los cuales serán usados sistemáticamente para procesos de mejoramiento de las actividades anteriormente descritas.	
65. (48) La organización garantiza que los profesionales y técnicos encargados de la educación e información pre y post quirúrgica al paciente, cumplan con procesos permanentes de capacitación y entrenamiento en los tópicos a informar.	
<b>TERAPIA FÍSICA O RESPIRATORIA</b>	<b>NA</b>
66. (49) Que la orden de remisión del médico contenga un resumen completo de la Historia Clínica. Igual requisito debe garantizarse si la organización cuenta con un sistema de información computarizado.	
67. (50) Si la asignación de citas se hace por un PAC se deben cumplir con los estándares de esta sección.	
68. (51) Siempre debe haber valoración por un(a) profesional en Fisioterapia o Terapia Respiratoria, previo a la realización de los procedimientos. Si el (la) profesional tiene alguna duda o sugerencia frente a los servicios solicitados, la organización garantizará mecanismos de comunicación y acuerdo entre los profesionales tratantes, dejando siempre constancia del consenso logrado.	
69. (52) Durante la realización de los procedimientos se debe garantizar la total privacidad del paciente, pero logrando a su vez que el (la) Fisioterapeuta o Terapeuta Respiratoria pueda observar el desarrollo del mismo en cada uno de sus pacientes.	
70. (53) Durante el tratamiento, o cuando se de por terminado el mismo, se debe remitir la información al médico remitente, con indicaciones y recomendaciones si continuar o no el tratamiento, o aconsejar un cambio o complementación en el mismo.	
<b>EDUCACIÓN EN SALUD</b>	<b>4</b>
71. (54) La organización cuenta con un proceso funcionando de educación en salud a los pacientes, el cual responde a las necesidades de las poblaciones objeto de los procesos de atención en salud que han sido realizadas en la misma.	
72. (55) Los profesionales que remiten pacientes a estos procesos deben ser retroalimentados sobre la asistencia de sus pacientes a las labores de educación, así como el contenido genera de la educación. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.	
73. (60) La organización debe definir previamente si los resultados se les entregan al paciente 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.	
74. (61) Una vez obtenidos los resultados de los exámenes se debe garantizar que siempre deben quedar como constancia en la Historia clínica, así como la conducta a seguir, la información brindada a los pacientes y familiares y en especial cuando se trate de pacientes menores de edad o discapacitados mentales.	





**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 65 de 85

75. (62) La organización podrá definir, teniendo en cuenta situaciones específicas, si la entrega y retroalimentación sobre los resultados de los exámenes amerita la presencia física del paciente en una cita de control.	
76. (63) 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, 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.	
<b>REMISIÓN A SERVICIOS DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS</b>	<b>5</b>
77. (65) Para la remisión a los servicios de provisión de medicamentos se debe tener conocimiento y orientar la paciente, sobre quién y/o dónde se suministran los medicamentos.	
78. (66) La organización cuenta con mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los pacientes	
<b>REMISIÓN A SERVICIO AMBULATORIO DE COMPLEJIDAD SUPERIOR</b>	<b>4</b>
79. (67) Los profesionales explican al paciente la pertinencia del por qué es necesario contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento.	
<b>REMISIÓN A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</b>	<b>5</b>
80. (69) 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 a los pacientes a programas especiales de promoción y prevención. El profesional remitente debe conocer si se le hizo o no la atención.	
<b>EGRESO</b>	<b>4</b>
81. (70) La organización podrá contar con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al paciente, donde se le informe sobre los trámites que estos 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.	
82. (71) La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluyendo la facturación de los servicios. Se garantiza asimismo la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, aplicación y evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.	
83. (72) Para los casos de servicios de cirugía ambulatoria en que sea necesario, el egreso será dado en compañía de un adulto responsable, previa valoración por el médico tratante. Contará con un plan de cuidado escrito, explicado al paciente y su familia, del cual el paciente tendrá copia por si hay que consultar de urgencia en otra institución. Incluirá signos y síntomas de alerta temprana de potenciales complicaciones.	
<b>EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	<b>4</b>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 66 de 85

84. (74) La organización cuenta con un mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes inscritos en los 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	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>4</b>
85. (76) El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.	
86. (77) La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.	
87. (78) El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.	
88. (79) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.	
<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>51</b>
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	<b>4.2</b>
<b>1.3 ESTÁNDARES LABORATORIO CLÍNICO</b>	
<b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>	<b>4</b>
89. (3) La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes	
90. (4) En los casos en que los derechos de los pacientes deban ser informados a estos, y las condiciones de los pacientes no permitan que comprendan su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión.	
91. (5) En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para acceder potencialmente a dichos servicios.	
92. (6) La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se proveerá atendiendo al respeto que merece la condición de paciente, independiente de sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica	
<b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>	<b>4</b>
93. (8) La organización garantiza, mediante un proceso estandarizado el derecho del acceso oportuno de los servicios requeridos por el paciente.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 67 de 85

94. (9) La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios que presta.	
95. (10) Los tiempos definidos en el estándar 9 serán utilizados dentro del proceso de toma de muestras, cuando aplique según la prueba a realizar	
96. (11) La organización garantiza un proceso que incluye información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente y oferta presentada.	
97. (12) En caso de no atención a los pacientes, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención. La organización es libre de definir la categorización o listado de causas de desatención y su amplitud.	
98. (13) La organización, a través de un método de estudio probado y validado, conoce y analiza aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.	
99. (14) El laboratorio cuenta con los protocolos y guías, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización del examen. Estas guías o protocolos se revisan y ajustan periódicamente y, se realiza seguimiento de su adherencia	
100. (15) Referente a las guías o instructivos contemplados en el estándar de esta sección, se debe garantizar que se usan en el sitio que asigna las citas, son revisados periódicamente y se deja constancia (física o dentro del sistema de información) sobre las recomendaciones dadas a paciente para su preparación	
101. (16) La organización garantiza la información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos.	
<b>ACCESO CUANDO RED ES PROPIA DE EAPB</b>	<b>NA</b>
102. (17) Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para los pacientes que requieran de sus servicios.	
103. (18) Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención y sedes a las que tienen derecho de atención.	
104. (19) Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha y hora. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.	
<b>PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>4</b>
105. (20) Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención, durante el cual se le orienta sobre lo que debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.	
106. (22) El personal de recepción en el laboratorio clínico está entrenado, y cuenta con un procedimiento para identificar si los pacientes que requieren preparación previa, cumplen con dicha preparación. En todo caso, este proceso está apoyado por los	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 68 de 85

profesionales y técnicos de la institución cuando sea necesario	
107. (23) El personal de recepción deberá indicar al paciente que no esté adecuadamente preparado los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución, en caso de presentarse alguna duda	
<b>PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION</b>	<b>3</b>
108. (25) La organización cuenta con estándares de espera, e informa al paciente cuánto tiempo debe esperar para acceder a la toma de las muestras.	
109. (26) La organización dispone de un proceso que garantice que el paciente afectado por esperas prolongadas presente quejas, sugerencias o recomendaciones, del cual se lleva registro, clasificación y desarrolla acciones correctivas y preventiva para evitar su ocurrencia.	
110. (27) La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni se atribuirá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.	
<b>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b>	<b>4</b>
111. (28) Existe un proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente, el cual incluye la obtención, procesamiento, análisis y reporte de resultados a los pacientes y /o a los clínicos. Desarrollo, implementación y seguimiento de los exámenes y procedimientos para la consecución de los resultados.	
112. (29) Los protocolos y procedimientos definidos por el laboratorio Clínico se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud, y se planean de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica basada en la Evidencia. Los procedimientos técnicos ofrecidos por el laboratorio clínico garantizan que se emplean metodología validadas antes de su utilización para los análisis clínicos.	
113. (32) El laboratorio clínico cuenta con guías o procedimientos de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, durante todas las etapas del proceso (pre-post)	
114. (34) Se tiene establecido, y se conoce por los responsables de los procesos, los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados en la organización.	
115. (35) La organización cuenta con protocolos donde se definen criterios explícitos de la información clínica mínima que debe contener las solicitudes de exámenes. Inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno	
116. (36) La organización cuenta con un proceso que garantiza el adecuado flujo de información sobre los pacientes a ser atendidos, entre el PAC, la recepción y la atención propiamente dicha	
<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES</b>	<b>4</b>



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 69 de 85

117. (38) A los pacientes se los provee, en los casos que así se amerite, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes	
118. (39) La organización garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y replanteados periódicamente con base en nueva evidencia.	
119. (40) Cuando la organización, dado su nivel de complejidad, solo realice la toma de muestras, con el fin de ser referidas a un laboratorio de referencia, debe contar con procesos, basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad y conservación de las mismas.	
120. (41) Cuando se sospeche daño en las muestras, sea en el sitio donde se tomó la muestra, donde se procesa, o en procesos de transporte, se debe garantizar un mecanismo de información al paciente para su retoma. Si el paciente ya se fue del centro asistencial se debe contactar antes de las 24 horas, salvo en casos específicos como por ejemplo hemólisis en muestras de pacientes con síndrome de Down y sueros turbios de pacientes lipídemicos.	
121. (42) El laboratorio debe desarrollar y documentar criterios de aceptación o de rechazo de muestras primarias. Si se aceptan muestras primarias comprometidas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y si es aplicable, que se requiere precaución al interpretar el resultado.	
122. (43) Los insumos que son utilizados en el proceso de toma y almacenamiento de la muestra, están debidamente marcados y separados, acorde con la identificación del paciente. Adicionalmente, Conexo con lo anterior, la organización garantiza un procedimiento de información sobre proceso donde se diga cómo se realiza la marcación de elementos, incluyendo la descripción de los acrónimos. No se debe aceptar la utilización de siglas o por lo menos debe haber un proceso para su reducción	
123. (44) Se cuenta con un mecanismo de verificación de la identidad del paciente, y se coteja frente a la orden médica y frente a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos.	
<b>REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>	<b>4</b>
124. (47) La organización garantiza que las remisiones a laboratorios de diferente complejidad, cuenten con la información clínica relevante del paciente.	
125. (48) Brindar información clara y completa al paciente o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refieren las muestras.	
126. (49) 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.	
<b>PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS</b>	<b>4</b>
127. (50) La organización cuenta con estándares para la entrega de reportes de resultados, los cuales son revisados y ajustados según las necesidades identificadas	
128. (51) La organización cuenta con un procedimiento para informar al profesional y a los pacientes sobre las demoras que se puedan presentar para la entrega de resultados, que incluye información precisa sobre cuando éstos serán entregados.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 70 de 85

129. (52) La organización cuenta con un proceso donde se especifica la información mínima que debe contener los reportes de resultados y se evalúa su adherencia.	
130. (53) Todos los resultados de exámenes y procedimientos se entregan de manera escrita. En aquellos los casos excepcionales donde la entrega se haga de manera telefónica, se lleva un registro escrito, tanto del laboratorio que reporta como del que donde se recibe, de la persona que lo informa y de quién lo dicta y quién lo recibe. En ningún caso el resultado puede ser entregado de manera verbal (cara a cara o telefónico) al paciente.	
131. (60) Para aquellos casos de exámenes especiales, cuyos resultados pueden influir en la integridad moral de las personas, la organización garantiza la confidencialidad de los mismos.	
<b>PROCESO DE RETROALIMENTACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE</b>	<b>5</b>
132. (61) La organización tiene establecido un proceso sistemático y periódico que permite monitorizar las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y quejas de los usuarios.	
<b>CONTROL DE CALIDAD</b>	<b>4</b>
133. (62) La organización cuenta, con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.	
134. (63) 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.	
135 (64) El laboratorio debe llevar un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos.	
136 (65) 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.	
137 (66) El laboratorio debe verificar periódicamente la validez del intervalo de análisis de los métodos usados por el laboratorio. Debe llevar un registro de las fechas y resultados obtenidos.	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>4</b>
138. (67) El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención en salud.	
139. (68) La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.	
140. (69) El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.	
141. (70) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 71 de 85

<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>44</b>
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	<b>4</b>
<b>1.4 ESTÁNDARES DE IMAGINOLOGÍA</b>	<b>NA</b>
<b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>	
142. (3) La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	
143. (4) En los casos en que los derechos de los pacientes deban ser informados a estos, y las condiciones de los pacientes no permitan que comprendan su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión.	
144. (5) En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para potencialmente acceder a dichos servicios.	
145 (6) La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se proveerá atendiendo al respeto que merece la condición de paciente, independiente de sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.	
<b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>	
146. (8) La organización garantiza, y en los casos que aplique, el derecho del paciente, a través de un proceso estandarizado, de solicitar cita con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.	
147 (9) La organización, para una adecuada programación de los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los pacientes, programa la agenda teniendo en cuenta los estándares de tiempo que se necesitan para la realización de cada uno de los procesos de atención, teniendo en cuenta también, las diferencias necesarias de tiempo entre cada uno de estos.	
148. (10) La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.	
149. (11) En caso de no atención a los pacientes con citas asignadas o autorizadas, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación y análisis de las causas de inatención. La organización es libre de definir la categorización (listado de causas), así como su amplitud, de las causas de dichas intenciones.	
150. (12) La organización, a través de cualquier método probado y validado de estudio, conoce y analiza aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 72 de 85

151. (13) La organización tiene definidas unas guías o instructivos, con criterios explícitos, y cuando el examen o procedimiento así lo requiera, donde se establecen una serie de necesidades de preparación previa del paciente para la realización del examen.	
<b>ACCESO CUANDO RED ES PROPIA DE EAPB</b>	
152. (15) Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para la autorización y asignación de citas a los pacientes que requieran de sus servicios.	
153. (16) Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores a los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.	
154. (17) Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha, hora, dirección y profesional asignado. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita	
155. (18) Referente a las guías o instructivos para la asignación de citas, se debe garantizar que se usan en el sitio que asigna las citas, son revisados periódicamente y se deja constancia (física o dentro del sistema de información) sobre las recomendaciones dadas a paciente para su preparación.	
156. (19) Los tiempos definidos serán utilizados dentro del proceso de asignación de citas para el manejo de solicitud de citas, y programación, que hagan los pacientes.	
157. (20) La organización garantiza que el sitio que asigna las citas envía, desde el día previo, o antes que comiencen a ser atendidos los pacientes, el listado de pacientes a atender, su orden de atención y el profesional asignado, así como información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente.	
<b>PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE</b>	
158. (21) Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento, donde se le orienta sobre qué debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.	
159. (22) La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.	
160. (23) El personal de recepción en imagenología, debe estar entrenado, y contar con las guías de preparación a la mano, para identificar si los pacientes que ameriten contar con una preparación previa cumplen con dicho requisito. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución, en caso de presentarse alguna duda.	
161. (24) El personal de recepción deberá indicar al paciente que no este adecuadamente preparado los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución, en caso de presentarse alguna duda	
162. (25) La organización deberá contar, para los casos que se amerite, con planes de priorización de realización de procedimientos y entrega de resultados, basados en criterios de priorización clínica	





**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 73 de 85

**PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION**

163. (26) La organización cuenta con estándares de espera, para informar cuánto tiempo deben esperar los pacientes para acceder a la consulta o realización de exámenes.

164. (27) La organización dispone de mecanismos para que el paciente afectado por esperas prolongadas pueda presentar quejas, sugerencias o recomendaciones. Independientemente del mecanismo, la organización garantiza que se lleva un registro de las mismas, que clasifica los motivos y genera acciones correctivas para evitar su recurrencia.

165. (28) La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni tendrá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.

**PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN**

166. (33) La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de la realización de un examen o procedimiento.

167. (34) La organización cuenta con sistemas de planeación que garantizan el conocimiento de cuántos insumos, recursos humanos, tecnología, etc., se necesitan para la realización de los exámenes o procedimientos, de acuerdo a la demanda potencial esperada

168. (35) Se tiene establecido, y se conoce por los responsables de los procesos, los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados en la organización.

169. (36) La organización cuenta con guías donde se definen criterios explícitos de la información clínica mínima que debe contener las solicitudes de exámenes o procedimientos. Inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno.

170. (37) La organización cuenta con un proceso que garantiza el adecuado flujo de información sobre los pacientes a ser atendidos, entre el PAC, la recepción y la atención propiamente dicha.

**PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES**

171. (43) La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.

172. (44) Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se debe especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con personal técnico o profesional para realizar dichos procesos de atención y un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.

173. (45) La organización tiene identificados y definidos internamente una serie de fallas (humanas o de sistemas de soporte) en la operación de los procesos prioritarios, los cuales su sola presencia generan un sistema de investigación, análisis y toma de



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 74 de 85

decisiones para evitar un evento adverso prevenible.

174. (46) La organización debe contar con procesos donde se especifique cómo se manejan situaciones de urgencias médicas con los pacientes, indicando los mecanismos de remisión de los mismos.

**PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS**

175. (49) La organización cuenta con estándares de cuánto tiempo demora la entrega de resultados luego de la toma y procesamiento de los exámenes y procedimientos

176. (50) Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto se tiene un sistema para avisar al profesional o al paciente de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado

177. (51) La organización cuenta con un proceso donde se especifica la información mínima que debe contener los reportes de resultados

178. (52) Todos los resultados de exámenes y procedimientos se entregan de manera escrita. En aquellos casos excepcionales donde la entrega se haga de manera telefónica, se lleva un registro escrito, de quién lo dicta y quién lo recibe. En ningún caso el resultado puede ser entregado de manera verbal (cara a cara o telefónico) al paciente

179. (53) Cuando los resultados escritos son una transcripción de una copia, dictado o grabación, y esta transcripción no es realizada por la misma persona que realizó el análisis de los exámenes, la organización cuenta con un proceso de almacenamiento y conservación del registro original. Adicionalmente, la organización cuenta con un proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia entre los diferentes registros.



180. (54) La organización cuenta con un manual, el cual estandariza los diferentes acrónimos usados en la lectura y transcripción de los resultados de exámenes, y verifica la utilización de los mismos. En caso de que los profesionales o técnicos no estén siguiendo dichos procesos, genera mecanismos de evaluación y generación de medidas de mejoramiento.

181. (55) La organización cuenta con un proceso para identificar, proactivamente, los casos en los cuales los resultados (por causas inherentes al procesamiento mismo) se demorarán más de lo establecido en los estándares. Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de las muestras, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuar por orden de prioridad las muestras retrasadas.

182. (56) Existe un proceso para garantizar que todos los procedimientos realizados sean entregados al paciente, o en su defecto al médico tratante, si el proceso fue diseñado de ese modo

183. (57) La organización garantiza un proceso permanente de asesoría a los profesionales solicitantes de procedimientos para la correcta interpretación de los resultados

184. (58) La organización contará con un proceso para identificar y cuantificar la entrega de resultados a pacientes equivocados. En estos casos se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados, dejando constancia de dicha anomalía.

	<b>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</b>	 ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 75 de 85
---	--	--

185. (59) Para aquellos casos de procedimientos especiales (Ej.: cáncer, abuso de cualquier tipo, procedimientos dentro de un proceso legal, etc.), cuyos resultados pueden influir en la integridad moral de las personas, la organización garantiza que dichos resultados son entregados únicamente al paciente.	
<b>EGRESO</b>	
186. (61) La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluyendo la facturación de los servicios. Se garantiza asimismo la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, aplicación y evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.	
<b>EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS</b>	
187. (63) La organización garantiza un proceso para la evaluación de la calidad de los procedimientos y de la atención recibida por el paciente a partir de las solicitudes, los registros de atención y los resultados.	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	
188. (64) El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.	
189. (65) La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.	
190. (66) El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.	
191. (67) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.	
<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	
<b>1.5 ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN</b>	<b>NA</b>
<b>ACCESO</b>	
192. (3) La institución promueve la detección y diagnóstico tempranos de la discapacidad en su ámbito de influencia (centros educativos, instituciones y profesionales de salud, comunidad de usuarios, otras organizaciones, etc.).	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 76 de 85

<b>REGISTRO E INGRESO</b>		
193. (5) Existe un proceso de preparación para la atención del usuario.		
<b>EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO</b>		
194. (7) La institución lleva a cabo un proceso de evaluación inicial de las necesidades de habilitación / rehabilitación del usuario.		
195. (9) La institución está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el usuario requiere técnicas especiales de atención que puedan afectar su dignidad, su seguridad o su funcionalidad		
<b>EVALUACIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN</b>		
196. (21) La institución lleva a cabo la revisión del plan individual de habilitación / rehabilitación y sus resultados, con la periodicidad y criterios preestablecidos, y le hace los ajustes necesarios.		
<b>EGRESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCION / INTEGRACION INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL</b>		
197. (22) Existe un proceso para planear el egreso y la continuidad de la habilitación / rehabilitación.		
198. (25) La institución cuenta con un proceso para evaluar la adherencia del usuario a su tratamiento y para contribuir a ella.		
199. (26) La institución desarrolla procesos para la promoción de los derechos y deberes de las personas con discapacidad y para promover su acceso al medio y la participación		
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		
200. (27) Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de habitación / rehabilitación.		
201. (28) Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de habilitación / rehabilitación.		
202. (29) Existe un proceso de monitorización continua del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.		
203. (30) Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de rehabilitación se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, al usuario y su familia, a la comunidad y a otras entidades.		



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 77 de 85

<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	
<b>2.1 ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO</b>	<b>4</b>
204. (1) Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.	
205. (2) La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.	
206. (3) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno.	
207. (4) Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.	
208. (5) Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	
209. (6) Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes 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.	
210. (7) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores.	
211. (8) Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	
212. (9) Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.	
213. (10) Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>4</b>
214. (11) Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 78 de 85

215. (12) Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	
216. (13) Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	
217. (14) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	
<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>8</b>
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	<b>4</b>
<b>2.2 ESTÁNDARES DE GERENCIA</b>	<b>4</b>
218 (1) Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.	
219. (2) Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades.	
220. (3) 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, incluido el Manual de Calidad de la organización.	
221. (4) La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.	
222. (5) Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento.	
223. (6) Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización.	
224. (7) Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores.	
225. (8) Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.	
226. (9) Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional.	
227. (10) Existe un proceso para la protección y control de los recursos.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 79 de 85

<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>4</b>
228. (11) Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia	
229. (12) Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	
230. (13) Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	
231. (14) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	
<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>8</b>
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	<b>4</b>
<b>2.3 ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS</b>	<b>4</b>
232. (1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.	
233. (2) Existe un proceso para la planeación del recurso humano.	
234. (3) Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.	
235. (4) La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.	
236. (5) La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.	
237. (6) Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores.	
238. (7) Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 80 de 85

239. (8) Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización.	
240. (9) Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.	
241. (10) La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>4</b>
242. (11) Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano	
243. (12) Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	
244. (13) Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	
245. (14) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	
<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>8</b>
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	<b>4</b>
<b>2.4 ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO</b>	<b>5</b>
246. (1) La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.	
247. (2) La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente.	
248. (3) Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.	
249. (4) La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos.	
250. (5) Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).	





**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 81 de 85

251. (6) Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre.	
252. (7) Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.	
253. (8) Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes.	
254. (9) La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria.	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>4</b>
255. (10) Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico	
256. (12) Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	
257. (13) Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	
258. (14) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	
<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>9</b>
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	<b>4.5</b>
<b>2.5 ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>4</b>
259. (1) Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.	
260. (2) Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)	
261. (3) La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.	
262. (4) Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 82 de 85

263. (5) Existe un proceso para transmitir los datos y la información.	
264. (6) Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.	
265. (7) Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>4</b>
266. (8) Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información	
267. (9) Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	
268. (10) Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	
269. (11) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	
<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>8</b>
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	<b>4</b>
<b>2.6 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</b>	<b>4</b>
270. (1) La organización cuenta con un proceso de análisis, para que, previo a la introducción de nueva tecnología, se estudien factores, para garantizar la adecuada incorporación de la misma, tales como el costo beneficio o costo efectividad de la nueva tecnología, la evidencia de seguridad, etc.	
271. (2) Existe un proceso que garantiza que se minimizan los riesgos asociados con la adquisición y uso de las tecnologías.	
272. (3) La organización cuenta con un sistema que garantiza la continuidad de los procesos en casos de contingencia, tales como daño del equipo, fallas de luz, etc.	
273. (4) La organización garantiza que existe una responsabilidad delegada a un grupo de profesionales y técnicos, por parte de la gerencia, para todos los aspectos de la gestión de la tecnología.	
274. (5) La política de compra o reposición de tecnología de la organización debe incluir definición tiempo de vida útil, garantía, seguridad, confiabilidad, soporte, y necesidades de mantenimiento.	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 83 de 85

275. (6) Existe una política organizacional para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.	
276. (7) Todas las tecnologías cuentan con pruebas de validación previas a su aceptación dentro de la organización.	
277. (8) La organización debe garantizarle a los usuarios de la tecnología que tenga instrucciones impresas, manuales manipulables y traducciones coherentes.	
278. (9) La organización garantiza que dentro del proceso de mantenimiento (sea interno o delegado a un tercero) se provee evidencia que el personal a cargo cuenta con un entrenamiento formal para realizar dichas actividades.	
279. (10) Todas las tecnologías que son reparadas cuentan con un proceso de descontaminación previo a su uso (si la situación lo amerita)	
280. (11) La organización cuenta con una política de renovación de tecnología.	
281. (12) La organización garantiza que existe un sistema de reporte de eventos adversos asociados con el uso de la tecnología. Lo anterior incluye la definición y el entrenamiento sobre cómo reportar. La historia de eventos adversos son distribuidos a las personas apropiadas y las recomendaciones son implementadas.	
282. (13) Los profesionales que están directamente utilizando la tecnología están entrenados en la operación segura de las mismas, reconocen su malfuncionamiento y conocen cómo corregirlos o en su defecto, conocen cómo reportarlo.	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>4</b>
283. (14) El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención en salud.	
284. (15) La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.	
285. (16) El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.	
286. (17) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.	
<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>8</b>
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	<b>4</b>
<b>2.7 ESTÁNDARES ESPECÍFICOS PARA SEDES AMBULATORIAS INTEGRADAS EN RED</b>	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 84 de 85

<b>ATENCIÓN AL USUARIO</b>	4
287. (1) Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el PAC.	
288. (2) 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 coordinación y continuidad del proceso de atención del paciente	
289. (3) 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.	
<b>DIRECCIONAMIENTO</b>	4
290. (4) 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.	
291. (5) 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 dichos mecanismos.	
<b>GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</b>	4
292. (6) Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y atenciones de los pacientes, la cual puede ser accesada por cada uno de los diferentes prestadores, en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.	
293. (7) Cuando se tengan varias sedes, y el usuario pueda consultar en varias de estas, 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 esta en medio magnético o físico (papel).	
294. (8) Los registros que son usados dentro de los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluyendo 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.	
295. (9) 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	



**INFORME DE AUTOEVALUACIÓN  
ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS  
VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN  
SALUD  
PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN**



ES-P-AS-01-F-017  
Versión 00  
2010-06-25  
Página 85 de 85

desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.	
296. (10) La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos donde el paciente es visto dentro de un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud de los mismos, y esta información quede consignada en los registros clínicos.	
297. (11) La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman reciban información detallada y oportuna acerca de los servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.	
<b>GESTIÓN DE TECNOLOGÍA</b>	4
298. (12) 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), así como evitar el uso repetido del mismo examen a los pacientes, en aquellos casos donde estos son remitidos dentro de la misma red.	
299. (13) 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 al nivel de complejidad de los prestadores.	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	4
300. (14) La gerencia de la red garantiza que cuenta con un proceso de planeación y monitorización de objetivos comunes de calidad de la red y de los prestadores que la conforman.	
301. (15) La gerencia de la red cuenta con un proceso periódico y sistemático de recolección, análisis y retroalimentación del comportamiento del desempeño de la actividad o estrategia incorporada en los planes de calidad.	
302. (16) Cuando un resultado en salud es compartido entre diferentes prestadores de la misma red, la gerencia deberá determinar la contribución individual de cada prestador a la consecución del resultado.	
<b>PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>20</b>
<b>CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)</b>	<b>4</b>
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>197</b>
<b>CALIFICACIÓN GENERAL (1 a 5)</b>	<b>4.1</b>