



**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 44

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

1. Para el diligenciamiento de este formato tenga en cuenta la 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: Sistematicidad y amplitud, proactividad, ciclo de evaluación y mejoramiento, despliegue en la institución, despliegue al cliente interno y/o externo, pertinencia, consistencia, avance de la medición, tendencia 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 44

1. ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO EVALUACIÓN ANTERIOR	ACCIONES IMPLEMENTADAS	ELEMENTOS DE VERIFICACION
1.1 ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL HOSPITALARIO	1. Clasificar como controles aquellos casos en los que el medico solicita q la persona vuelva a control por urgencias, con el objeto de disminuir la tasa de reingresos de urgencias con el fin de disminuir la tasa de reingresos de urgencias dentro de 72 horas. Esta situación aplica en las maternas en trabajo de parto que pueden continuar su trabajo de parto en casa y volver a control posterior.	Se ha hecho seguimiento a los reingresos del servicio de urgencias discriminando las maternas en trabajo de parto y se ha divulgado con el personal médico que el concepto de Reingreso no incluye a pacientes en la situación descrita. Esto se ha reflejado en una tasa de reingresos mas acorde con la situación del servicio. Se creó además un cargo exclusivo para facturar cuando el médico de triage decida que es un reingreso al servicio y evitar de esta manera que le genere pago al usuario	Software CNT



**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 44

	<p>2. Incluir un control telefónico en casa para verificar la evolución y tener mayor control de los casos que son atendidos por el servicio de urgencias, que por su patología o por las características propias del usuario podrían tener alguna complicación. Esto puede ser programado por el medico que atiende al usuario y el seguimiento que hace el siguiente turno.</p>	<p>En la plantilla "epicrisis de urgencias" se implementó el ítem PRIORIZAR POST VENTA. Se hace seguimiento a estos pacientes. En la entrega de turno quedan comentados los pacientes que quedan en el servicio y los ambulatorios que fueron citados por urgencias para que el médico que recibe el turno esté enterado</p>	Software Plantilla 1982	CNT
	<p>3. Complementar el contenido de los temas en la cartilla informativa que se maneja en el servicio de hospitalización, de tal manera que contenga los temas básicos que un paciente o sus familiares deban conocer</p>	<p>Se complementa la cartilla informativa utilizando un lenguaje mas amigable y se añaden temas para educación del usuario y su familia</p>	Cartilla informativa	
	<p>4. La ronda de hospitalización es una estrategia muy interesante en la medida que es un espacio en el que a través del dialogo, se puede identificar fácilmente cuales son los conocimientos que el usuario tiene y en cuáles aspectos no tiene recordación; por lo tanto, se sugiere que quede registro del nivel de recordación que tenía el usuario, independientemente del esfuerzo que se hace en seguida para complementarlo.</p>	<p>La plantilla donde se consigna la Ronda de Detección de Necesidades educativas consta de una primera parte que mide el nivel de recordación posterior a la educación inicial que se le da al usuario al ingreso al servicio. Se hace un comparativo de las necesidades educativas marcadas (lo que no recuerda el paciente) y la educación brindada, para intervenir en los temas que requieren refuerzo. Esto se lleva como un indicador para el seguimiento en el comité de dirección</p>	Indicador de Evaluación de Necesidades Educativas	de 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 4 de 44

1.2 ESTÁNDARES SERVICIOS AMBULATORIOS	<p>1. Mejorar el sistema de contrarreferencia, en lo que se refiere a la retroalimentación del 40% de estas, en los casos en que las compañías aseguradoras no atienden la solicitud en forma oportuna o no tienen contratos vigentes para actividades no POS-S afectando la continuidad del proceso de atención.</p>	<p>Se ha notado un mejoramiento en las contrarreferencias ambulatorias que se reciben y la pertinencia (concepto del especialista que recibió la remisión) de las remisiones Se estableció mecanismo para mejorar el registro de estas en la historia clínica lo cual ha redundando en una mejora del mismo</p>	<p>Indicador de Contrarreferencia</p>
	<p>2. Continuar evaluando el nivel de salud de la población beneficiada, respecto de la población general. Podrían considerarse indicadores que puedan establecer comparativos como la tasa de embarazos deseados, la tasa de prevalencia de tuberculosis, hipertensión arterial, enfermedad dental, malnutrición; o indicadores que miden la reducción de complicaciones en enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, enfermedad coronaria, otras)</p>	<p>Dentro del tablero de mando se tienen establecidos unos indicadores de impacto o estratégicos que dan cuenta claramente del beneficio de nuestra población asignada comparándola con indicadores que maneja la población general. Estos son presentados en el comité de dirección y en reuniones de la junta directiva</p>	<p>Tablero de mando</p>
	<p>3. Mejorar la gestión de ajuste con la cultura de la organización cuando se presenten funcionarios que no estén alineados. Esto se menciona pues en las encuestas realizadas a los usuarios durante los recorridos, al menos dos personas manifestaron su inconformidad con el trato con uno de los profesionales del área médica</p>	<p>Se ha venido fortaleciendo el seguimiento a los funcionarios que presenten reclamaciones en especial con el trato, en especial con el comité de ética y en cabeza de la Subdirección Científica donde se realizan planes de mejora y compromisos individuales con el funcionario para su evaluación posterior y poder tomar una decisión adecuada. Este procedimiento establece que luego pasa decisión gerencial para definir conducta</p>	<p>Comité de Ética Procedimiento Evaluación de Responsabilidades y Compromisos</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 5 de 44

	<p>4. Mejorar la accesibilidad para solicitar cita médica ambulatoria, ésta no debería tener barreras tales como que sean únicamente telefónicas y en horarios de atención muy estrechos. Debe conocerse y manejarse opciones para la gente.</p>	<p>Se ha realizado el análisis para mejorar el acceso de los usuarios a las citas médicas ambulatorias De todas maneras se tiene en cuenta el modelo de atención a la población más vulnerable y se coordina con la Oficina Amiga del Usuario para cuando se presente el caso</p>	<p>Oficina Amiga del Usuario Plan de Mejora</p>
<p>1.3 ESTÁNDARES LABORATORIO CLÍNICO</p>	<p>1. Implementar un sistema de digiturno en el laboratorio, de manera que garantice el seguimiento y medición de los tiempos de espera de todos los pacientes y las mediciones realizadas sean representativas y confiables para evaluar el acceso y la oportunidad de la atención.</p>	<p>Se implementó en la historia clínica electrónica el seguimiento a los tiempos de espera para cuando el paciente ingrese a la toma de muestra, permitiendo evaluar el universo de la población atendida</p>	<p>Plantilla No. 2166</p>
	<p>2. Establecer el mecanismo de seguimiento sistemático de la aplicación, los identificadores del paciente, del consentimiento informado, para su seguimiento y mejora, en alineación con el sistema de información del hospital.</p>	<p>Se implementó en el sistema CNT, la plantilla No. 2166 “Evolución de Necesidades en Ayudas Diagnósticas”, donde se consigna la información del usuario, información que es capturada por la persona responsable de la toma y/o recepción de la muestra y previamente registrada en el formato de “Evolución de Necesidades Educativas Ayudas Diagnósticas” código 1141-13-038</p>	<p>Plantilla en CNT Formato Manual</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 44

	<p>3. Definir el mecanismo sistemático de seguimiento de la entrega de reporte de laboratorio externo, para los exámenes de urgencia y los que se realizan en horario diferente del horario del laboratorio, de manera que se disponga de información que permita su seguimiento y análisis continuo.</p>	<p>Se tienen definidos los indicadores de:</p> <ul style="list-style-type: none">* Oportunidad del laboratorio externo para Urgencias y Hospitalización. Para el cual se tiene definido un estándar de 2 horas.* Oportunidad del laboratorio externo para el reporte de resultados ambulatorios. Para el cual se tiene definido un estándar de 12 horas. <p>En la historia clínica se cuenta con una plantilla donde se registra la oportunidad para la entrega de los resultados por parte de los bacteriólogos de la institución, cuando se reciben los resultados del laboratorio externo.</p>	<p>Trazabilidad de los indicadores en Isolución.</p> <p>Plantilla 2187</p>
	<p>4. Revisar la metodología para la definición de estándares de oportunidad, teniendo en cuenta el comportamiento de los indicadores de seguimiento del total de pacientes atendidos.</p>	<p>Teniendo en cuenta el promedio de usuarios que asisten a la toma de muestra diariamente y con el recurso humano con el que cuenta la organización, estableciendo además un promedio de 5 minutos durante la atención, la responsable del servicio hizo un análisis detallado donde se identificó que es indispensable distribuir los usuarios por turnos para que de esta forma se pudiera cumplir con el estándar de 30 minutos.</p>	<p>Ver análisis de metodología</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 7 de 44


	<p>5. Continuar con los avances y mejoras iniciadas en los procesos de control de calidad interno y externo, según el plan previsto por el laboratorio.</p>	<p>Se continúa con el programa de control de calidad externo para Hematología y Química sanguínea con QUICK Ltda, para el área de Uroanálisis y parasitología con NOVALAB, y para enfermedades de vigilancia epidemiológica con el laboratorio Departamental, se monitoriza permanentemente.</p> <p>Se definieron dos indicadores en el tablero de mando:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Proporción Pruebas de Laboratorio Clínico Cuantitativas que cumplen con las especificaciones de calidad. * Pruebas de Laboratorio clínico cualitativas que cumplen las especificaciones de Calidad Proporción <p>Los resultados de estas mediciones fueron incluidos sistemáticamente en los informes que se presentan al comité de control interno equipo MECI, para que desde cada una de las unidades funcionales se conozcan los resultados de calidad del laboratorio.</p>	<p>Indicadores en software de calidad Actas de comité de control interno equipo MECI</p>
<p>1.4 ESTÁNDARES IMAGINOLOGÍA</p>	<p>DE 1. Continuar revisando los espacios de atención del servicio, si se tiene la proyección de ampliar su oferta de servicios.</p>	<p>Después de realizar el análisis de las coyunturas que se presentan en la organización, en cuanto a la ampliación de servicios, se determina que no es prudente la ampliación para no afectar la oportunidad ni la accesibilidad a los usuarios de la población asignada a la ESE.</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 8 de 44

	<p>2. Continuar con el fortalecimiento del análisis e implementación de los estándares de acreditación en salud para los servicios de Imaginología</p>  <p>Ministerio de la Protección Social República de Colombia</p>	<p>Como una de las mejoras implementadas durante el último año con los outsourcing, se ha hecho el acompañamiento por parte del sistema de garantía de la calidad en especial al servicio de Imaginología, donde en coordinación con la líder de calidad se ha revisado todo el enfoque, implementación y resultados de sus procedimientos frente a los estándares de acreditación, incluyendo las nuevas tendencias establecidas y lo relacionado con la gestión de la tecnología. Se programaron reuniones sistemáticas para realizar verificación de tareas y cumplimiento de metas y se cuenta con la participación del proceso en los comités de control interno equipo MECI</p> <p>En el plan de acción de 2011 se incluyeron actividades para fortalecer los conocimientos del personal del servicio de imaginología respecto a los estándares de acreditación.</p>	<p>Evidencias de cumplimiento de planes de acción</p>
	<p>3. Integrar los procesos de autoevaluación del hospital con el servicio de imaginología.</p>	<p>Se involucra al servicio de imaginología, aprovechando que cuentan con una nueva líder de calidad para que participe en los ejercicios de autoevaluación y construcción de planes de mejoramiento.</p>	<p>Autoevaluación</p>
<p>2. ESTÁNDARES DE APOYO</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 9 de 44

**2.1 ESTÁNDARES
DIRECCIONAMIENTO**

DE

1. Desarrollar una estrategia que fortalezca la comprensión de los usuarios respecto de una decisión sobre el mantenimiento de la sede Calatrava con base en el análisis de costos y beneficios para la comunidad y el hospital.

La Organización ha venido trabajando en el seguimiento a la eficiencia en la utilización de la sede Calatrava con indicadores que dan cuenta del costo beneficio para ir tomando la decisión gradual de la continuidad de algunos Pese a la baja productividad de la sede Calatrava, se han hecho análisis con la Junta Directiva de la ESE, teniendo en cuenta la accesibilidad de los usuarios a los servicios, la satisfacción con estos servicios.

También se ha analizado esta situación teniendo en cuenta los problemas de orden público que se tienen actualmente.

Se está realizando un estudio concienzudo teniendo en cuenta todas las variables, los servicios que allí se ofrecen, el sentir y las necesidades de la comunidad y de este estudio se concertarán objetivos y actividades a desarrollar

Verificación en Sede
Horarios de Atención



**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 44

2. Implementar un mecanismo para liberar los recursos respecto del estado de pérdidas y ganancias, de manera paulatina, para que en los próximos ejercicios contables se refleje una mayor disponibilidad presupuestal, en concordancia con lo establecido por la autoridad competente.

Durante el último año y en especial durante el primer semestre del 2012 se ha impulsado la elaboración de proyectos para la consecución de recursos que de una u otra manera liberen la disponibilidad presupuestal que ya esta asignada a ciertos rubros como Renovación de Tecnología y Mantenimiento Hospitalario. Se ha propuesto además medidas como la estampilla prohospial para mejorar los ingresos que por este concepto, antes no llegaban a las finanzas de la ESE, Todo esto con el apoyo del ente municipal Se ha continuado trabajando en el fortalecimiento de la parte financiera de la ESE, no siendo ajenos a todas las problemáticas que presenta el sector salud a nivel nacional. Desde la Junta Directiva se ha gestionado y definido mecanismos para fortalecer esta parte, ya que no se ha mejorado y en el 2011 se presenta déficit presupuestal



**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 44

3. Fortalecer la gestión de negocios iniciada y continuar focalizando la oferta de servicios particulares en odontología y laboratorio clínico según lo previsto.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Se ha continuado con la oferta a particulares de estos nuevos servicios, a través de los diferentes medios de comunicación. Se han solicitado espacios en el Municipio de Itagüí para ofertar estos servicios. A los funcionarios de la ESE y sus familias también se ha posibilitado acceder a estos servicios de manera fácil y oportuna. Se ha hecho trámite para instalar publicidad en las otras sedes de la ESE. Se ha continuado impulsando el servicio particular en Odontología y Laboratorio. Se pasó de facturar 120 millones en el 2010 a 134 millones en promedio en el año 2011 por concepto de atención a particulares en los servicios de Odontología y Laboratorio.

Software CNT

4. Mantener los ejercicios de referenciación iniciados y de manera sistemática

Durante el año 2011 se realizó ejercicio referencial con instituciones de Bogotá de manera presencial con los procesos de Promoción y Prevención, Gestión de la Información, Gestión de la Tecnología. Además se continuó participando en ejercicios de referencia con la empresa AyS. En el 2011 se recibió un premio del Galardón Top Bench de Excelencia en la Gestión, el cual tiene por objeto difundir las experiencias de las organizaciones poseedoras de las mejores prácticas, las cuales se han identificado a partir de procesos sistemáticos de comparación, en donde las instituciones galardonadas son las que obtienen los mejores resultados.

Informe de Referencia



**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 44

	<p>5. Continuar con la gestión adelantada respecto del proyecto de ampliación de servicios en la nueva sede y concretar con las autoridades competentes los recursos necesarios para el inicio de la obra.</p>	<p>En la administración pasada no se logró viabilizar este proyecto. En el año 2012 se presentó el proyecto a la nueva administración y a la Junta Directiva de la ESE quienes estudiarán su viabilidad teniendo en cuenta las necesidades de la institución En Junta Directiva realizada con el nuevo alcalde se plantea la situación con respecto a la construcción de una nueva sede. El señor alcalde dice que a mediados del año 2012 se tomará una decisión al respecto.</p>	<p>Acta Junta Directiva</p>
	<p>6. Mantener su liderazgo y la gestión de mejoramiento de calidad sin perjuicio de los cambios de administración y las contingencias de la región y del sistema de seguridad social en salud</p>	<p>La Organización durante todos estos años ha encontrado respaldo de parte de la Junta Directiva y en cabeza del señor alcalde se ha comprometido en continuar con el mejoramiento continuo dentro de la Organización propendiendo por trabajar en el sistema único de acreditación como estrategia fundamental para lograr una atención humanizada y segura como lo promulga el Plan de Desarrollo 2012-2015 De todas maneras la ESE ha logrado una cultura de la Calidad que ha permitido mantenerse a pesar de los cambios. Así mismo se ha construido un sistema que ha permitido su sostenimiento en el medio y su trabajo continuo en Calidad</p>	<p>Plan de Desarrollo Plan de Gestión del Gerente</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 13 de 44

2.2 ESTÁNDARES DE GERENCIA	<p>1. Con el fin de tener un cálculo del tiempo estimado que el hospital invierte en capacitación, se puede incorporar a los registros de asistencia a las capacitaciones (inducciones, refuerzos, cursos) el tiempo que dure la capacitación. De esta manera, se puede cuantificar el tiempo de capacitación tanto al cliente interno como al usuario externo.</p>	<p>En el formato de registro de capacitaciones se registra la duración de la misma y en coordinación de Costos se puede cuantificar el tiempo utilizado para las mismas</p>	Informe de Costos
	<p>2. Con respecto a los indicadores financieros verificar que el concepto de reservas para el pago de las demandas no afecte el concepto de pasivo y por lo tanto patrimonio y rentabilidad.</p>	<p>Se revisó el procedimiento contable encontrándose que estaba bien aplicado, pero se encontró que el error estaba en la certificación del asesor jurídico; se coordina con esta dependencia para corregir la falla</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 44

	<p>3. Realizar la intervención sobre los aspectos de insatisfacción identificados, particularmente el acceso a la solicitud de cita para medicina ambulatoria.</p>	<p>Se han realizado planes de mejora en el tema de accesibilidad de citas médicas, se monitoriza y se presenta en el comité de Control Interno equipo MECI las reclamaciones presentadas por accesibilidad, para hacer seguimiento a este aspecto y continuar implementando acciones de mejora en este tema Con el proceso de Cliente Asistencial y en coordinación con el área de sistemas se ha venido trabajando en diseñar estrategias que por una parte mejoren la satisfacción del usuario con respecto a la accesibilidad para las citas y por otro se lleve un análisis juicioso de la eficiencia en la prestación del servicio teniendo en cuenta indicadores como intensidad y extensión de uso Se realiza plan de mejoramiento para esta situación encontrada</p>	<p>Plan de Mejora para accesibilidad con cita ambulatoria</p>
<p>2.3 ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL RECURSO HUMANO</p>	<p>1. Mantener los logros alcanzados en la gestión del talento humano y continuar con el mejoramiento de los procesos de acreditación en salud, sin perjuicio de los cambios institucionales y de los líderes de la institución, en especial del desarrollo de competencias, incentivos y la evaluación del desempeño.</p>	<p>Se continúa trabajando en el mejoramiento de los procesos, se hace revisión y ajustes a la política de capacitación, estímulos e incentivos como parte del mejoramiento continuo. En el año 2011 Gestión del Talento Humano fue la mejor área a nivel administrativo. Se actualizó la resolución del Comité de Bienestar Social de manera que de posibilidad de beneficios a todos los empleados de la ESE.</p>	<p>Política de capacitación, estímulos en Intranet Reconocimiento como mejor servicio en el año 2011. Resolución del Comité de Bienestar actualizada.</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 44

	<p>2. Continuar con los ejercicios de referenciación, explorando nuevas experiencias en organizaciones similares.</p>	<p>Se dispuso presupuesto para apoyar los procesos de Promoción y Prevención, Gestión de la Información y Gestión de la Tecnología en ejercicios de referencia presencial en la ciudad de Bogotá y en cabeza de la Subdirección Científica se participa activamente en los ejercicios de referencia con la empresa AyS</p>	<p>Informe de Referencia</p>
	<p>3. Continuar con la divulgación sistemática de los resultados de mejoramiento del talento humano en toda la organización.</p>	<p>Se continúa con la divulgación de resultados a todos los niveles de la organización, por los diferentes medios de comunicación y se han realizado planes de mejora con los resultados obtenidos Durante el último año se ha venido trabajando con nuevas herramientas informáticas para fortalecer la escucha activa dentro del proceso</p>	<p>Adherencia al Proceso</p>
<p>2.4 ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO</p>	<p>1. Mantener el comportamiento de los indicadores del ambiente físico</p>	<p>Los indicadores de Ambiente Físico han mantenido su tendencia a la mejora durante el 2011 El mejoramiento del proceso se evidencia como uno de los de mejor adherencia en el 2011 logrando un 91%</p>	<p>Tablero de Mando</p>
	<p>2. Continuar con el mejoramiento y mantenimiento de las áreas e infraestructura física, en particular de algunos techos o paredes en la sede San Pío, como se describe en el informe</p>	<p>Se continuó con el mejoramiento de la infraestructura físico con énfasis inicialmente en la sede San Pío donde se realizó reparación total del techo en el área administrativa, arreglo de paredes en toda la sede, modernización de los baños para los usuarios y funcionarios y remodelación</p>	<p>Sede San Pío</p>
	<p>3. Adecuar y mejorar las áreas de descanso del personal asistencial de la sede San Pío y el almacenamiento de insumos</p>	<p>Se mejoraron las zonas de descanso del personal médico y de enfermería (zonas de almuerzo, zonas de descanso) remodelando además los servicios sanitarios</p>	<p>Cuartos de descanso</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 16 de 44

	<p>4. Revisar y adecuar la organización, dotación y mantenimiento de las áreas de almacenamiento de alimentos y las normas higiénico – sanitarias para la preparación de alimentos así como los procedimientos de manipulación de alimentos</p>	<p>Se inicio verificación con auditorías a los outsourcing en especial con el servicio de alimentación para propender por el cumplimiento de lo estipulado en el decreto 3075 de 1997 donde se dejaron estipulados unos compromisos de mejoramiento Se realizan los mejoramientos correspondientes en el área de cafetería y servicio de alimentación.</p>	<p>Servicio de Alimentación Auditoría al Servicio</p>
	<p>5. Complementar la señalización de seguridad industrial marcando sobre el nivel del suelo los espacios reservados para la ubicación de extintores, sillas de ruedas, u otros elementos que tienen ubicación permanente de áreas de circulación y podrían generar tropiezos.</p>	<p>Se inició actualización de la señalización donde queda contemplado la demarcación de espacios especiales</p>	<p>Señalización en las Sedes</p>
	<p>6. Incluir la adquisición de los detectores de humo para todas las sedes en sus planes de compra</p>	<p>Se colocaron detectores de humo en los lugares que lo requieren en las 3 sedes en coordinación con el proceso de Gestión de la Tecnología</p>	<p>Las 3 sedes de la Organización</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 17 de 44

**2.5 ESTÁNDARES DE GERENCIA
DE LA INFORMACIÓN**

1. Continuar la mejoría de la plantilla de historia clínica y la posibilidad de que sea alimentada por el personal de promoción y prevención reportando las intervenciones realizadas a una persona



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Se han realizado adaptaciones en la plantilla de la historia clínica electrónica para que el personal de PyP que dicta la charla, pueda realizar el registro inmediato de las acciones realizadas. Este registro queda como antecedente para que la próxima vez que el profesional diligencie la historia clínica de control a los programas respectivos, pueda constatar en que actividades estuvo el paciente. De esta manera se favorece la continuidad en la atención ya que va guardando secuencialmente las actividades realizadas en los diferentes programas

Plantillas: 1339, 1928, 2200, 1924, 1925

Ver gráfico 1 de actividades educativas realizadas en PyP 2008- 2012.

Ver gráfico 2 de integralidad de la atención en PyP 2008- 2012.






**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 18 de 44

<p>2.6 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</p>	<p>1. Continuar mejorando el control del mantenimiento de equipos de tal manera que llegue a todos los servicios en las diferentes sedes.</p>  <p>Ministerio de la Protección Social República de Colombia</p>	<p>Se ha continuado el fortalecimiento del programa de mantenimiento biomédico con la participación del tecnólogo el cual realiza recorridos en todas las sedes de la organización de acuerdo con el cronograma establecido. Esto es facilitado por el nuevo software Pronet con el cual se mejora la accesibilidad de las sedes para la verificación de manuales y guías rápidas de manejo. Para facilitar la consulta de los manuales de los equipos por parte de los funcionarios, éstos fueron publicados en la intranet. Se implementó el software GLPI, para facilitar el reporte y la gestión de las necesidades relacionadas con el mantenimiento de equipos biomédicos, con éste sistema es posible cuantificar la cantidad de soportes dados, los tiempos utilizados, la oportunidad en la atención y la medición de la satisfacción de los clientes internos. Este aplicativo maneja alarmas al correo electrónico, para que puedan realizar el seguimiento de las solicitudes de mantenimiento.</p>	<p>Hojas de vida de equipos biomédicos en software metrológico</p> <p>Informe de soportes dados en mantenimiento biomédico en el software GLPI.</p> <p>Oportunidad del mantenimiento biomédico que en la actualidad es de 98%. Ver gráfico 2008 – 2012</p> <p>Indicador de calibración oportuna de equipos 2008 – 2012. Ver informe del perfil de la organización</p> <p>Informe de referenciación realizado con el Hospital Pablo VI de Bosa y el Centro Policlínico del Olaya 2011. Indicador de satisfacción del cliente interno</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 19 de 44

**2.7 ESTÁNDARES ESPECÍFICOS
PARA SEDES AMBULATORIAS
INTEGRADAS EN RED**

1. Mejorar la limitación de acceso de los usuarios a solicitud de cita ambulatoria a medicina general u odontología por primera vez tanto por intermedio del call center.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

El mejoramiento de la limitación de acceso desde el call center se fortaleció a través de las siguientes actividades:
Capacitación y reentrenamiento del personal del call center en temas de interés institucional procurando el mejoramiento en las competencias de dicho personal.
Revisión y actualización del guión de respuesta del teléfono, optimizando el tiempo.
Capacitación del personal en el nuevo guión por parte de la comunicadora.
Gestión de las reclamaciones por acceso, brindando la cita directamente desde la oficina amiga del usuario.
Asignación de una auxiliar administrativa para odontología en la sede Santa María, encargada de asignar y cancelar las citas de odontología, lo cual permite realizar un seguimiento eficiente de la utilización del recurso y ha permitido alcanzar una oportunidad de odontología menor de 3 días cumpliendo con el estándar. Adicionalmente en el servicio de odontología con la ampliación a 30 minutos de la duración de la cita, ha vuelto más eficiente el servicio porque se pueden realizar más actividades por sesión y por ende redundando en mayor disponibilidad de citas a corto tiempo.
Información a la comunidad acerca de los tiempos necesarios para asignar una cita según el caso (usuario nuevo, usuario ya creado, revisión de exámenes etc.)

Soporte capacitaciones personal del call center
Reporte de gestión de las expresiones de los usuarios



**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 44

MATRIZ DE CALIFICACIÓN IPS HOSPITALARIAS	
ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN
1.1 ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	
DERECHOS DE LOS PACIENTES	4
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.	
ACCESO	4
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.	
REGISTRO E INGRESO	4
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.	
EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO	4
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 sobreagregada, 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.	



**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 21 de 44

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.	
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	4
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.	
EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO	4
17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica	
SALIDA Y SEGUIMIENTO	4
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.	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	4





**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 22 de 44



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.	
PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	32
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	4
1.2 ESTÁNDARES SERVICIOS AMBULATORIOS	
DERECHOS DE LOS PACIENTES	4
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.	
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.	
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.	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	4
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>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	
		<p>ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 23 de 44</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>PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE</p>	<p>3</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION</p>	<p>4</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>45. (27) La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos que potencialmente sean producto de los procesos de atención.</p>	
<p>PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN</p>	<p>4</p>

	<p>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	
		<p>ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 24 de 44</p>

<p>46. (28) La organización cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del paciente durante la atención con el profesional o técnico</p>	
<p>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.</p>	
<p>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</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>51. (33) La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia domestica.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>EDUCACIÓN EN SALUD</p>	<p>4</p>

	<p>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	
		<p>ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 25 de 44</p>

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>REMISIÓN AL LABORATORIO O IMÁGENES DIAGNÓSTICAS</p>	<p>3</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>REMISIÓN A SERVICIOS DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS</p>	<p>4</p>
<p>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.</p>	
<p>78. (66) La organización cuenta con mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los pacientes</p>	
<p>REMISIÓN A SERVICIO AMBULATORIO DE COMPLEJIDAD SUPERIOR</p>	<p>4</p>
<p>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.</p>	
<p>REMISIÓN A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p>	<p>4</p>
<p>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.</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 44

EGRESO	3
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.	
EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO	4
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	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	4
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.	
PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	49
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	3.8
1.3 ESTÁNDARES LABORATORIO CLÍNICO	





**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 44

DERECHOS DE LOS PACIENTES	4
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	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	4
93. (8) La organización garantiza, mediante un proceso estandarizado el derecho del acceso oportuno de los servicios requeridos por el paciente.	
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	

	<p>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	
		<p>ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 28 de 44</p>

<p>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.</p>	
<p>PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE</p>	<p>4</p>
<p>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.</p>	
<p>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 profesionales y técnicos de la institución cuando sea necesario</p>	
<p>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</p>	
<p>PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION</p>	<p>4</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</p>	<p>4</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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)</p>	

	<p>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	
		<p>ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 29 de 44</p>

<p>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.</p>	
<p>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</p>	
<p>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</p>	
<p>PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES</p>	<p>4</p>
<p>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</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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</p>	
<p>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.</p>	
<p>REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</p>	<p>4</p>
<p>124. (47) La organización garantiza que las remisiones a laboratorios de diferente complejidad, cuenten con la información clínica relevante del paciente.</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 30 de 44

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.	
PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS	4
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.	
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.	
PROCESO DE RETROALIMENTACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE	5
132. (61) La organización tiene establecido un proceso sistemático y periódico que permite monitorizar las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y quejas de los usuarios.	
CONTROL DE CALIDAD	4
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.	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	4





**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 44



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.	
PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	45
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	4.1
1.4 ESTÁNDARES DE IMAGINOLOGÍA	
DERECHOS DE LOS PACIENTES	4
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.	
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	3
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.	

	<p>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	
		<p>ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 32 de 44</p>

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE</p>	<p>4</p>
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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</p>	
<p>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</p>	
<p>PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION</p>	<p>4</p>
<p>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.</p>	

	<p>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	
		<p>ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 33 de 44</p>

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</p>	<p>3</p>
<p>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.</p>	
<p>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</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES</p>	<p>3</p>
<p>171. (43) La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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 decisiones para evitar un evento adverso prevenible.</p>	

	<p>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	
		<p>ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 34 de 44</p>

<p>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.</p>	
<p>PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS</p>	<p>4</p>
<p>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</p>	
<p>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</p>	
<p>177. (51) La organización cuenta con un proceso donde se especifica la información mínima que debe contener los reportes de resultados</p>	
<p>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</p>	
<p>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 realice 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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>182. (56) Existe un proceso para garantizar que todos los procedimientos realizados sean entregados al paciente, o en su defecto al medico tratante, si el proceso fue diseñado de ese modo</p>	
<p>183. (57) La organización garantiza un proceso permanente de asesoría a los profesionales solicitantes de procedimientos para la correcta interpretación de los resultados</p>	
<p>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.</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 35 de 44

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.	
EGRESO	3
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.	
EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS	3
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.	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3
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.	
PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	34
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	3.4
2.1 ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO	4
204. (1) Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.	

	<p>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	 ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 36 de 44
---	---	--

<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>207. (4) Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.</p>	
<p>208. (5) Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<p>211. (8) Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.</p>	
<p>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.</p>	
<p>213. (10) Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.</p>	
<p>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	<p>4</p>
<p>214. (11) Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento</p>	
<p>215. (12) Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>	
<p>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.</p>	
<p>217. (14) Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</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 37 de 44

PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	8
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	4
2.2 ESTÁNDARES DE GERENCIA	4
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.	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	4
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.	



**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 44

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.	
PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	8
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	4
2.3 ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS	4
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.	
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.	





**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 39 de 44

241. (10) La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	4
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.	
PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	8
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	4
2.4 ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	4
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).	
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.	

	<p>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	
		<p>ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 40 de 44</p>

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.	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	5
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.	
PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	9
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	4.5
2.5 ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	4
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.	
263. (5) Existe un proceso para transmitir los datos y 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 41 de 44

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.	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	5
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.	
PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	9
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	4.5
2.6 GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	4
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.	

	<p>INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS VISITAS DE SEGUIMIENTO Y COMPLEMENTARIA ACREDITACIÓN EN SALUD PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN</p>	 ES-P-AS-01-F-017 Versión 00 2010-06-25 Página 42 de 44
---	---	--

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.	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	4
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.	
PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	8
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	4



**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 44

2.7 ESTÁNDARES ESPECÍFICOS PARA SEDES AMBULATORIAS INTEGRADAS EN RED

ATENCIÓN AL USUARIO

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.

DIRECCIONAMIENTO

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.

GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

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



**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 44

desagregar 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.	
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	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.	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	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.	
PUNTAJE TOTAL GRUPO DE ESTÁNDARES	20
CALIFICACIÓN GRUPO DE ESTÁNDARES (1 a 5)	4
PUNTAJE TOTAL	230
CALIFICACIÓN GENERAL (1 a 5)	3.9