

ESTANDAR	
ESTANDAR CODIGO	
Código: (AsDP1)	<p>La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la <u>declaración de sus derechos y deberes</u>.</p> <p>Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en <u>idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique</u>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o <u>condición médica</u>. • La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención. • El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que <u>los mismos son vulnerados</u>. • La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su <u>participación</u>. • Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante <u>acta</u>. • La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su <u>patología</u>.
Estándar 1.	
Estándar 2. Código: (AsDP2).	La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza:
Código:	La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.

Estándar 3. Código: (AsDP3)	Criterios:
	<ul style="list-style-type: none"> • El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios. • El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses. • Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).
Estándar 4. Código: (AsDP4)	La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los <u>servicios prestados</u> .
	Criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Si la organización presta servicios mediante la venta de servicios parciales como hotelería, salas de cirugía u otros, cuenta con mecanismos para asegurar que la atención extrahospitalaria ambulatoria o intrahospitalaria prestada por terceros se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o <u>servicios prestados</u>.
Estándar 5. Código: (AsSP1)	La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:
	Criterios:
	<ul style="list-style-type: none"> • Una estructura funcional para la seguridad del paciente. • La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. • <u>Monitorización de eventos adversos.</u> • <u>Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.</u>
Estándar 6. Código: (AsSP2)	La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.
	Incluye:
	Criterios:
	<ul style="list-style-type: none"> • La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y <u>eventos adversos.</u> • La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias. • La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.
	A partir de los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad se definen acciones para el mejoramiento de los factores críticos que inciden en la <u>transformación del clima de seguridad.</u>
	La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los <u>pacientes y sus allegados en su seguridad</u> .
	Criterios:
	Procesos institucionales seguros: Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. Política institucional de Seguridad del Paciente Promoción de la cultura de seguridad Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo Reporte

Análisis y Gestión

Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo
 Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador
 Estandarización de procedimientos de atención
 Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos
 La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.
 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud

Procesos Asistenciales seguros:

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos
- Prevenir úlceras por presión
- Prevenir las complicaciones anestésicas
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos Asistenciales
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el Laboratorio
- Implementar equipos de respuesta rápida
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico
- Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
- Prevención de la malnutrición o desnutrición
- Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo

Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales:

- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
- Prevenir el cansancio del personal de salud
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado}
- Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad:

- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad
- Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención

La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.

Criterios:

- El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.
- El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.
- Implementación de protocolos para la higiene de manos basados en la evidencia.
- Capacitación inicial y refuerzo periódico en los protocolos de higiene de manos a todo el personal de la institución y personal en formación.
- Evaluaciones periódicas del cumplimiento de los protocolos de higiene de manos, mediante observación directa.

	<p>Información de los resultados alcanzados en la evaluación del cumplimiento del protocolo a todo el personal implicado.</p> <p>Utilización de los resultados para implementar mejoras en el proceso, cuando sea necesario.</p> <p>Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.</p> <p>El personal de la organización recibe inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones.</p>
Estándar 8. Código: (AsAC1)	<p>La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante. • Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario. • Se hace un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios. • Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción
Estándar 9. Código:	<p>En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.</p>
Estándar 10. Código: (AsAC3)	<p>Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.</p>
Estándar 11. Código: (AsAC4)	<p>Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acordes con las necesidades del usuario.
Estándar 12. Código: (AsAC5)	<p>La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>
Estándar 13. Código: (AsAC6)	<p>La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p> <p>Criterios:</p> <p>En caso de no atención a los usuarios, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención.</p>

Estándar 13. Código:	<p>La organización tiene definidos los siguientes indicadores y estándares para el acceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.
Estándar 14. Código: (AsACT)	<p>La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.</p>
Estándar 15. Código: (AsAC8)	<p>Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sistema de asignación de citas podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (Call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, internet, etc.). La organización realiza mediciones para la mejora de la efectividad de estos medios. • El sistema cuenta con las bases de datos actualizadas de los usuarios con derecho a recibir servicios en la (las) entidad(es) prestadora(s), cuando aplique. • Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores en los cuales los solicitantes tienen derecho de atención. • Al momento de asignar la cita al usuario, se le informa fecha, hora, dirección y profesional asignado, así como la forma para cancelarla. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita. • La organización tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia. • La organización garantiza que se entrega con anterioridad a la atención al usuario la información requerida para su atención. • La organización tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios con solicitud de exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas o de aquellos servicios que no requieran cita previa para su realización.
Estándar 16. Código: (AsREG1)	<p>Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye el uso de controles de identificación redundante. • Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades: <p>Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario.</p> <p>Mecanismos redundantes de identificación del usuario.</p>
	<p>Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia</p> <p>Criterios:</p>

Estándar 17. Código: (AsREG2)	<p>Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.</p> <p>Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación.</p> <p>Medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación.</p> <p>La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.</p> <p>Derechos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.</p> <p>Ubicación en la habitación y en el entorno.</p> <p>Causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando.</p> <p>Medidas para involucrar al usuario y su familia en los procesos de seguridad de la atención: información, reporte de situaciones anormales, ejemplos de situaciones de riesgo, etc.</p> <p>Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.</p> <p>Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>
Estándar 18. Código: (AsREG3)	<p>En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios. • Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia. • Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparación. • Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento
Estándar 19. Código: (AsEV1)	<p>La organización tiene definido, y estandarizado el proceso de identificación de necesidades de Salud de todos los pacientes atendidos y evalúa su cumplimiento.</p> <p>Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La definición del alcance y contenido mínimo de la identificación de necesidades del usuario por cada servicio de la organización. • La definición de quién puede evaluar las necesidades de los pacientes. • El equipo de salud realiza la identificación de necesidades de los pacientes de manera congruente con los aspectos culturales de la población objeto. • La identificación de necesidades de salud de los pacientes tiene en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> o Necesidades físicas o Necesidades psicológicas o Necesidades educativas o de información de los usuarios (de su patología, tratamiento, autocuidado, pronóstico, etc.) o Necesidades socioeconómicas • Cuando aplique, se tienen definidos criterios para evaluar las necesidades de salud a poblaciones específicas. (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedades infecciosas, pacientes en quimioterapia o radioterapia, pacientes con enfermedad mental, etc.) • La evaluación e identificación de necesidades de salud de cada paciente, se documenta en la historia clínica.

Estándar 20. Código: (AsEV2)	La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta <u>teniendo en cuenta la participación de los usuarios</u> .
	<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones -Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud. • La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo. -La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales. • El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. - Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas. Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud. -Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías. -Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.
Estándar 21. Código: (AsEV3)	La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de <u>acuerdo con su patología.</u>
	Criterios:
	• Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.
	• La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo con la <u>decisión adoptada.</u>
	• La organización prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones.
	• La organización realiza monitoreo permanente de la adherencia a las técnicas especiales de aislamiento por parte de los colaboradores, difunde sus resultados y <u>estimula el mejoramiento continuo.</u>
	• Existen técnicas e instrucciones para que familiares y visitantes cumplan con las <u>técnicas de aislamiento</u>
• Todas las personas que tengan contacto directo con pacientes en condiciones de aislamiento deben recibir capacitación y /o entrenamiento para minimizar los riesgos a los usuarios; esto incluye equipo de salud, personal en práctica formativa, <u>docentes e investigadores, entre otros.</u>	
)	Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y <u>corresponsabilidad.</u>
	Criterios:

<p>Estándar 22. Código: (AsPL1)</p>	<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se define el enfoque de riesgo. • Se priorizan los riesgos críticos. • Se mide el impacto. • Se gestionan y evalúan los resultados
<p>Estándar 23. Código: (AsPL2)</p>	<p>Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de <u>tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta.</u></p> <p>En cualquier tipo de organización, esta planeación incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado. Los protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud. • En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser <u>explícitas en contener:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Cuáles son los objetivos de la guía. • Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia. • Definición de mecanismos de consenso. • Registro de los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo. • Formulación explícita de recomendaciones. • Cada cuánto se hará la actualización. • Aplicabilidad. • Cada cuánto y cómo se monitorizará la adherencia a la guía, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario. • Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y re inducción, de cada trabajador; hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados. • La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, <u>que potencialmente sean producto de los procesos de atención</u>
<p>Estándar 24. Código: (AsPL3)</p>	<p>En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.</p>
<p>25. sPL4)</p>	<p>En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera</p>

Estándar Código: (A)	conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.
Estándar 26. Código: (AsPL5)	<p>El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados. • Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones de carácter clínico. • Existen mecanismos de alarma para resultados críticos.
Estándar 27. Código: (AsPL6)	<p>El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En laboratorio clínico, se garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia. • Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados. • Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas. • Existen mecanismos de alarma para resultados críticos.
	<p>La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.</p> <p>Criterios:</p>

<p>Estándar 28. Código: (AsPL7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente. • Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno- infantiles). • Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno- infantiles). • Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles). • Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo. • Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico). • Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica. • Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada. • Soporte nutricional especial. • Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas. • Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo. • Abordaje interdisciplinario de casos complejos. • Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas. • Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad. • Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas
<p>Estándar 29. Código: (AsPL8)</p>	<p>La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. Los programas incluyen, cuando apliquen, mas no se restringen a:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud sexual y reproductiva. • Crecimiento y desarrollo. • Programas nutricionales y alimentarios. • Salud visual. • Salud oral. • Enfermedades crónicas y degenerativas. • Salud mental. • Enfermedades de transmisión por vectores. • Prevención de enfermedades infecciosas (enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias, entre otras)
	<p>La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.</p> <p>Criterios:</p>

<p>Estándar 30. Código: (AsPL9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la base de una evaluación de las necesidades para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, se informa al paciente acerca de los esfuerzos conjuntos para el manejo de su enfermedad y, junto con el usuario, se presenta un plan para las actividades correspondientes. • La organización asegura que las intervenciones de información y desarrollo de competencias son documentadas, ejecutadas y evaluadas, incluida la evaluación de los resultados obtenidos en relación con los resultados esperados. • La organización asegura que los datos sobre las necesidades y el plan sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades se transmiten a todas las organizaciones encargadas de la salud del usuario y, cuando sea pertinente, a las entidades de carácter nacional o territorial del Estado para la conformación de las bases de datos clínicos de calidad o epidemiológicos. • La organización asegura que en los registros clínicos del paciente se consigna la información del usuario sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud. • La organización asegura que los usuarios, los familiares, el personal y los visitantes tienen acceso a la información sobre estrategias de prevención de enfermedades y actividades de promoción de la salud. • Existe un registro de acciones extramurales que dan respuesta a los criterios del estándar. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
<p>Estándar 31. Código: (AsPL10)</p>	<p>La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado.</p> <p>Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, en el que se le explican el objetivo, los beneficios y los inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología, <u>aunque debe primar la autonomía del paciente</u>. • Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante. • El consentimiento informado debe incluir, como mínimo, los beneficios, los riesgos y las alternativas, de acuerdo con el procedimiento específico. • Los profesionales responsables del consentimiento informado reciben capacitación y entrenamiento y son evaluados respecto a: <ul style="list-style-type: none"> • Suficiencia del contenido de la información. • Habilidades de comunicación y diálogo. • En los casos de reintervenciones, se actualiza el consentimiento informado. • Se evalúa el diligenciamiento adecuado, oportuno y veraz del consentimiento informado. • Se capacita a los profesionales tratantes acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado y de la verificación de la <u>comprensión por parte del paciente</u>.
	<p>En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, <u>su privacidad y dignidad:</u></p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. • La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).

Estándar 32. Código: (AsPL11)	<ul style="list-style-type: none"> • Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación. • La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. • En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes. • Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas. • Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc. • Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir. • Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares. • Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes. • Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor. • Abordaje integral del manejo del dolor. • Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables. • Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares. • Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio. Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.)
	<p>La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño del plan farmacológico de tratamiento.

<p>Estándar 33. Código: (AsPL12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la política de uso racional de antibiótico. • Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere. • Participación del servicio farmacéutico. • Participación de infectología si la complejidad lo requiere. • Reconciliación de medicamentos al ingreso. • Fármaco vigilancia. • Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración. • Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos. • Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio no aplica para los servicios ambulatorios). Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos en el plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica. • Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos. • Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. • <u>Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</u>
<p>Estándar 34. Código: (AsPL13)</p>	<p>La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</p> <p><u>Criterios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al usuario y su familia. La constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica. • Hay un proceso definido para referencia de las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente. incluye: • Una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas, identificadas, almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados. • Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante. • Se instruye al usuario sobre la preparación para la toma de los exámenes. • Con el fin de garantizar la seguridad en la atención, los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable y fecha de resultados. • Se provee información a los usuarios y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados o en estado de inconciencia. • La organización garantiza un proceso en el que se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de diagnóstico.

Estándar 35. Código: (AsPL14)	<p>El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El personal que realiza la toma o que transporta las muestras está capacitado y es sujeto de seguimiento de la adherencia a los procedimientos establecidos. • La organización tiene estandarizados y controla los tiempos y condiciones de traslado. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
Estándar 36. Código: (AsPL15)	<p>La organización garantiza que en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos para:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competencias del personal responsable de la atención y mecanismos para su evaluación. • Marcación de elementos. • Información clínica mínima que deben contener las solicitudes de exámenes (inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno) y los reportes. • Registro de las órdenes que no cumplen con el criterio anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes. • Verificación de la identidad del usuario que se coteja frente a la orden médica y a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos. • Control de tiempos de traslado de muestras. • Medición de la oportunidad de los reportes. • Aceptación o rechazo de muestras o imágenes. Si se aceptan muestras comprometidas o imágenes dudosas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y precaución al interpretar el resultado. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> yy Análisis para identificar las causas que motivaron el daño de la muestra o imagen. yy Información al usuario para la retoma de la muestra o imagen. • Esta información debe formar parte del programa de Seguridad del Paciente. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
	<p>La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.</p> <p>Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto. • Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de los exámenes y los procedimientos solicitados, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuarlos por orden de prioridad.

<p>Estándar 38. Código: (AsPL16)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La entrega de todos los resultados de exámenes y procedimientos de manera escrita. En los casos excepcionales, cuando la entrega se haga telefónicamente al equipo de salud, se lleva un registro de quien dicta y quien recibe. En ningún caso, el resultado puede ser entregado de manera verbal al usuario. • Proceso de almacenamiento y conservación del reporte original, aun cuando los resultados escritos sean una transcripción o grabación y esta no sea realizada por quien efectuó el análisis de los exámenes. • Proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia y la trazabilidad entre los diferentes registros. • Se garantiza la entrega de todos los reportes al usuario o al médico tratante según lo definido en el proceso, con pautas específicas para la entrega de aquellos resultados que puedan influir en la integridad de las personas (ej.: cáncer, VIH, abuso de cualquier tipo, procedimientos parte de un proceso legal, etc.). • Un proceso para evaluar la correlación entre la clínica y los resultados de los exámenes realizados. • La asesoría permanente a los profesionales que lo requieran para la correcta interpretación de los resultados. • Procedimientos para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados. En estos casos, se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados dejando constancia de dicha anomalía. • El análisis de errores en cualquiera de las fases de la entrega de resultados para tomar acciones correctivas. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. • Esta información debe formar parte del programa de seguridad del paciente.
<p>Estándar 38. Código: (AsPL17)</p>	<p>El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Se lleva un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos. • 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. • El laboratorio debe verificar periódicamente la validez del intervalo de análisis de los métodos usados. • Debe llevar un registro de las fechas y los resultados obtenidos. • En la sección de Microbiología, el laboratorio debe llevar registros del control de los medios de cultivo, coloraciones y antibiogramas mediante organismos ATCC • En la sección de hematología, el laboratorio debe procesar mínimo tres niveles de controles de calidad, de manera diaria, y debe llevar un registro correspondiente. En la sección de coagulaciones, el número de niveles de control debe ser mínimo dos. • Se deben llevar los registros contemplados en los criterios señalados. • En la sección de Inmunología, el laboratorio debe realizar verificaciones del procedimiento mediante el procesamiento de controles (positivos y negativos) cada vez que se realicen las pruebas. • El laboratorio debe llevar un registro de las acciones tomadas cuando los resultados del control de calidad externo no cumplan con los límites aceptables. Química, dos niveles; inmunoensayos, mínimo tres niveles. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
	<p>La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos que incluyen:</p>

Estándar 39. Código: (AsPL18)	<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admisión y transporte intra e interinstitucional de los pacientes con infección. • Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento. • Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral. • Profilaxis antibiótica. • Uso racional de antibióticos. • Uso de perfil de resistencia antibacteriana. • Protocolos de desinfección. • Reportes de cultivos de superficie. • Acciones del comité de vigilancia epidemiológica. • Acciones en el caso de brotes infecciosos. • Ajuste de guías de práctica clínica con base en perfil de resistencia bacteriana. • Proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas: <ul style="list-style-type: none"> yy Definición de infecciones asociadas al cuidado de la salud. yy Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria. yy Implementación, medición y gestión de indicadores de infección de acuerdo con la complejidad y por servicio. Como mínimo, los indicadores de acreditación de referencia, ejemplo: infección asociada a catéter central, infección de sitio operatorio, endometritis postparto, neumonía asociada a ventilador, infección asociada a sonda vesical. • Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes de la organización. • El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización. • El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo. • Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones. • El personal de la organización recibe inducción, re inducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones. • Sistema de ventilación para contaminantes, si aplica. • Esterilización acorde con las necesidades de los servicios
	<p>Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.</p>
	<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. • Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas. • La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. • Se realiza valoración nutricional. • Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes. • La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
	<p>El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo:</p>
	<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma:

Estándar 41. Código: (AsEJ2)	<p>Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario del tratamiento y sus objetivos.</p> <p>El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, horarios e interacciones; se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de reacciones adversas medicamentosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información necesaria y suficiente de resultados de los exámenes o los procedimientos diagnósticos, garantizando el adecuado entendimiento por parte del usuario y/o su familia, especialmente cuando se trate de pacientes menores de edad, o con algún grado de discapacidad física y/o mental. • Acompañamiento y asesoría especializada para información de resultados en los casos de pacientes con enfermedades catastróficas, especialmente cáncer, ETS, VIH o SIDA: <p>yy Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso (cuidados en casa, si aplica).</p> <p>yy Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo su participación en la prevención de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación activa del usuario en promover su propia seguridad. • La organización evalúa el entendimiento por parte de los usuarios de toda la información y la educación recibidas durante el proceso de atención.
Estándar 42. Código: (AsEJ3)	<p>El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y <u>mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica.</u> • La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes (así como el manejo de sus eventos adversos) están sujetos a las guías de práctica clínica y/o guías de realización de <u>procedimientos diagnósticos, previamente definidos.</u> • La auditoría para el mejoramiento de la calidad evalúa que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia, retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento. • Se evalúan la disponibilidad, la facilidad de consulta, la actualización y el uso de las guías y la cobertura de las mismas. • La atención al paciente se realiza en forma multidisciplinaria, lo cual es acorde con las guías de práctica clínica de la organización. • La organización garantiza la prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias) en forma oportuna y efectiva. • <u>Se evalúa la adherencia al plan de cuidado y al tratamiento.</u>
Estándar 43. Código: (AsEJ4)	<p>La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus <u>creencias religiosas</u>).</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización adopta la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, cuando aplique, incluyendo la seguridad y conservación de <u>pruebas legales.</u> • La organización tiene documentadas las estrategias para la detección e intervención de estos casos de violencia y controla la adherencia a su aplicación. • La organización tiene un protocolo para la notificación de este tipo de eventos, incluida la constancia del reporte en la historia clínica. • Los profesionales han sido capacitados para detectar los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 44. Código: (AsEJ5)	<p>La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, <u>incluido el mismo profesional tratante</u>.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El profesional tratante debe estar informado de este derecho. • La organización debe respetar este derecho y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al usuario si este decide volver a consultar. • La organización cuenta con mecanismos para analizar en forma interdisciplinaria, cuando la condición lo amerite, casos complejos o complicados y ofrecer alternativas de manejo. • La ejecución del tratamiento aborda estrategias de humanización de la atención.
Estándar 45. Código: (AsEJ6)	<p>La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud <u>deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención.</u> • El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario) y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales usuarios. • Los programas se apoyan con materiales educativos que faciliten el cumplimiento del objetivo. • Cuando existen grupos específicos de educación diferentes al equipo de salud tratante, debe existir un mecanismo definido de retroalimentación al grupo asistencial tratante. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente. • La educación al usuario incluye su participación en la seguridad durante el <u>proceso de la atención</u>.
Estándar 46. Código: (AsEV1)	<p>La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y <u>ajustar y mejorar los procesos.</u></p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas y/o registros asistenciales por parte de pares, para los <u>casos de eventos adversos.</u> • Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo de salud sobre los <u>resultados de la evaluación de sus historias clínicas y/o registros asistenciales.</u> • La organización cuenta con un mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes agudos y para los inscritos en programas de enfermedades crónicas. Así mismo, cuenta con un sistema de evaluación de las <u>causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados.</u> • La organización evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional.
Código: sEV2)	<p>La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento. Incluye:</p> <p>Criterios:</p>

Estándar 47. (As)	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de <u>mejoramiento</u>. • Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público. • Capacitación sobre los cambios y el mejoramiento realizados. • Indicadores de oportunidad y efectividad en las respuestas.
Estándar 48. Código: (AsEV3)	<p>La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultado crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización garantiza que el personal asistencial conoce la definición y el proceso referidos en el estándar.
Estándar 49. Código: (AsEV4)	<p>La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en <u>cuenta entre otros los siguientes criterios</u>:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portafolio de servicios de la institución. • Detección de necesidades y expectativas del usuario y su familia.
Estándar 50. Código: (AsSAL1)	<p>La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la <u>atención y su posterior seguimiento. Incluye</u>:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al <u>paciente después del egreso</u>. • Cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios.
Estándar 51. Código: (AsSAL2)	<p>La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización asegura que las políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con <u>las normas nacionales y territoriales de salud pública</u>. • La organización asegura la existencia y aplicación de directrices y/ o procedimientos para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente
Estándar 52. Código: (AsREF1)	<p>En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre <u>instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La organización cuenta con guías y criterios explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros. 2. La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información <u>clínica relevante del paciente</u>. 3. Brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio <u>donde se refiere al usuario</u>. 4. La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información <u>quede incorporada en los registros médicos del paciente</u>.

E.	5. Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones encontradas
Estándar 53. Código: (AsREF2)	<p>Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales:</p> <p>Criterios:</p> <p>REMISIÓN AL LABORATORIO O IMÁGENES DIAGNÓSTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con una serie de reglas que condicionan cómo y qué información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. • Se instruye, si la condición lo amerita, al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes. Esta indicación no sustituye la que debe brindársele por parte del proceso de asignación de citas.
Estándar 54. Código: (AsREF3)	<p>En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán garantizar los siguientes procesos:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización cuenta con protocolos y criterios explícitos para los casos que se remiten: motivos de referencia, fechas, lugares, información del usuario, cuándo y dónde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respaldados por la existencia de la documentación necesaria que respalde este proceso. • La organización garantiza que las remisiones a laboratorios de diferente complejidad cuentan con la información clínica relevante del paciente. • Brinda información clara y completa al usuario o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio al que se refieren las muestras.
Estándar 56. Código:	En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.
Estándar 57. Código: (AsREF6)	La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.

AUTOEVALUACION DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION
1. ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL

FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS
-------------------	-----------------------------------

ESTANDARES DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	
--	--

DERECHOS DE LOS PACIENTES	
----------------------------------	--

<p>Consideramos que este estándar mas que una fortaleza es un aspecto positivo, ya que en el Hospital se cuenta con un documento con los deberes y derechos de los pacientes. Se hace la entrega a cada uno de los funcionarios del Hospital de el documento con los deberes y derechos el código de ética y buen gobierno los deberes y derechos de los usuarios y se entrega en la oficina de atención al usuario el volante a cada uno de los usuarios. Se tienen publicados en carteleras, pendones y en la pagina web institucional. Se realizan programas radiales para dar a conocer a la comunidad concordancia de los deberes y derechos. En la asociación de usuarios del hospital la funcionaria encargada de la oficina de SIAU informa a los participantes sobre los deberes y derechos y se deja constancia en el acta de la reunión.</p>	<p>Se tienen volante con los deberes y derechos del paciente y esta publicado en la pagina web institucional. Una planilla en el servicio de hospitalización y urgencias con los deberes y derechos y lo firma el usuario. Pendones con los deberes y derechos. El código de ética y de buen gobierno se tiene establecidos los deberes y derechos de los pacientes. Asociación de usuarios del hospital. Comité de ética</p>
---	---

<p>No aplica para el Hospital</p>	
-----------------------------------	--

<p>No se considera una fortaleza si no un aspecto positivo ya</p>	
---	--

que en el hospital se tiene adoptado por acto administrativo en el hospital los códigos de Integridad, de ética y buen gobierno y del auditor.
Están publicados en la pagina web institucional

Código de Integridad.
Código de ética y buen gobierno.
Código y compromiso del auditor.

No se considera una fortaleza si no un aspecto positivo ya que en el hospital se tienen los servicios contratados de Ortodoncista, optómetra, ecógrafo, lectura de citologías y laboratorios de seguido, y tercer nivel con profesionales

Contratos de prestación de servicios.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

La institución cuenta con una política de seguridad del paciente formulada y viene desarrollando un proceso de socialización a los usuarios internos.
Existe un comité de seguridad del paciente consolidado por resolución y se cuenta con un aplicativo de reporte de los eventos

Política de seguridad formulada
Resolución de conformación de comité de seguridad
Aplicativo de reporte en formulario de Google

Aspecto positivo Se realiza análisis de eventos adversos en el comité de seguridad

Análisis de seguridad
Actas de comité de seguridad

Aspecto positivo
Se cuenta con el modelo de seguridad diseñado que contempla las estrategias de seguridad relacionadas con la implementación de los paquetes instruccionales obligatorios
Se cuenta con algunos protocolos y documentos que pertenecen a cada paquete instruccional

Se tiene un sistema de reporte de los eventos adversos y se realiza análisis de los mismos

Modelo de seguridad
Protocolo de caídas
Protocolo de UPP
Protocolo de identificación del paciente
Análisis de eventos
Actas de comité

ACCESO	
<p>Aspecto positivo Se cuenta con el protocolo de identificación del paciente en donde se tiene consignado lo relacionado con identificación redundante</p>	<p>Protocolo de identificación del paciente</p>
<p>NO APLICA</p>	
<p>Se cuenta con ciertos aspectos positivos tales como: documentación de los procesos de atención en hospitalización, laboratorio, Odontología.</p>	<p>Documentos escritos de los procesos de atención en hospitalización, laboratorio, Odontología.</p>
<p>Aspectos positivos Se realiza programación de los profesionales mediante cuadro de turnos y acorde a los tiempos establecidos por norma</p>	<p>Cuadros de turnos</p>
<p>Se cuenta con un cuadro de mando que incluye indicadores de oportunidad para los servicios y de respuesta hospitalaria con umbrales definidos, los cuales están diligenciados y debidamente socializados a los responsables de procesos.</p>	<p>Cuadro de mando con medidas diligenciadas de indicadores de calidad actas y listado de asistencia sobre socialización de cuadro de mando.</p>

Se cuenta como aspecto positivo en la pagina web de la institución publicado el portafolio de servicios de salud prestados.	Pagina web.
<ul style="list-style-type: none"> * Se cuenta con diversas modalidades para la asignación de citas. * La entidad cuenta con bases de datos de usuarios actualizadas, provistas por cada asegurador. * La institución cuenta con un portafolio de servicios que incluye la programación por profesional. * Se cuenta con un sistema de agenda que automatiza la información dejando registros específicos de la cita asignada. 	<p>Líneas telefónicas, pagina web.</p> <p>Las bases de datos de usuarios por cada EPS</p>

REGISTRO E INGRESO

Se cuenta con documento en el que se aplican algunos de los principios de identificación.	Documento de los principios de identificación.
Se cuenta con documentación que dan cuenta de indicaciones específicas para el servicio de hospitalización, horarios de visita, medidas de seguridad, incluidos uso de	Plegables y volantes informativos

alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación, información de profesionales que realizarán el tratamiento.

La institución cuenta con documentación que describe algunos procedimientos realizados.

Protocolos y guías que explican la preparación del paciente para realización de intervenciones y procedimientos.

EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO

PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN

--	--

<p>Aspecto positivo</p> <p>Se cuentan con guías de practica clínica del Ministerio que han sido adoptadas para la atención por parte del personal médico de la ESE</p> <p>El personal asiste a capacitaciones de actualización en las guías de practica clínica</p> <p>Se realiza evaluación de la adherencia a algunas GPC</p>	<p>Resolución de adopción de GPC</p> <p>Actas de capacitación</p> <p>Evaluación de adherencia a algunas GPC</p>
<p>Aspecto positivo</p> <p>Se dan recomendaciones a los usuarios que quedan consignadas en la historia clínica</p>	<p>Historia clínica</p>
<p>Aspecto positivo</p> <p>Se cuenta con historia clínica sistematizada que permite dejar consignada la atención al usuario y cuenta con mecanismos</p>	<p>Historia clínica</p>

<p>de seguridad que no permiten su modificación una vez cerrada la atención</p>	
<p>Aspecto positivo Se tiene escritos los procedimientos del laboratorio clínico y se cuenta con los protocolos actualizados de algunas de las secciones del laboratorio</p>	<p>Procedimientos del laboratorio clínico Protocolos de parasitología y hematología actualizados</p>
<p>Aspecto positivo Se cuenta con la GPC de atención del parto y complicaciones en el embarazo adoptada del Ministerio de salud Se han efectuado capacitaciones al personal en el manejo de</p>	<p>GPC adoptada por resolución</p>

la gpc

Aspecto positivo

Se cuenta con las RIAS del Ministerio de salud

Se han recibido capacitaciones por algunas funcionarios de la institución

RIAS

Actas de capacitación

Listados de asistencia

Aspecto positivo

En la historia clínica se deja consignando todo lo relacionado con las recomendaciones a los pacientes tanto durante su estancia como durante su egreso de la institución

Historia clínica

Aspecto positivo Se realiza consentimiento informado a todos los pacientes que por su condición o procedimiento lo requieran S deja en el archivo clínico de la institución	Consentimientos informados

<p>Aspecto positivo En la historia clínica se deja consignando todo lo relacionado con las recomendaciones a los pacientes tanto durante su estancia como durante su egreso de la institución</p>	<p>Historia clínica</p>

<p>Aspecto positivo</p> <p>Se cuenta con un procedimiento de referencia de usuarios y de ordenes de laboratorio</p> <p>Se da información verbal y escrita al usuario sobre la forma de preparación para los exámenes de laboratorio</p>	<p>Procedimiento del laboratorio clínico</p> <p>Volantes informativos</p>

<p>Aspecto positivo</p> <p>El laboratorio con el cual se realiza contratación presenta la documentación requerida por la ESE. El traslado de muestras se hace por medio del mensajero de laboratorio de referencia, el cual esta capacitado para dicha función.</p>	<p>Contrato con documentación</p>
<p>Aspecto positivo</p> <p>Se cuenta con protocolos de identificación de muestras</p> <p>La solicitud de exámenes se encuentra sistematizada y cumple con los criterios del estándar</p> <p>Se lleva registro de placas repetidas en imagenología</p>	<p>Protocolos de identificación</p> <p>Ordenes de laboratorio</p> <p>Registro de repetidas</p>
<p>Aspecto positivo</p> <p>Los resultados del laboratorio se encuentran sistematizados y se tiene definido desde el ingreso del examen la priorización del mismo</p> <p>Se tienen establecidos los horarios de entrega de resultados</p> <p>Se realizan controles de calidad para los exámenes de laboratorio</p>	<p>Sistema</p> <p>Ordenes de laboratorio</p> <p>Horarios de atención</p> <p>Resultados de controles</p>

<p>Aspecto positivos</p> <p>Se cuenta con un programa de control de calidad interno y externo para algunas de la pruebas del laboratorio</p>	<p>Controles de calidad</p>
<p>Aspecto positivo</p> <p>Se actualizó la guía de aislamiento de la institución</p> <p>Se cuentan con protocolos de bioseguridad que han sido</p>	<p>Guía de aislamiento</p> <p>Elementos de protección personal y actas y registros de entrega</p>

<p>medidos y evaluados Se actualizaron los protocolos de limpieza y desinfección El personal cuenta con los elementos de protección personal necesarios En el comité de vigilancia epidemiológica se efectúa análisis de infecciones asociadas ala la atención</p>	<p>Protocolos de bioseguridad Actas COVE</p>
---	---

EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO

<p>Aspecto positivo La institución realiza la atención de sus usuarios acorde al nivel de complejidad de la institución la atención se efectúa acorde a los servicios habilitados en la empresa El tratamiento es efectuado acorde a las GPC del Ministerio adoptadas por la institución</p>	<p>REPS GPC del Ministerio, actas de socialización</p>
<p>Aspectos positivos En la historia clínica de los pacientes se deja consignada la información relacionada con la ejecución del tratamiento y lo relacionado con el consentimiento informado así como todo lo</p>	<p>Historia clínica</p>

que tiene que ver con ordenes diagnosticas y medicamentos

Se cuenta con las guías de practica clínica del ministerio de salud acorde al perfil epidemiológico de la institución, socialización de algunas de las guías

Perfil epidemiológico
Guías de practica clínica
Presentaciones de las guías
Listados de asistencia

Se cuenta con protocolo de atención a victimas de violencia intrafamiliar, victimas de maltrato infantil y abuso sexual

Protocolo de atención a victimas violencia intrafamiliar, victimas de maltrato infantil y abuso sexual

<p>Se cuenta con la cantidad de personal adecuado para brindar al paciente la posibilidad de escoger una segunda opinión.</p>	<p>Planta medica y asistencial.</p>
<p>Se cuenta con un equipo de personal asistencial encargado de realizar procesos de educación.</p>	<p>Conformación del equipo de salud publica.</p>

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

<p>Se cuenta con un proceso de auditoria de historias clínicas para la revisión de los procesos de atención de los usuarios. Se cuenta con un comité donde se análisis y determinan los eventos adversos y se generan planes de mejor en pro de los mismos.</p> <p>Se cuenta con una programación de reuniones donde se retroalimenta el personal encargado sobre los resultados de las auditorias.</p> <p>Se cuenta con seguimiento a los planes de mejora por parte de control interno.</p>	<p>Auditorias de historias clínicas. Actas de comités de vigilancia epidemiológica. Actas de reuniones de personal asistencial. Actas de seguimiento de control internos a los procesos asistenciales.</p>
<p>Se cuenta con buzones de PQRS que son revisados de forma periódica, registrados, analizados y se da respuesta oportuna como lo exige la norma, se formulan los planes de mejora de acuerdo al análisis realizado por la persona encargada del proceso y por control interno.</p>	<p>actas de apertura de buzones. Informes de PQRS. Planes de mejora de informe realizado.</p>

Aspectos positivos En Odontología se realiza seguimiento a algunos indicadores de gestión como la oportunidad y la satisfacción de los usuarios	Indicadores y resultados
SALIDA Y SEGUIMIENTO	
Aspectos positivos Se tiene documentado el procedimiento de egreso del usuario	Procedimiento documentado
Aspectos positivos Se cuenta con una coordinadora del programa de promoción y prevención Se comenzó con la capacitación en RIAS	RIAS Actas de capacitación Listados de asistencia
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	
Se cuenta con manual de referencia y contrarreferencia.	Manual de referencia y contrarreferencia.

<p>Aspectos positivos</p> <p>Se dan recomendaciones para los pacientes tanto escritas como verbales</p>	<p>Volantes informativos</p>
<p>Se realiza proceso de remisión de exámenes de laboratorio a mayor nivel de complejidad.</p>	<p>Informa de exámenes de remisión mensual.</p>
<p>Se cuenta con proceso de remisión diferida mediante cargue masivo de anexos para autorizaciones de las entidades encargadas a través de una persona responsable.</p>	<p>Plataformas de cargue masivo de las EPS responsables.</p>

OPORTUNIDADES DE MEJORA	CALIFICACION CUANTITATIVA						
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS	
	Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia
Resultado: Establecer indicadores para realizar su medición. Realizar la medición del despliegue y conocimiento por parte de los usuarios.	2	1	1	1	2	1	1
Realizar jornadas de sensibilización a todos los							

funcionarios del hospital del los códigos antes mencionados e implementarlos. Elaborar los indicadores establecidos en el código de ética y buen gobierno y realizar el seguimiento por parte del líder del proceso.	1	1	1	1	1	1	1
Realizar un adecuado seguimiento a los contratistas bajo unos estándares de acreditación.	1	1	1	1	1	1	1
Diseñar estrategias de despliegue de la seguridad del paciente tanto en funcionarios internos como externos Realizar medición y análisis de indicadores de seguridad del paciente y desplegar resultados con los respectivos planes de mejoramiento en caso de ser necesario	2	2	1	2	1	1	1
Diseñar encuesta de medición del clima de seguridad Implementar encuesta de medición Socializar sus resultados y realizar planes de mejoramiento en caso de ser necesarios	2	1	1	1	1	1	1
Diseñar los protocolos faltantes dentro de los paquetes institucionales Socializar los protocolos Realizar medición de adherencia a través de lista de chequeo							

|

|

|

|

|

|

|

|

|

2

1

1

1

1

1

1

Diseñar mecanismos de evaluación de las barreras de acceso de los usuarios Implementar la evaluación y efectuar análisis de resultados con la realización de planes de acción y seguimiento a los mismos	2	1	1	1	1	1	1
Redactar y caracterizar los procesos de atención de farmacia, imagenología, urgencias, promoción y prevención, atención al usuario, vacunación, traslado asistencial básico. Socializar y entrenar al personal en la incursión de los procesos correspondientes de la institución. Evaluar la adherencia de la ejecución de los procesos definidos e implementados.	2	1	1	1	1	1	1
Revisar y actualizar los procesos de asignación de citas garantizando el respeto por el derecho a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Socializar a los funcionarios de la institución el documento que relaciona el proceso de asignación de citas y retroalimentar a los usuarios sobre el proceso. Evaluar la adherencia al proceso.	1	1	1	1	1	1	1
Realizar un estudio de suficiencia de personal, capacidad instalada y productividad acorde a los tiempos de atención y a la población asignada Efectuar análisis del estudio y tomar las acciones de mejoramiento a que de lugar Evaluar la implementación	1	1	1	1	1	1	1
Realizar los análisis correspondientes a los indicadores de oportunidad y respuesta hospitalaria que incluya la determinación de las causas de desatención cuando se presente y tomar las medidas correctivas frente a las desviaciones con sus respectivos seguimientos.							

	2	2	2	2	1	1	1
Realizar el procedimiento para la negación de los servicios de salud. Socializar el procedimiento a todos los funcionarios de la institución de los servicios de salud que se prestan y el procedimiento de negación de los servicios. Evaluar el conocimiento y la adherencia de los funcionarios respecto del portafolio de servicios y del procedimiento de negación de servicios.	1	1	1	1	1	1	1
Diseñar el procedimiento para la asignación de citas que comprenda los servicios prestados y los mecanismos definidos para el otorgamiento de las citas, incluyendo la verificación previa de derechos, socializarlos entre el personal involucrado y realizar la medición y análisis de la oportunidad.	1	1	1	1	1	1	1
Revisar y actualizar el procedimiento para el proceso de identificación del paciente y del personal a cargo de este aplicando el principio de redundancia de la identificación. Socializar el procedimiento. Evaluar la adherencia al procedimiento.	1	1	1	1	1	1	1
Revisar la documentación ya existente y actualizar dicha documentación extendiéndola a todos los servicios							

<p>Socializar la documentación Realizar el análisis de adherencia a los procedimientos diseñados</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Revisar actualizar y complementar la totalidad de protocolos y guías para la preparación del paciente para procedimientos e intervenciones. Documentar material para entregar a los pacientes con las indicaciones de preparación y cuidados posteriores a la realización de intervenciones y procedimientos Socializar los protocolos y guías con los funcionarios involucrados en la ejecución de procedimientos e intervenciones Evaluar la adherencia en la aplicación de lo descrito en dichos documentos y adoptar las medidas correctivas en caso de desviación</p>	2	1	1	1	1	1	1
<p>Documentar el proceso de identificación de necesidades de salud de los pacientes atendidos, su alcance, el equipo encargado de la realización, teniendo en cuenta las necesidades físicas, educativas, psicológicas y socioeconómicas de acuerdo a la pertenencia a grupos de atención especial socializar el documento antes los funcionarios de la institución evaluar su adherencia auditando los contenidos de la historia clínica</p>	1	1	1	1	1	1	1

<p>Desarrollar estrategias de atención integral de los programas de promoción y prevención y las acciones resolutorias.</p> <p>Socializar las estrategias de atención integral de los programas de promoción y prevención y las acciones resolutorias.</p> <p>Evaluar el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y medir la adherencia de los usuarios y los resultados en salud.</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Actualizar las guías de atención en lo relacionado con el aislamiento.</p> <p>Socializar las guías de atención en lo relacionado con el aislamiento.</p> <p>Activar y garantizar la operación del comité de infecciones intrahospitalarias.</p> <p>Diseñar campañas educativas para la familia y acompañantes de pacientes que requieren aislamiento.</p> <p>Realizar monitoreo permanente de la adherencia a las técnicas especiales de aislamiento por parte de los colaboradores, difunde sus resultados y estimula el mejoramiento continuo.</p> <p>Garantizar el respeto a la dignidad del paciente en caso de requerir aislamiento.</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Diseñar una guía, un manual, protocolo en el cual la organización defina responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y adherencia de riesgos en salud de la</p>							

<p>población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.</p> <p>Socializar la guía, el manual, protocolo en el cual la organización defina responsabilidades en grupos poblacionales .</p> <p>Evaluación de la aplicación de la guía, manual, o del protocolo</p> <p>Conjuntamente con las Administradoras de planes de beneficios y con el ente territorial evaluar la aplicación del modelo de atención en salud con enfoque de riesgo, priorizando la atención de riesgos críticos, medir el impacto y establecer correctivos a que haya lugar.</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Actualizar las guías PAE de atención con la mejor evidencia posible,</p> <p>Revisar las principales causas de morbilidad y establecer las GPC por adopción para los servicios habilitados de la institución</p> <p>Elaborar el plan de implementación</p> <p>Ejecutar el plan de implementación</p> <p>Socializar las guías PAE de atención con la mejor evidencia posible, .</p> <p>Definir la forma de evaluar la adherencia y la periodicidad de las auditorías</p>	2	2	1	1	1	1	1
<p>Diseñar mecanismos para campañas masivas de educación e información a los usuarios, en el momento mismo de la atención odontológica y a grupos poblacionales.</p> <p>Socializar los mecanismos para campañas masivas de educación e información a los usuarios, en el momento mismo de la atención odontológica y a grupos poblacionales.</p> <p>Realizar campañas masivas de educación e información a los usuarios, en el momento mismo de la atención odontológica y a grupos poblacionales.</p> <p>Evaluar resultados de las campañas</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Diseñar mecanismos de auditoría para verificar la adherencia a las guías de atención de odontología.</p>							

socializar los mecanismos de auditoría para verificar la adherencia a las guías de atención de odontología. Definir la forma de evaluar la adherencia y la periodicidad de las auditorias	1	1	1	1	1	1	1
Establecer el mecanismo para comunicación oportuna de los resultados, para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones de carácter clínico. socializar el mecanismo Evaluar el mecanismo							
Definir el mecanismo para generar alertas frente a resultados críticos	1	1	1	1	1	1	1
Definir un procedimiento para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas. Diseñar el procedimiento de definición de exámenes críticos							
Socializar los procedimientos Realizar evaluación de adherencia a los procedimientos con la realización de planes de mejora en caso de ser necesarios	2	1	1	1	1	1	1
Actualizar los procedimientos de los servicios asistenciales que incorporen los criterios del estándar Socializar los procedimientos Evaluar y efectuar los planes de mejoramiento que							

<p>sean necesarios con el respectivo seguimiento</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Implementar las RIAS en la institución Establecer y estandarizar procesos de seguimiento para verificar los resultados de los Programas de P y P formular correctivos cuando haya lugar a ello.</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Estandarizar los proceso de comunicación con los pacientes diseñar estrategias de información Socializar el proceso de comunicación c</p>							

<p>Evaluar la aplicación del proceso</p>	2	1	1	1	1	1	1
<p>Establecer y estandarizar el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Socializar el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Evaluar la aplicación del proceso de implementación del consentimiento informado por todos los servidores públicos asistenciales del hospital cuando aplique.</p>	2	1	1	1	1	1	1
<p>Actualizar el manual y las política de atención humanizada y su cabal aplicación al proceso de atención, en el que se respeten aspectos como: usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad Socializar el manual y las política de atención humanizada</p>							

Humanizada

Evaluar los mecanismos implementados para garantizar el despliegue de la política y guía de atención humanizada

1

1

1

1

1

1

1

Definir la política de uso racional de medicamentos y en especial de antibióticos.
Socializar la política de uso racional de medicamentos
Evaluar la adherencia a la política de uso racional

<p>Diseñar los Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Socializar Mecanismos para proveer información al usuario o su familia Evaluar el nivel de satisfacción del usuario con la información</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Diseñar un manual o guía que permita a la organización definir la reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas, identificadas, almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados. Socializar el manual a los funcionarios asistenciales de la institución Evaluar la aplicación del manual</p>	1	1	1	1	1	1	1

<p>Diseñar un manual o guía que permita a la organización definir la reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas, identificadas, almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados.</p> <p>Socializar el manual a los funcionarios asistenciales de la institución</p> <p>Evaluar la aplicación del manual</p>	2	1	1	1	1	1	1
<p>Realizar medición de oportunidad de procesamiento de muestras</p> <p>Realizar medición y análisis de porcentaje de rechazo de muestras y efectuar los planes de mejora correspondientes</p>	2	1	1	1	1	1	1
<p>Diseñar la política de confidencialidad en el manejo de la información respecto a los resultados de laboratorio,</p> <p>Socializar la política</p> <p>Evaluar mediante las manifestaciones de los usuarios quejas o reclamaciones frente a la violación de su privacidad</p> <p>Diseñar indicadores den medición de oportunidad en el proceso de procesamiento de muestras y entrega de resultados.</p>							

Implementar los indicadores y evaluar los resultados	2	1	1	1	1	1	1
<p>Realizar contratación para los controles de calidad externos de las pruebas faltantes en el laboratorio</p> <p>Implementar los controles de calidad tanto internos como externos</p> <p>Efectuar análisis de controles y seguimiento mediante indicadores realizar el análisis correspondiente y el mejoramiento en caso de ser necesario</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Diseñar el protocolo de uso racional de antibióticos .</p> <p>Socializar el protocolo y realizar medición frente a su adherencia</p>							

	2	2	1	1	1	1	1

Realizar el plan de implementación de las gpc para cada una de las principales causas de morbilidad de la institución Implementar el plan Medir la adherencia y efectuar los planes de mejoramiento correspondientes	1	1	1	1	1	1	1
--	---	---	---	---	---	---	---

Diseñar un proceso de información y comunicación al usuario Socializar con el personal de la institución Evaluar su adherencia							
--	--	--	--	--	--	--	--

	1	1	1	1	1	1	1
<p>Documentar el procedimiento para la selección y adopción de guías de practica clínica, diseñar los planes de implementación de las guías de practica clínica, diseñar los instrumentos para la evaluación de la adherencia a las guías de practica clínica</p> <p>Socializar las guías de practica clínica teniendo en cuenta criterios como la seguridad del paciente y acceso a los servicios.</p> <p>Medir la adherencia a las guías de practica clínica teniendo en cuenta el éxito del plan de cuidado</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Documentar el protocolo para la cadena de custodia del material probatorio y estrategias para la detección e intervención de los casos, además de la notificación de este tipo de eventos y la ruta de atención.</p> <p>Socializar el protocolo ante todos los funcionarios involucrados en los procesos de atención de casos de violencia intrafamiliar, víctimas de maltrato infantil y abuso sexual</p> <p>Evaluar la adherencia de los funcionarios con la auditoria a las historias clínicas de atención de casos relacionados.</p>	2	1	1	1	1	1	1

<p>Documentar el proceso de atención que incluya la posibilidad de elegir una segunda opinión en caso de ser solicitado por el paciente.</p> <p>Socializar el documento con el personal de la institución.</p> <p>Evaluar la adherencia de los funcionarios al proceso.</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Diseñar el documento donde se establece la estrategia de educación en salud a los usuarios Y la forma de identificar estas necesidades</p> <p>Socializar el documento con el personal encargado de los procesos de educación y demás personas involucradas.</p> <p>Evaluar los logros de los objetivos a alcanzar según los procesos.</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Realizar cronograma de auditorias a la adherencia a las gpc a implementar acorde a las principales causas de morbilidad por cada uno de los servicios habilitados</p> <p>Implementar el cronograma</p> <p>Evaluar la adherencia y retroalimentar al personal asistencial con la elaboración de planes de mejora en caso de requerirse</p>	2	2	2	1	1	1	1
<p>Diseñar el documento del proceso de monitoreo de PQRS que incluya la metodología de socialización de estas a las personas que tienen contacto directo con público.</p> <p>Socializar el documento con el personal que tiene contacto directo con público.</p> <p>Evaluar la efectividad de socialización del proceso analizando la respuesta del personal en contacto</p>	2	1	1	1	1	1	1

<p>Organizar la respuesta del personal en contacto directo con el público.</p> <p>Documentar los tiempos de respuesta de las PQRS.</p> <p>Socializar el documento con el personal responsable de recopilar y responder las PQRS.</p> <p>Evaluar la oportunidad en los tiempos de respuesta de</p>							
<p>Diseñar la definición de consultado crónico según el servicio y diseñar el proceso de acción para el control de la situación.</p> <p>Socializar con el personal encargado de brindar atención la definición y el proceso según los servicios.</p> <p>Desplegar y evaluar la adopción al proceso y definición y cuantificarlo mediante un comité de consultadores crónicos.</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Documentar dentro de los procesos de Odontología la detección de las necesidades y expectativas de los usuarios. Socializar con el personal del servicio de Odontología las identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios.</p> <p>Evaluar la satisfacción de los usuarios.</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Realizar mejor despliegue del procedimiento de egreso del usuario</p> <p>Diseñar estrategias de comunicación con el usuario para dar la información pertinente al egreso del mismo</p> <p>Evaluar la adherencia del personal a proceso y el nivel de satisfacción del usuario con la información brindada</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Diseñar el plan de coordinación con organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud.</p> <p>Socializar y desplegar el plan de coordinación con entidades involucradas.</p> <p>Evaluar la adherencia al plan y su ejecución e intervenciones.</p>	1	1	1	1	1	1	1
<p>Actualizar el manual de referencia y contrarreferencia cumpliendo con los criterios del estándar con respecto a la evaluación, seguimiento y adherencia con la institución de referencia y las guías establecidas.</p> <p>Socializar el manual de referencia y contrarreferencia con el personal involucrado en el proceso.</p> <p>Evaluar la adherencia a las guías y criterios según el proceso descrito en el manual.</p>	1	1	1	1	1	1	1

Documentar el proceso de remisión a servicios según los criterios descritos garantizando adecuada información de solicitud y adherencia según guías y protocolos. Socializar con los servicios encargados el proceso documentado. Evaluar la adherencia al proceso.	1	1	1	1	1	1	1
Documentar el proceso de remisión de exámenes de laboratorio. Socializar el proceso con el servicio de laboratorio. Evaluar la adherencia al proceso de remisión teniendo en cuenta la información necesaria relevante del paciente y casos de remisión. Diseñar el documento informativo a los usuarios sobre el procesos administrativos requeridos para remisión de exámenes a mayor nivel de complejidad según contratación de las EAPB. Socializar el documento en las carteleras informativas de la institución.	1	1	1	1	1	1	1
Documentar el proceso de remisión diferida teniendo en cuenta los tiempos establecidos por las EPS el tramite desde el egreso del paciente. Socializar el proceso con las personas involucradas del	2	1	1	1	1	1	1
Documentar estándares para establecer tiempos de los procesos de egreso del paciente y facturación de los servicios. Socializar los estándares establecidos con el personal encargado. Evaluar la realización de los estándares verificando	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL							

	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0

ESTANDAR CODIGO	ESTANDAR
Estándar 75. R1) Estándar 75. Código: (DIR1) Estándar 75. Código: (DIR1)	<p>Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico. • Aspectos éticos y normativos. • Los cambios del entorno. • La seguridad del paciente y los colaboradores. • El enfoque y la gestión de riesgo. • La humanización durante la atención del usuario y su familia. • La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.

Estándar 7 Código: (DII)	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios. • La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.
Estándar 76. Código: (DIR 2)	<p>La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados. • La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización.
Estándar 77. Código: (DIR3)	<p>La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.</p>
Estándar 78. Código: (DIR.4.)	<p>La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>
Estándar 79. Código: (DIR.5)	<p>La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>
80. IR.6)	<p>La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.</p> <p>Criterios:</p>

Estándar Código: (D)	<ul style="list-style-type: none"> • La política de prestación de servicios está dirigida a usuarios, familiares y colaboradores. • La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas en atención primaria en salud y salud pública, según corresponda. <ul style="list-style-type: none"> • La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.
Estándar 81. Código: (DIR7)	<p>Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.</p>
Estándar 82. Código: (DIR8)	<p>Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a:</p> <p>Criterios:</p>
Estándar 83. Código: (DIR9)	<p>La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Inducción y reinducción. • Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.
Estándar 84. Código: (DIR10)	<p>Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.</p>

Estándar Código (DIR)	
Estándar 85. Código: (DIR11)	<p>En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente.</p> <p>Criterios:</p>
Estándar 86. Código: (DIR12)	<p>Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización. Esto incluye:</p>
Estándar 87. Código: (DIRMCC1)	<p>La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.

**AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACRE
DIRECCIONAMIENTO**

FORTALEZAS

SOPORTES DE LAS FORTALEZAS

ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO

Aspectos positivos
Se tiene diseñado el plan de gestión y el plan de desarrollo de la institución y aprobado por Junta Directiva

Acuerdos de Junta Directiva

<p>Aspectos positivos El plan de desarrollo de la institución cuenta con un plan operativo e indicadores de evaluación.</p>	<p>Plan de desarrollo planes operativos Indicadores de evaluación</p>
<p>Aspectos positivos Se cuenta con el plan de desarrollo y el plan de gestión aprobado por Junta Directiva de la Institución</p>	<p>Plan de desarrollo Plan de gestión</p>
<p>Aspectos positivos La institución ha formulado como una de los focos estratégico la garantía de la calidad, que busca satisfacer las expectativas de los usuarios mediante el cumplimiento de cada uno de los cuatro componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad, con énfasis en el componente de seguridad en la atención.</p>	<p>Plan de desarrollo planes operativos Plan de gestión</p>

<p>Aspectos positivos</p> <p>Se cuenta con el plan de desarrollo y el plan de gestión aprobado por Junta Directiva de la Institución</p> <p>Se cuenta con el presupuesto aprobado y al cual se le realiza periódicamente seguimiento</p>	<p>Plan de desarrollo</p> <p>Plan de gestión</p> <p>Presupuesto</p>
<p>Aspecto positivo</p> <p>Se viene desarrollando e implementando el MIPG, el cual incluye la evaluación integral de la gestión y en particular la gestión asistencial</p>	<p>MIPG soportes</p>

No aplica	No aplica
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO	

DITACION

OPORTUNIDADES DE MEJORA	CALIFICACION CUANTITATIVA									
	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS				
	Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
Realizar sistemática y periódicamente un análisis estratégico del Hospital que incluya la lecturas externas e internas a la institución con el fin de ajustar la plataforma estratégica a lo observado Socializar la plataforma estratégica a los usuarios externos e internos de la institución Evaluar el nivel de cumplimiento de la misión y la visión de la institución	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1

Implementar el proceso educativo en los miembros de Junta Evaluar su aplicación										
No Aplica										
Formular un plan de gestión para la relación docencia servicio en el que se cumpla con la normatividad vigente, se estandarice el funcionamiento del comité docente asistencial y se suscriban los convenios oportunamente Implementar el plan Evaluar la implementación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E: Diseñar los planes de mejoramiento a las oportunidades de mejora priorizadas I: Implementar los planes de mejoramiento R: evaluar mediante seguimiento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PROMEDIO										
SUMATORIA										
TOTLA ESTANDARES										

ACION	
VOLUMEN	TOTAL
	0

	0
	0
	0
	0

	0
	0
	0
	0
	0

	u
	0
	0
	0

AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DEL GERENC

ESTANDAR CODIGO	ESTANDAR	FORTALEZAS
----------------------------	-----------------	-------------------

EST/

Estándar 88. Código: (GER1)	<p>Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores. • Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas. • La descripción del proceso de atención al cliente. 	<p>Aspectos positivos: Se cuenta con la caracterización de los procesos administrativos de la institución</p>
r 89. Código: (ER. 2)	<p>La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en</p>	<p>Aspecto positivo</p>

Estándar Código: (G	<p>actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>	<p>Aspecto positivo Se realizan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con los usuarios y se tienen implementados los programas</p>
Estándar 90. Código: (GER. 3)	<p>Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>	
Estándar 91. Código: (GER. 4)	<p>La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual: Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responde a una política organizacional. 	<p>Se tiene una política de gestión de riesgo adoptada y se encuentra publicada en pagina del hospital</p>
Estándar 92. Código: (GER. 5)	<ul style="list-style-type: none"> • La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye: 	
Estándar 93. Código: (GER.6)	<p>Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de: Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. 	<p>Aspecto positivo Proceso como tal no, pero existe contrato con asesores externos para apoyar al Hospital en todo lo relacionado al mejoramiento de la calidad</p>
Estándar 94. Código: (GER.7)	<p>La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos. Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. 	<p>Se cuenta con los planes operativos aprobados por la junta Directiva, con un proceso de planeación estratégica a 4 años en el cual se establecen</p>

Estánc	<ul style="list-style-type: none"> • Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. • Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia. 	un proceso de planeación estratégica, a 4 años en el cual se establecen los diferentes planes a desarrollar en el periodo
Estándar 95. Código: (GER.8)	La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.	Aspectos positivos se tienen elaborados y socializados varios procesos asistenciales y de apoyo
Estándar 96. Código: (GER.9)	<p>La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.</p> <p>Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dignidad personal. • Privacidad. • Seguridad. 	Se cuenta con el código de ética, integridad y buen gobierno
Estándar 97. Código: (GER.10)	<p>Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores. El proceso contempla:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo. • Una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes. • Un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar 	

Estándar 98. Código: (GER.11)	<p>Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional. Lo anterior se logra a través de:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de prioridades en el plan estratégico. 	<p>Aspecto positivo Se cuenta con el plan estratégico de talento humano Presupuesto de la entidad, plan anual de adquisiciones</p>
Estándar 99. Código: (GER.12)	<p>Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante :</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo • Monitorización y gestión de la cartera. 	<p>Existe plan de riesgos anti corrupción Presupuesto de la entidad y el reporte periódico de informes a los entes de control</p>
Estándar 100. Código: (GER.13)	<p>Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previamente a la contratación de un tercero, la organización tiene definidos los requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación. El tercero conoce previamente los criterios con los cuales va a ser evaluado. • El tercero contratado se articula y alinea con la filosofía de acreditación e integra en los servicios prestados administrativos y asistenciales los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización. 	<p>En el Hospital se cuenta con un proceso de contratación y un manual de contratación, los cuales son la guía para la contratación.</p>

ESTANDAR DE MEJORAMIENTO

Estándar 102. Código: (GERIMCC1)	<p>La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. 	<p>se realizan los informes de auditoria a los diferentes procesos y con base en estos se ejecutan y elaboran por partes de los lideres los planes de mejoramiento</p>
---	---	--

Está

• La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.

sobre las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Implementar los RIESGOS Realizar capacitaciones, charlas y reuniones sobre rias Medir la adherencia y coberturas	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Realizar estudio de suficiencia, productividad y capacidad instalada Implementar el estudio Medir y mejorar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manual de administración del riesgo y la política de riesgos	Socializar la política de la administración del riesgo con todos los funcionarios de la ESE y realizar la evaluación de los mapas de riesgos por parte del líder del proceso.	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	Elaborar un procedimiento de referenciación comparativa Implementar el proceso de referenciación para las mejores prácticas y aquellas que priorice la institución Medir el resultado de los procesos de referenciación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Contrato con el asesor externos de calidad	Elaborar e implementar un proceso del mejoramiento de gestión de la calidad Efectuar mediciones frente al desarrollo del proceso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Plan de desarrollo a 4 años. Plan de gestión gerencial, plan operativo	Socializar, adoptar e implementar los diferentes planes operativos. Actualizar la plataforma estratégica de la institución Socializar tanto a funcionarios internos como a usuarios y	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1

gerencial, plan operativo anual, plan financiero, planes estratégicos.	proveedores Medir a través de los planes operativos el logro de la misión y la visión	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
se tiene algunos procesos, como talento humano, gestión de bienes, mantenimiento, Odontología, hospitalización, gestión, sistemas de la información, entre otros	Elaborar los proceso faltantes en la institución y actualizar aquellos que ya lo requieren implementar los procesos que hacen falta y socializar los que están adoptados Realizar medición de adherencia a los mismos	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
Códigos integridad, ética y buen gobierno	Diseñar la política de humanización y estrategias para su implementación Socializar el código de integridad e implementar las estrategias de humanización Medir la satisfacción del usuario en aspectos relacionados con la humanización y las violaciones a los derechos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Elaborar un procedimiento para el manejo de usuario agresivos Socializar con el personal Evaluar su implementación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Planes estratégicos de talento humano Plan anual de adquisiciones	Realizar seguimiento a los 12 planes configurados por el DAFP Efectuar los planes de mejoramiento necesario frente a desviaciones detectadas	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Plan de riesgos anticorrupción, presupuesto Soportes de reportes	Socializar el plan anticorrupción con las diferentes áreas de la institución. Realizar seguimiento a los diferentes planes y evaluar sus resultados Publicar	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Manual de contratación, procesos de contratación	Realizar auditoria periódica a los procesos de contratación con terceros y efectuar planes de mejora correspondientes	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Formato planes de mejoramiento e informes de auditoria	Realizar el seguimiento de los planes de mejoramiento por parte del comité de control interno.	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1

																		PROMEDIO		
																		SUMATORIA		
																		TOTLA ESTANDARES		

**AUTOEVALUACION DE ESTA
GEREN**

ESTANDAR CODIGO	ESTANDAR	FORTALEZAS

Estándar 104. Código: (TH1)	<p>Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:</p> <p>Criterios:</p> <p>_ Legislación.</p> <p>_ Evaluación periódica de expectativas y necesidades.</p> <p>_ Evaluación periódica del clima organizacional</p> <p>_ Evaluación periódica de competencias y desempeño.</p> <p>_ Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo.</p> <p>_ Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.</p> <p>_ Análisis de puestos de trabajo.</p>	<p>Contamos con algunos logros como son:</p> <p>e: Contamos con usuario y claves de acceso a los formatos requeridos por parte de la CNSC, para realizar la evaluación periódica del talento humano de carrera administrativa.</p> <p>Existe el manual de funciones y competencias para cada cargo de la institución</p> <p>I: Se realizan las evaluaciones periódicas de desempeño a el personal de carrera administrativa en los formatos establecidos por la CNSC</p> <p>R: Contamos con la calificación parcial y definitiva de la evaluación de desempeño realizada al personal de carrera administrativa en los meses de agosto y febrero.</p>
?)	<p>Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como:</p> <p>Criterios:</p> <p>_ Legislación.</p> <p>_ Cambios en el direccionamiento estratégico.</p>	

Estándar 105. Código: (THz)	_ Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Cambios en la estructura organizacional.	
	_Cambios en la complejidad de los servicios.	
	_Disponibilidad de recursos.	
	_Tecnología disponible.	
	_Suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios.	
	_ Relación docencia-servicio.	
	_Relación de la oferta y la demanda de servicios con la docencia-servicio.	
	_La planeación del talento humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos y deberes, el Código de Ética y el código del buen gobierno y el diseño del proceso de atención.	
Estándar 106. Código: (TH3)	La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención y tiene en cuenta:	E: Contamos con manual de funciones y requisitos. Contamos con cuadros de turnos en los procesos que lo requieren.
	Criterios:	Contamos además con el estatuto de contratación donde se encuentran descritos los criterios para realizar estudio de necesidades.
	_Requisitos y perfil del cargo.	
	_Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.	I: Par contratar se tiene en cuenta el manual de funciones y requisitos al personal de carrera administrativa.
	_Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.	La institución cuando realiza estudio de necesidades detecta aquellas procesos a los cuales les puede hacer falta personal, ya sea por que se necesitan mas funcionarios o por que la institución no cuenta con personal con esos conocimientos requeridos.
	_Cambios en la oferta y / o demanda de servicio.	
_Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.	R: Los supervisores e interventores de contratos de prestación de servicios evalúan mensualmente el cumplimiento del objeto contractual.	

Estándar 107. Código: (TH3)	La institución tiene definido el programa de inducción de personal e incluye entre otros criterios	
Estándar 106. Código: (TH4)	<p>Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <p>Criterios:</p> <p>_Educación</p> <p>_Licenciamiento o certificación, si aplica.</p> <p>_Experiencia requerida.</p> <p>_Habilidades.</p>	Aunque realizamos las actividades no las tenemos documentadas.
Estándar 107. Código: (TH5):	<p>Existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización, el cual incluye:</p> <p>Criterios:</p> <p>_Priorización de los colaboradores relacionados con el proceso de atención y aquellos que participen en las actividades de prácticas formativas, docencia e investigación.</p> <p>_ Se corroboran fuentes de información sobre antecedentes y credenciales.</p>	La institución realiza la revisión de antecedentes disciplinarios, judiciales, medidas correctivas y fiscales, pero el proceso no se encuentra documentado.

Estándar 108. Código: (TH6)	<p>Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye:</p> <p>Criterios:</p> <p>_Direccionamiento estratégico.</p> <p>_Inducción y reinducción.</p> <p>_Ambiente de trabajo y sus responsabilidades.</p> <p>_Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.</p> <p>_Código de ética y código de buen gobierno.</p>	
Estándar 109. Código: (TH7)	<p>La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica.</p> <p>Criterios:</p> <p>_La competencia es evaluada desde el proceso de selección.</p> <p>_El desempeño es evaluado y documentado durante el periodo de prueba, cuando aplique.</p> <p>_El mejoramiento de la competencia y el desempeño es revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización.</p>	<p>E: Contamos con la documentación diseñada y documentada por CNSC para realizar la evaluación a personal de carrera.</p> <p>Contamos con un Manual de Contratación donde se describen las actividades del supervisor o interventor</p> <p>I: Realizamos evaluación sistemática al personal de carrera administrativa.</p> <p>R: Hacemos informe de supervisión, interventoría y seguimiento a contratos de prestación de servicios, donde se verifica el cumplimiento al objeto contractual.</p>

Estándar 110. Código: (TH8)	La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con:	
Estándar 111. Código: (TH9)	La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.	
Estándar 112. Código: (TH10)	<p>En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.</p> <p>_Se realiza evaluación de la cultura organizacional.</p> <p>_Se identifican los elementos clave de la cultura que deben ser mejorados.</p> <p>_Se priorizan acciones de mejora para impactar la transformación cultural.</p>	<p>E: Contamos con código de ética y buen gobierno, plan anticorrupción y atención al ciudadano.</p> <p>I: El código de ética y el plan anticorrupción se encuentran en la pagina web de la institución.</p> <p>R: Se realizan seguimientos al cumplimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano</p>
Estándar 113. Código: (TH11)	La organización promueve, desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprometida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, en tre cedes (Si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano	<p>E. Contamos con una política de comunicación dentro del PETIC</p> <p>Contamos con cronograma de reuniones anuales (Juntas, comités, reuniones, grupos de trabajo).</p> <p>Resoluciones de conformación de los diferentes grupos de trabajo.</p> <p>I. Actas de las diferentes reuniones de trabajo realizadas, listados de asistencia diligenciados</p>

Estándar 114. Código: (TH12)	<p>La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional. Esto considera si:</p> <p>Criterios:</p> <p>_Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores.</p> <p>_A partir de los resultados evaluados se generaran planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento.</p>	E.
Estándar 115. Código: (TH13)	<p>Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.</p>	
Estándar 116. Código: (TH14)	<p>Se cuenta con procesos planeados, implementados y evaluados para la supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente, si aplica.</p>	
Estándar 117. Código: (TH 14)	<p>Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.</p>	

Estándar 118. Código: (THMCC1)	La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos	
	Criterios:	
	_La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.	

**INDICADORES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN
DEL TALENTO HUMANO**

		CALIFICACION DE IMPLEMENTACIÓN				
SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN	
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo
TALENTO HUMANO						
<p>Evaluaciones de desempeño se encuentran consignadas en la plataforma de la CNSC y en las historias labores de cada uno de los funcionarios evaluados.</p> <p>la calificación obtenida por el funcionario se encuentra consignado en la HL</p> <p>Existe el manual de funciones y competencias por cargo.</p>	<p>E: Documentar un proceso para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.</p> <p>I: Desplegar el proceso para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.</p> <p>R: Realizar evaluaciones de seguimiento al proceso para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.</p>	2	2	2	2	1
	<p>E: Documentar un proceso para la planeación del talento humano, teniendo en cuenta los criterios del estándar</p> <p>I: Desplegar el proceso para la planeación del talento humano</p> <p>R: Medir y ajustar el proceso para la planeación del talento humano</p>					

		1	1	1	1	1
Manual de funciones aprobado por junta Directiva. Cuadros de turnos Estudio de necesidades Manual de contratación	E: Documentar el proceso de talento humano que responda a la planeación y a las fases del proceso de atención. I: Socializar proceso que responda a la planeación y a las fases del proceso de atención. R: Realizar medición de cumplimiento de actividades propuestas.	2	2	2	1	1

	<p>E. Documentar el procesos de inducción para los nuevos colaboradores de la ESE</p> <p>I. Implementar el procedimiento de inducción en la institución.</p> <p>R Medir y mejora el proceso de inducción de la ESE</p>	1	1	1	1	1
Actas de posesión.	<p>E: Documentar el proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar.</p> <p>I: Desplegar el proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar.</p> <p>R: Medir el cumplimiento del proceso de contratación de competencias y requisitos.</p>	1	1	1	1	1
	<p>E: Documentar el proceso o guía para monitorear sistemáticamente y verificar antecedentes, credenciales y determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización.</p> <p>I: Desplegar el proceso o guía para monitorear sistemáticamente y verificar antecedentes, credenciales y determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización.</p> <p>R: Medir el cumplimiento al proceso o guía para monitorear sistemáticamente y verificar antecedentes, credenciales y determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización</p>	1	1	1	1	1

	<p>E: Diseñar y documentar el proceso de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la ESE.</p> <p>I: Socializar el proceso de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la ESE</p> <p>R: Medir la adherencia al proceso de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la ESE.</p>	1	1	1	1	1
<p>Evaluaciones del personal de carrera administrativa.</p> <p>Manual de contratación aprobado por Junta Directiva.</p> <p>Informes de evaluación de supervisor o interventor.</p>	<p>E: Documentar proceso o guía que garantice la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, teniendo en cuenta los criterios del estándar.</p> <p>I: Implementar el proceso o guía que garantice la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, teniendo en cuenta los criterios del estándar.</p> <p>R: Medir la adherencia proceso o guía que garantice la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica</p>	2	2	1	1	1

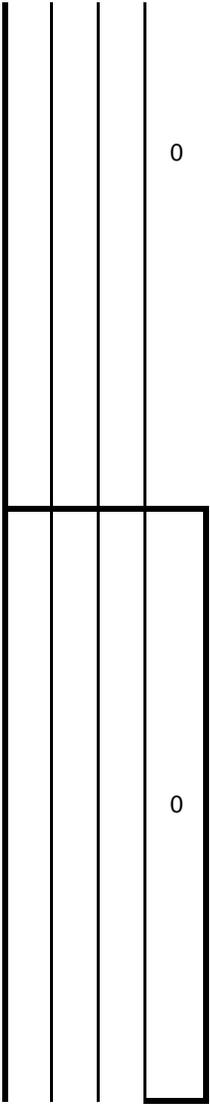
	<p>E. Documentar las estrategias que garanticen el cumplimiento de las responsabilidades de los colaboradores.</p> <p>I. Socializar el proceso que garantiza el cumplimiento de las responsabilidades de los colaboradores</p> <p>R. Realizar medición del proceso</p>	1	1	1	1	1
	<p>E. Documentar la estrategia de comunicación efectiva entre las unidades, servicios y áreas, incorporarla en la política de Talento Humano.</p> <p>I. Socializar el proceso de comunicación efectiva con las demás áreas de la institución.</p> <p>R Hacer medición al proceso comunicación efectiva</p>	1	1	1	1	1
<p>Código de ética y buen gobierno</p> <p>Plan anticorrupción y atención al ciudadano</p>	<p>E: Documentar proceso en talento humano que promueve y gerencia la transformación cultural institucional.</p> <p>I: Socializar proceso en talento humano que promueve y gerencia la transformación cultural institucional.</p> <p>R: Medir la adherencia al proceso de talento humano que promueve y gerencia la transformación cultural institucional.</p>	2	2	1	1	1
<p>Política de comunicación dentro del PETIC.</p> <p>Resoluciones de conformación de equipos y comités de trabajo</p>	<p>E. Incorporar la estrategia de comunicación efectiva a política de talento humano,</p> <p>R. Medir y mejorar la estrategia de comunicación.</p> <p>I. Desplegar la estrategia de comunicación efectiva incluida en la política del talento humano al personal de la ESE.</p>	2	2	1	1	1

	<p>E. Documentar un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional</p> <p>I. Implementar el proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional</p> <p>R. Medir y mejorar el procesos sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional</p>	1	1	1	1	1
	<p>E. Documentar un proceso para la planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.</p> <p>I. Implementar el proceso de las relación es docencia servicio, que garantice una atención en salud optima.</p> <p>R. Medir y mejorar el proceso de las relación es docencia servicio, que garantice una atención en salud optima.</p>	1	1	1	1	1
	<p>E. documentar el proceso de supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente.</p> <p>I. Implementar el proceso y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente.</p> <p>R. Medir y mejorar el proceso y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el</p>	1	1	1	1	1
ESTANDARES DE MEJORAMIENTO						
	<p>E. Implementar y documentar los procesos de planeación, formalización, seguimiento, evaluación y análisis costo beneficio en las relaciones docencia servicio e investigación, para la mejor prestación de los servicios en salud de la institución.</p> <p>I. Socializar en todas las áreas de la institución.</p> <p>R. realizar la evaluación y medición.</p>	1	1	1	1	1

	E. Documentar el proceso de mejoramiento continuo de la calidad para todos los proceso de estándar I: implementar el proceso R; evaluar su aplicación	1	1	1	1	1

CUANTITATIVA						SELECCIÓN DE PROCESOS MARCAR CON 1
RESULTADOS					Media	
Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación		
1	1	1	1	1	1,4	MEJORA CONTINUA DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO MERCADERO Y COMUNICACIONES
						GESTIÓN JURIDICA
						GESTIÓN CALIDAD
						GESTION TALENTO HUMANO
						GESTION DE BIENES Y SUMNSTROS MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
						GESTIÓN FINANCIERA
						GESTION SISTEMAS DE INFORMACIÓN ADMISIONES E INFORMACIÓN AL
						URGENCIAS - TAB
						CONSULTA MÉDICA
						ODONTOLOGÍA PROMOCION Y MANTENIMIENTO
						OPTOMETRÍA
						LABORATORIO CLÍNICO
						IMAGENOLOGÍA OTRAS AYUDAS DIAGNOSTICAS
						SERVICIOS FARMACEUTICO HOSPITALIZACION Y PARTOS

PRIORIZACION			
RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
			0



			0
			0

			0
			0

			0
			0
			0
			0

			0
			0
			0

			0
--	--	--	---

**AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES
GERENCIA DEL**

ESTANDAR CODIGO	ESTANDAR	FORTALEZAS
----------------------------	-----------------	-------------------

ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBI

<p>Estándar 119. Código: (GAF1)</p>	<p>La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. • Enfoque de riesgo. • Mejoramiento de la seguridad industrial. • Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos. • La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda. 	<p>Aspectos positivos</p> <p>Se cuentan con los mapas de riesgos de los procesos administrativos de la institución</p> <p>Se tiene un asesor de la ARL que apoya el trabajo de seguridad y salud en el trabajo</p> <p>Se cuenta con un plan de emergencias</p>
--	--	--

Estándar 120. Código: (GAF2)	<p>La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico. • Se cuenta con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios. • La organización tiene establecido un mecanismo para identificar e investigar los incidentes y accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico. Derivado de lo anterior, se generan estrategias para prevenir su recurrencia. • La organización cuenta con protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente. Estos protocolos son conocidos por el personal que lo aplica y por todos aquellos que la organización considere pertinente. El entendimiento y la aplicación de estos protocolos son evaluados de manera periódica. • Protocolos para casos de reúso. • Proceso de esterilización seguro. • Directrices para el uso seguro de ropa hospitalaria y evaluación de su cumplimiento. 	<p>Aspectos Positivos</p> <p>Se cuenta con el comité de seguridad y salud en el trabajo que se encarga de la implementación del sistema</p> <p>Se tiene los protocolos de limpieza y desinfección actualizados tras la emergencia por el COVID -19</p> <p>Se cuenta con una política de no reúso</p> <p>Se cuenta con un espacio apropiado para el área de esterilización así como los manuales correspondientes</p> <p>Se hace entrega al personal de los EPP</p>
Estándar 121. Código: (GAF3)	<p>La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental.</p> <p>Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política de gestión ambiental responsable. • Fomento de una cultura ecológica. • Uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros). • Reciclaje. • Riesgos de contaminación ambiental. • Aportes de la organización a la conservación del ambiente. • Evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización. 	<p>Aspectos positivos</p> <p>Se cuenta con un presupuesto para el manejo de la gestión ambiental en la institución</p> <p>Se cuenta con el manual de residuos</p>

Estándar 122. Código: (GAF4)	<p>La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final. • Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. • Impacto ambiental. • Elementos de protección para el personal. • Reciclaje y comercialización de materiales. • El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. 	<p>Aspectos positivos</p> <p>Se cuenta con el manual de gestión de residuos en la institución y áreas adecuadas para el manejo de los mismos</p> <p>El personal cuenta con los elementos de protección personal necesarios para el desarrollo de sus labores</p>
Estándar 123. Código: (GAF5)	<p>La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres. • El plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica. 	<p>Aspecto positivo</p> <p>Se cuenta con un plan de emergencias</p>
Estándar 124. Código: (GAF6)	<p>Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten). El proceso incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de usuarios que deben ser reubicados. • Comunicación de esta situación a las familias. • Sistema de transporte de los usuarios. • Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención. 	<p>Aspecto positivo</p> <p>Se cuenta con un plan de emergencias</p>

Estándar 125. Código: (GAF7)	<p>La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación. El proceso incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. • Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación. • Mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes • Un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente. • Designación de un responsable de la búsqueda. • Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización. • Contacto con la Policía y la familia del paciente. 	<p>Aspecto positivo Se cuenta con un plan de emergencias</p>
Estándar 126. Código: (GAF8)	<p>La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.</p>	<p>Aspectos positivos Se cuenta con señalética alusiva a no fumar</p>
Estándar 127. Código: (GAF9)	<p>La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de humedad, ruido, iluminación. • Promoción de condiciones de silencio. • Señalización adecuada, sencilla y suficiente. • Ambiente de trabajo adecuado. • Reducción de la contaminación visual y ambiental. • Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios. • Salas de espera confortables. 	

<p>Código: (GAF10)</p> <p>Estándar 128.</p>	<p>En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.</p> <p>Criterios:</p> <p>Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, etc. incluyendo aislamiento del ruido y contaminación.</p>	
---	---	--

ESTANDAR DE MEJORAMIENTOS

<p>Código: (GAFIMCC1)</p> <p>Estándar 129.</p>	<p>La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. • La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. • El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. 	<p>se realizan los informes de auditoria a los diferentes procesos y con base en estos se ejecutan y elaboran por partes de los lideres los planes de mejoramiento</p>
--	--	--

DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN
AMBIENTE FÍSICO

SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CALIF			
		ENFOQUE			IMPLE
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución

ENTE FÍSICO

Plan de emergencias Mapas de riesgos	E. Documentar los procesos de direccionamiento estratégico que nos ayuden a identificar y responder a las necesidades de ambiente físico en los clientes externos e internos de la institución. I. Implementar y socializar el proceso a todas las áreas de la institución. R. Realizar la medición correspondiente.	2	1	1	1
---	--	---	---	---	---

<p>Actas de comité de seguridad y salud en el trabajo Protocolos de limpieza y desinfección Manual de esterilización</p>	<p>E. Documentar la estrategia de cultura institucional, para el buen manejo del ambiente físico. I Socializar la estrategia a todas las diferentes áreas de la institución. R. Medir y mejorar la cultura institucional del ambiente físico.</p> <p>R: Evaluar la adherencia a los protocolos de aseo y desinfección y al proceso de esterilización</p>	2	2	1	1
<p>Presupuesto Manual de residuos</p>	<p>E; Desarrollar una política de gestión ambiental en la institución que no solo incorpore la gestión de residuos I; Socializar la política de gestión ambiental con los usuarios internos y externos de la institución R: diseñar e implementar indicadores que permitir analizar el resultado de la gestión ambiental en la institución</p>	2	1	1	1

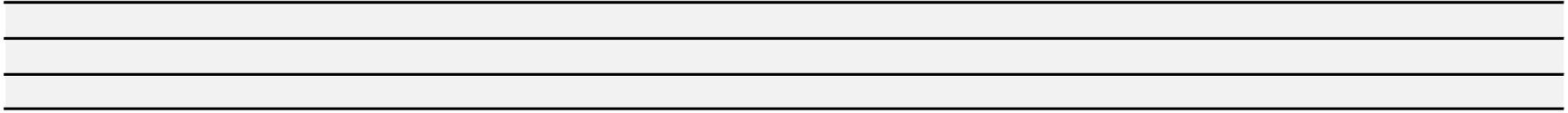
Manual de gestión de residuos Actas de entrega de EPP Medición y pesaje de residuos	Socializar el manual de gestión de residuos y desarrollar estrategias para su implementación y apropiación, no solo por el usuario interno sino también en el usuario externo Realizar mediciones de adherencia al proceso de manejo de residuos mediante auditoria y a la adherencia al uso de elementos de protección personal	2	1	1	1
Plan de emergencias	I: Realizar despliegue del plan de emergencias institucional y preparar simulacros de evacuación y de atención de multitud de lesionados E: Evaluar la aplicación del plan y desarrollar acciones de mejoramiento en caso de ser necesario	1	1	1	1
Plan de emergencias	E: incorporar dentro del plan de emergencias lo relacionado con la reubicación y evacuación de los usuarios I: Socializar el plan y efectuar simulacros de emergencias R: Evaluar la implementación y adherencia al proceso	1	1	1	1

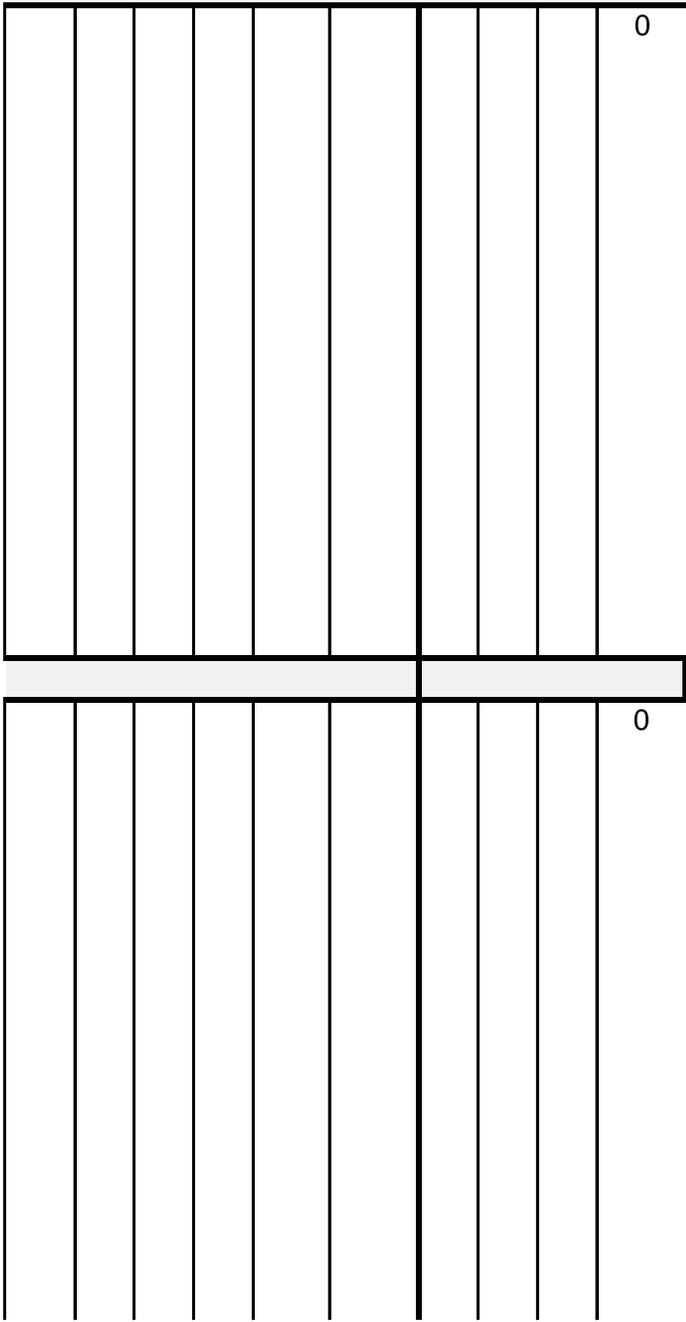
Plan de emergencias	<p>E: incorporar dentro del plan de emergencias lo relacionado con la perdida de los usuarios durante una emergencia</p> <p>I: Socializar el plan y efectuar simulacros de emergencias</p> <p>R: Evaluar la implementación y adherencia al proceso</p>	1	1	1	1
Señalética de la ESE	<p>e: Diseñar una política de no fumar y no consumo de cigarrillos en las instalaciones</p> <p>i: Socializar la política a los usuarios internos y externos</p> <p>r: evaluar la aplicación de la política</p>	1	1	1	1
	<p>Actualizar el manual y las política de atención humanizada y su cabal aplicación al proceso de atención, en el que se respeten aspectos como: usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad</p> <p>Socializar el manual y las política de atención humanizada</p> <p>Evaluar los mecanismos implementados para garantizar el despliegue de la política y guía de atención humanizada</p>	1	1	1	1

	<p>E: elaborar un proceso que incluya el diseño de planes de contingencia en caso de remodelaciones o construcciones</p> <p>I: Socializar el proceso con las personas encargadas de los proceso de construcción y remodelación en caso de hacerse necesarios</p> <p>R: Evaluar la adherencia al proceso</p>	1	1	1	1
--	---	---	---	---	---

TO

<p>Formato planes de mejoramiento e informes de auditoria</p>	<p>E. Documentar el proceso de mejoramiento continuo de la calidad para todos los proceso de estándar</p> <p>I: implementar el proceso</p> <p>R; evaluar su aplicación</p>	1	1	1	1
---	--	---	---	---	---







**AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DEL SISTEMA
GESTION DE LA TECNOLOGIA**

ESTANDAR CODIGO	ESTANDAR	FORTALEZAS
----------------------------	-----------------	-------------------

ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA

Estándar 130. Código: (GT1)	<p>La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología. Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos normativos. • Análisis de la relación oferta-demanda. • Condiciones del mercado. • Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud. • Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución. • El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología. 	
Estándar 131. Código: (GT2)	<p>La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluye: Criterios:</p>	

Estándar Código:	<ul style="list-style-type: none"> • La evidencia de seguridad. • Evaluación de la confiabilidad, incluyendo el análisis de las fallas y eventos adversos reportados por otros compradores. 	<p>Aspecto positivo</p> <p>La empresa cuenta con un comité de compras, donde se lleva a cabo el proceso de análisis para introducción de nueva tecnología</p>
Estándar 132. Código: (GT3)	<p>La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología. Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución. • La gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis de ruta causal, la evaluación de los reportes de tecnovigilancia, farmacovigilancia , hemo vigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y a las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa. • La difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso. • La información a usuarios sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance. • La revisión sistemática del estado, mantenimiento y soporte técnico para el funcionamiento de la tecnología en condiciones óptimas. • La realización de entrenamiento para el uso de la tecnología, que garantiza la comprensión del profesional que la usa y el mantenimiento de las condiciones de seguridad, de acuerdo con las especificaciones del proveedor, el reconocimiento del mal funcionamiento y los mecanismos para corregirlos o reportarlos. • La notificación inmediata de fallas y las medidas para evitar daños adicionales a la tecnología o eventos adversos a las personas. • La evaluación del inventario, vida útil, disponibilidad de repuestos, partes, etc. 	
33. Código: (GT4)	<p>La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.</p>	

Estándar 1		
Estándar 134. Código: (GT5)	<p>La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El proceso es planificado, tiene la cobertura necesaria para toda la tecnología que lo requiera y existen soportes y documentación que lo respalda. • Se evidencia que el personal encargado de esta labor cuenta con el entrenamiento necesario. 	
Estándar 135. Código: (GT6)	<p>La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:</p>	<p>No hay</p>
Estándar 136. Código: (GT7)	<p>En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.</p> <p>La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.</p>	<p>No Aplica</p>
Estándar 137. Código: (GT8)	<p>La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.</p>	<p>No Aplica</p>

Estándar 138 Código: (GT9)	<p>La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.</p>	
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO		
Estándar 139. Código: (GTMCC1)	<p>La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. • La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. 	

Actas de comité de compras	<p>Socializar las políticas adoptadas para el funcionamiento, monitorización y control de tecnologías a todos los responsables de su implementación para garantizar el uso correcto de los equipos.</p> <p>Realizar entrenamiento y pruebas de seguridad periódicas al personal responsable de manejo de tecnologías.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<p>E. Implementar y documentar el proceso para garantizar la seguridad del uso de la tecnología en la institución.</p> <p>I. Socializar a todos las áreas de la institución.</p> <p>R. Medir y evaluar el proceso para garantizar un mejor proceso de seguridad de la tecnología en la institución.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<p>E. Definir e implementar un plan estratégico de la Gestión de la Tecnología con fundamento en la Política definida, que integre las fases de planeación, gestión y evaluación; en el cual se definan las acciones concretas y articuladas para incorporación, monitorización, control y</p>										

	<p>E: Especificar y documentar en los diferentes procedimientos y protocolos de manejo clínico, las herramientas tecnológicas que son necesarias para cumplir con el buen uso de los equipos de las diferentes áreas de la institución.</p> <p>I. Socializar a las diferentes áreas de la empresa el adecuado uso y manejo de los equipos de tecnología en la institución.</p> <p>R. Hacer la evaluación y medición para garantizar el adecuado uso de los equipos.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<p>E. Implementar los procesos, manuales, modelos o protocolos de Mejoramiento continuo de la Calidad que permita de manera seria, constante, sistémica y organizada, contribuir para que se obtengan resultados positivos de los requerimientos del estándar en los procesos, trabajo en equipo y eficiencia.</p> <p>I. Socializar a las diferentes áreas de la institución.</p> <p>R. Realizar la evaluación y medición, para garantizar la mejora continua.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PROMEDIO												
SUMATORIA												
TOTLA ESTANDARES												

AUTOEVALUACION DE

ESTANDAR CODIGO	ESTANDAR	FORTALEZAS
ESTANDARES DE GERE		
Estándar 140. Código: (GI1)	<p>Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización. Esto incluye las necesidades:</p> <p>Crterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificadas en los procesos de atención. • Relacionadas con el direccionamiento y la planeación de la organización. • De asignación de recursos. <p>De docencia-servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación. • Salud pública. • Promoción y prevención. • Del paciente y su familia durante su atención. • Mejoramiento de la calidad. 	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital ya que cuenta con un proceso caracterizado de Gestión de la Información, plan estratégico de la información, se cuenta con una oficina para la orientación al usuario y unos canales de información transversal usuario entidad como son pagina web institucional, taquilla única documental, asociación de usuarios (actas de reuniones), línea telefónica, buzones de sugerencias y comunicación directa.</p>
	<p>Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye:</p>	

<p style="text-align: center;">Estándar</p> <p style="text-align: center;">141. Código: (G12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La identificación de las necesidades de información. • Un proceso de implementación basado en prioridades. • La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones. • Flujo de la información. • Minería de datos. Almacenamiento, conservación y depuración de la información. • Seguridad y confidencialidad de la información. • Uso de la información. • El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información. • Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información. • Cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta. • La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización. • Identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información. • Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Comparación con mejores prácticas. • Sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan. 	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital ya que cuenta con un proceso caracterizado de Gestión de la Información y con un plan estratégico de la comunicación.</p>
<p style="text-align: center;">Estándar 142. Código: (G13)</p>	<p>Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización garantiza el diseño y el seguimiento de protocolos por cumplir, en caso de variaciones observadas. 	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital, ya que cada líder del proceso detecta las variaciones no esperadas y se toman los correctivos.</p> <p>Se realizan reuniones de comités y grupos</p>

Est	<ul style="list-style-type: none"> • La organización tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar variaciones no esperadas. • Realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información. • Se hace énfasis en las decisiones para el mejoramiento continuo. • Las acciones se comunican a los colaboradores de los procesos relacionados para que se hagan parte del mejoramiento. 	<p>Se realizan reuniones de comités y grupos primarios.</p> <p>Contar con algunos procesos, manuales, guías y protocolos en los diferentes procesos del Hospital y contar con una programación de los comités y grupos primarias.</p>
Estándar 143. Código: (G14)	<p>La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los costos asociados. • El entrenamiento al personal. • Los aspectos éticos. • La relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc. 	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital, ya que se cuenta con una pagina web institucional que cumple con los requisitos de la ley 1712.</p> <p>Se cuenta en el hospital con los manuales o videos de manejo de los diferentes programas de XENCO con el plan estratégico de comunicación e información.</p>
Estándar 144. Código: (G15)	<p>Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La seguridad y la confidencialidad. • Acceso no autorizado. • Pérdida de información • Manipulación. • Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización. • Deterioro de todo tipo, de los archivos. • Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado. • Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso. • Existencia de Backus y copias redundantes de información. • Control documental y de registros. • Indicadores de seguridad de la información. 	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital, ya que se cuenta con una política de protección y tratamiento de datos personales.</p> <p>Programas de XENCO con la seguridad para el manejo.</p> <p>Carpetas con las Historias Laborales.</p> <p>Historias laborales bajo la custodia de la secretaria.</p>

Estándar 145. Código: (G16)	Existe un mecanismo definido, implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital, ya que se cuenta con la pagina web institucional para publicar información a la comunidad y de forma interna existen los correos institucionales en red y una carpeta - PUBLICA disponible para todos los funcionarios donde se sube información interna.</p> <p>Se cuenta con los manuales y videos de funcionamiento del los programas de XENCO</p>
	Criterios:	
	• Oportunidad.	
	• Facilidad de acceso.	
	• Confiabilidad y validez de la información.	
	• Seguridad. • Veracidad.	
Estándar 146. Código: (G17)	Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye:	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital, ya cuenta con el personal capacitado y con los equipos, para la transmisión de datos a los diferentes entes de control, personal interno y la comunidad mediante las diferentes plataformas digitales que les permita presentar una información veraz, oportuna , confiable y de calidad.</p> <p>Se cuenta con un proceso de gestión de la información y el plan estratégico de comunicación. Además de un manual de funciones y competencias donde se responsabiliza a los funcionarios con la información.</p> <p>Presentación de los certificados de que se</p>
	Criterios:	
	• La transmisión del dato.	
	• La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato.	
	• Los permisos asignados a cada responsable.	
	• La validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica. • La generación de información útil en los niveles operativos. • La evaluación de la calidad y coherencia de datos generados.	
Estándar 148. Código: (G18)	Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital, ya que se cuenta con los programas de Activos fijos, presupuesto, tesorería, contabilidad, historias clínicas,</p>
	Criterios:	

Estándar 147. Có	<ul style="list-style-type: none"> • Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con la organización. • La información consolidada está disponible para la comparación con respecto a mejores prácticas. • Existen indicadores a los que se hace seguimiento sistemático. • Los indicadores clínicos y operativos son divulgados, conocidos y utilizados por el personal directamente responsable. 	<p>facturación, cartera, nomina e inventarios</p> <p>Se tiene la forma de sacar la información de cada uno de los programas de Xenco y consolidarlos por paciente o por servicio asistencial que se presta en el hospital y esta información sirve para elaborar los indicadores y la toma de decisiones.</p>
	<p>La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orden. Legibilidad y concordancia clínico-patológica. • Claridad y actualización de los registros clínicos. • Adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos. • Auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos. 	

Estándar 148. Código: (G19)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantía de la custodia de los registros clínicos. • Unicidad de los registros clínicos para cada usuario. • Sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros clínicos. • Esquema del proceso de transición a historia clínica electrónica. • Sistemas de chequeo para evitar errores en la identificación de los usuarios. • Sistemas de alarma redundante para las condiciones que lo ameriten. • Procesos para la entrega de los resúmenes de historia clínica solicitados por las autoridades competentes o los mismos usuarios. • La organización garantiza que en los procesos de la gerencia de información es posible verificar si el usuario ha asistido previamente a la institución, en qué fechas, qué profesional lo ha atendido, qué exámenes se le han ordenado, etc. • Cuando se tenga un sistema mixto de registro de atenciones (electrónico y manual), se debe garantizar que haya un solo sistema de identificación del paciente, para que el contenido de las atenciones esté disponible para cualquier prestador y se le pueda hacer auditoría Integral al registro. 	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital, ya que se cuenta con programa o software de Historias clínicas digital el cual registra la información del paciente y se les realiza de forma trimestral a las programas de PyP Riego cardiovascular, control prenatal y crecimiento y desarrollo.</p>
Estándar 149. Código: (G110)	<p>Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información.</p>	
Estándar 150. Código: (G111)	<p>Le corresponde a la gerencia de la información incorporar en los sistemas informáticos o computarizados los contenidos de los registros definidos por la organización en los procesos de atención medica, así como en la gestión de medicamentos. Esto incluye mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de siglas o por confusión en las órdenes médicas.</p>	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital, ya que se cuenta con programa o software de Historias clínicas digital el cual registra la información del paciente</p>
ar 151.	<p>La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.</p>	

Estándar Código: (G112)	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con mecanismos para validar la información. 	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital, ya que se cuenta con los informes que se generan en los diferentes programas de XENCO y que sirven para la toma de decisiones y medir el cumplimiento de las metas institucionales.</p> <p>Garantizar que los informes que se manejen en los diferentes programas de Xenco sean veraces, oportunos, confiables y de calidad</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • La información es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.). • Se articula información clínica y administrativa. 	
Estándar 152. Código: (G113)	<p>Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.</p>	<p>No es una fortaleza si no un aspecto positivo del Hospital ya que cuenta con un proceso caracterizado de Gestión de la Información, plan estratégico de la información, se cuenta con una oficina para la orientación al usuario y unos canales de información trasnversal usuario entidad como son pagina web institucional, taquilla única documental, asociación de usuarios (actas de reubniones), linea telefonica, buzones de sugerencias y comunicación directa.</p>
ESTANDAR DE		
Estándar 153. Código: (G1MCC1)	<p>La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <p>El enfoque organizacional de la mejora continua.</p>	

**ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION
GERENCIA DE LA INFORMACION**

SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CALIFICACION			
		ENFOQUE			IMPLEMENTACION
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución

GERENCIA DE LA INFORMACION

<p>Proceso de Gestión de la información Plan estratégico de la información - PETI Pagina web institucional. Oficina de atención al usuario Taquilla única documental. Línea telefónica Actas de reuniones de asociación de usuarios Buzones de sugerencias.</p>	<p>Realizar una adecuada socialización a todo el personal de la institución de el proceso de gestión de la información y de los planes estratégicos con el fin de que se implemente</p> <p>Realizar evaluaciones y seguimiento periódico por parte de líder del proceso y de control interno al proceso de gestión de la información y presentar resultados ante la alta dirección</p>	2	2	1	1
	<p>Realizar una adecuada socialización a todo el personal de la institución de el proceso de gestión de la información y de los planes estratégicos con el fin de que se implemente</p>				

<p>Proceso de Gestión de la información Plan estratégico de la información - PETI Software de XENCO Procedimiento de copias de seguridad. Equipos computo y servidor para guardar copias de seguridad</p>	<p>Realizar evaluaciones y seguimiento periódico por parte de líder del proceso y de control interno al proceso de gestión de la información y presentar resultados ante la alta dirección. Fichas técnicas de indicadores elaboradas y analizadas</p>	2	1	1	1
<p>Algunos procesos caracterizados mediante documento escrito. Planes de mejoramiento. Cuadro de mando indicadores. Matriz de riesgo por proceso Guías y protocolos Actas de comités</p>	<p>Realizar una adecuada socialización a todo el personal de la institución de los procesos, manuales, guías y protocolos. Realizar reuniones de los comités donde se traten diferentes temas y analicen variaciones</p>				

	Elaborar los diferentes planes de mejoramiento y presentarlos a gerencia y control interno para realizar el seguimiento.	2	2	1	2
Equipos de computo. Red de sistemas Pagina web institucional. Sistemas de comunicación. Servidor.	Realizar una adecuada socialización a todo el personal de la institución de los procesos, manuales, guías y protocolos.				
	Realizar evaluaciones y seguimiento periódico por parte de líder del proceso y de control interno al proceso de gestión de la información y presentar resultados ante la alta dirección. Fichas técnicas de indicadores elaboradas y analizadas	2	2	1	1
Manual con la política de protección y tratamiento de datos personales. Software de XENCO. Historias laborales en físico. Inscripción de funcionarios en el SIGEP. Equipos con claves de seguridad.	Realizar una adecuada socialización a todo el personal de la institución de la política de protección y tratamiento de datos personales y del proceso de gestión de la información.				
	Realizar evaluaciones y seguimiento periódico por parte de líder del proceso y de control interno de la política de protección y tratamiento de datos personales y presentar resultados ante la alta dirección.	2	2	1	2

<p>Página web institucional. Programas de XENCO en red. Carpeta institucional denominada PUBLICA. Correos electrónicos. Medios impresos. Programas radiales</p>	<p>Realizar una adecuada socialización a todo el personal de la institución del manejo de los programas de XENCO y jornadas de capacitación. Actualización de forma periódica de la página web institucional.</p>				
<p>Proceso de gestión de la información. Plataformas digitales para el manejo de la información. Programas de XENCO. Manual de funciones y competencias de los servidores públicos. Certificados de rendición oportuna de información. Resolución de responsable de rendición de la información a los entes de control</p>	<p>Realizar una adecuada socialización a todo el personal de la institución de el proceso de gestión de la información y de los planes estratégicos. Entregar a cada uno de los usuarios de los programas de la clave de acceso y capacitarlo en el funcionamiento.</p>	2	1	1	1
	<p>Elaborar los indicadores del proceso y presentar el informe.</p>				2
	<p>Capacitar a los diferentes funcionarios en los programas de XENCO para que puedan sacar los informes necesarios y elaborar los indicadores de los procesos misionales.</p>				

Informes generados por los programas de XENCO
Fichas técnicas de indicadores y cuadro de mando.

Elaborar los indicadores de los procesos misionales y presentar el informe que permitan elaborar planes de mejoramiento.

2

2

1

2

Fortalecer la Capacitación a los diferentes funcionarios en el manejo de las historias clínicas

<p>Historia clínica digital. Informe de auditoría Riego cardiovascular, control prenatal y crecimiento y desarrollo. Planes de mejoramiento</p>	<p>Realizar auditorias internas a las historias clínicas por parte del personal medico</p> <p>Evaluar los resultados y retroalimentar</p>	2	1	1	2
	<p>Diseñar un plan de contingencia para el caso de perdida en la información</p> <p>Socializar el plan e implementar</p> <p>Evaluar la adherencia mediante auditoria y socializar los resultados</p>	1	1	1	1
<p>Historia clínica digital.</p>	<p>Realizar actualización del software</p> <p>Implementar la actualización mediante capacitaciones y asesoría al personal</p> <p>evaluar la adherencia a los cambios</p>	2	1	1	2
	<p>Capacitar a los diferentes funcionarios en los programas de</p>				

Informes generados por los programas de XENCO Fichas técnicas de indicadores y cuadro de mando. Planes de mejoramiento	XENCO para que puedan sacar los informes necesarios y elaborar los indicadores de los procesos				
	Realizar auditorias internas a la información generada por cada líder del proceso y por control interno. Generar los indicadores con base en la información presentada y que sirva para la toma de decisiones.	2	2	1	2
Proceso de Gestión de la información Plan estrategico de la inforación - PETI Pagina web institucional. Oficina de atención al usuario Taquilla unica documental. Linea telefonica Actas de reuniones de asociacion de usuarios Buzones de sugerencias.	Realizar una adecuada socialización a todo el personal de la institución de el proceso de gestión de la información y de los planes estratégicos con el fin de que se implemente				
	Realizar evaluaciones y seguimiento periódico por parte de líder del proceso y de control interno al proceso de gestión de la información y presentar resultados ante la alta dirección	2	2	1	1

MEJORAMIENTO

	Realizar plan de mejoramiento a los estándares Socializar el Plan de mejoramiento Institucional a los lideres d ellos procesos Evaluar y realizar seguimiento	1	1	1	1
--	---	---	---	---	---

--	--	--	--	--	--

							0
							0
							0

							0
							0

							0

							0
							0
							0

							0
							0
							0

0	0	0	0
---	---	---	---

**AUTOEVALUACION DE ESTANDARES
MEJORAMIENTO CO**

ESTANDAR CODIGO	ESTANDAR	FORTALEZAS
----------------------------	-----------------	-------------------

Estándar 154 Código: (MCC1)	Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual: Criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un enfoque sistémico. • Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación. 	Se viene trabajando en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en sus cuatro componentes, El pamec ha sido formulado con base en estándares de acreditación, riesgos, eventos adversos y seguimiento a indicadores.
Estándar 155 Código: (MCC2)	La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales. Criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo. 	

Estándar 156 Código: (MCC3)	<p>Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo. • Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. 	
Estándar 157 Código: (MCC4)	<p>Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran</p>	<p>Aspecto positivo</p> <p>Se realiza el reporte periódico de indicadores a las entidades administradoras de planes de beneficios y a los organismos de control</p>
Estándar 158 Código: (MCC5)	<p>Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas</p>	

**5 DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION
CONTINUO DE LA CALIDAD**

SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CALIFICACION CUANTITATIVA						
		ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RES	
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia

ESTANDARES DE MEJORAMIENTO

<p>Documento con la formulación del pamec, cronograma de la ruta crítica. Seguimiento a indicadores y planes de mejoramiento. Documentación de los eventos adversos y su gestión.</p>	<p>Realizar un plan para el mejoramiento de la calidad que cumpla con los requisitos establecidos en éstos estándares Implementar el plan y efectuar seguimiento</p>	2	2	1	2	1	1	1
	<p>Diseñar e implementar planes de mejoramiento a las oportunidades de mejoramiento priorizadas de conformidad a la metodología de Acreditación Implementar el plan y efectuar seguimiento</p>	1	1	1	1	1	1	1

	Adecuar la monitorización de las acciones preventivas, correctivas y de mejoramiento a lo solicitado por los estándares de Acreditación Implementar y realizar seguimiento	1	1	1	1	1	1	1
Reportes de indicadores	Adecuar la comunicación de las acciones preventivas, correctivas y de mejoramiento a lo solicitado por los estándares de Acreditación	2	1	1	2	2	1	1
	Establecer mecanismos para que el resultado del mejoramiento de la calidad sea sistemáticamente socializado, introyectado en cada proceso y que se mantenga en el tiempo.	1	1	1	1	1	1	1
TOTLA								

