



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ANEXO TÉCNICO N°. 1

HOJA No. 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

MANUALES DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS.....	2
MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIAS.....	71
MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIAS.....	122
MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LOS LABORATORIOS CLÍNICOS.....	202
MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA.....	284
MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS DE SALUD DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN.....	369

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

1

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS

(ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO, ENTIDADES ADAPTADAS Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA)

El manual de estándares de acreditación para EPS, ARS, y empresas de medicina prepagada, como su nombre lo indica, presenta los lineamientos instrumentales que guiarán el proceso de acreditación para dichas instituciones. Se constituye este manual en pieza fundamental para las instituciones que pretendan adelantar procesos de mejoramiento continuo de calidad, a los evaluadores del proceso y los profesionales en salud en general.

Los procesos objeto de la acreditación.

Es importante mencionar, antes de presentar los estándares, y dadas algunas particularidades que diferencian entre sí a las Empresas Promotoras de Salud, las Administradoras de Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada, se hará referencia explícita cuando un estándar no aplique a una de estas organizaciones o cuando se redacte un estándar específico para alguna de estas. Lo anterior no significa que el resto de estándares de una determinada sección dejen de aplicar en los casos anteriormente mencionados.

Afiliación y Activación de Derechos: se analizan tres grandes tópicos

- El primer tópico es la **Información** que la EPS brinda al ciudadano como pilar fundamental para la toma acertada de las decisiones del mismo.
- El segundo tópico son las actividades de **Registro y Afiliación** del ciudadano que ha decidido, con base en la información suministrada por la EPS, afiliarse a una determinada organización.
- El tercer tópico es el **Recaudo**, donde es importante que la organización describa cuáles son las actividades de educación al empleador y cotizante para identificar y corregir los riesgos potenciales de una no atención al cliente debido a una inadecuada liquidación de aportes.

Planeación de la Atención. Esta planeación de actividades se realiza de acuerdo con información captada del propio cliente y genera:

- Identificación de grupos de riesgo.
- Perfiles de esos grupos.
- Planeación a futuro de actividades de promoción y prevención.
- Identificación y planeación de actividades de educación, promoción y prevención.

Red de servicios, la cual provee el soporte al cliente para la resolución de sus necesidades.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

Contacto del cliente con los prestadores**Acciones permanentes en el tiempo**

Direccionamiento: es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización.

Gerencia: es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.

Recursos humanos: se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.

Sistema de información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.

Ambiente físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

Cada uno de los estándares mencionados anteriormente cuenta con una particularidad en común: el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes a todas las secciones de estándares e idénticos. Este proceso, que parte desde su planeación misma, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades y su puesta en marcha, con su correspondiente evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el Sistema Único de Acreditación, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en documentos técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen unos enfoques y se cuente con evidencia y soportes que permitan a la propia organización y al público en general constatar su compromiso con las labores de calidad.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE AFILIACIÓN Y ACTIVACIÓN DE DERECHOS**PROPÓSITO**

La libertad de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud para elegir la EPS (ARS) encargada de ofrecer los servicios de salud requeridos, pretende garantizar la eficiencia del sistema y favorecer el acceso a los servicios de salud al incentivar la competencia por calidad, esto debido a que el afiliado al tener la posibilidad de trasladarse, las EPS (ARS) se ven forzadas a planear sus servicios de salud con base en las necesidades de sus afiliados, garantizando oportunidad y calidad técnica en los servicios, para fidelizar a la población.

Por este motivo, la capacidad de las personas para ejercer su derecho de libre elección se convierte en pieza fundamental del sistema de calidad enfocado al cliente, y el acceso a la información necesaria para ejercer este derecho debe ser promovido por las EPS (ARS) por medios claramente entendibles de acuerdo con el perfil de los diferentes tipos de personas potenciales afiliados, garantizando amplia cobertura.

El proceso de afiliación a una EPS (ARS), que consta del proceso comercial y el proceso de registro, es el primer contacto del potencial afiliado con la organización, donde debe recibir una información básica en cuanto a deberes y derechos, conformación de la red de prestadores y forma de operar el sistema (acceder a los servicios), de manera que la elección de EPS (ARS) se ajuste a sus necesidades particulares.

Así mismo, la viabilidad financiera del sistema depende en gran medida del uso adecuado de los servicios disponibles, la oportunidad y honestidad en los aportes y la conformación adecuada de grupos familiares, por lo que se hace indispensable que el potencial afiliado conozca sus deberes y posibles sanciones a que se enfrenta en caso de un mal uso de los servicios, así como el derecho de servir de veedor a los aportes que realiza su empleador o entidad de pensiones para garantizar el derecho a la utilización de servicios.

Este proceso, a su turno, debe garantizar que una vez registrado como afiliado tiene asegurado el cubrimiento de sus riesgos en salud, acorde con sus derechos definidos en la ley.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.A. La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los deberes que tendrá como afiliado de forma tal que:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las sanciones por utilizar información falsa o por facilitar la suplantación en la utilización de servicios ▪ La forma y contenido de la información debe contemplar el ser fácilmente entendible al usuario de acuerdo con su nivel de comprensión o educación. 						
Estándar I.1.B. La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los derechos que tendría como afiliado de forma tal que:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenga concordancia con los contenidos legales vigentes del sistema y explique los derechos adicionales que le brinda esta institución. ▪ Incluya explicación sobre la red de atención contratada y los derechos no implican obligaciones infinitas. ▪ La forma y contenido de la información debe contemplar el ser fácilmente entendible al usuario de acuerdo con su nivel de comprensión o educación. 						
Estándar I.1.C. La organización provee información al cliente sobre su responsabilidad en la conformación del grupo familiar y los criterios que deben cumplir sus familiares para ser beneficiarios. El afiliado comprende sus derechos y las sanciones a que se expone por una conformación irregular. ¹						
Para el caso específico de las ARS						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso para verificar e informar al ente territorial en caso de conformaciones familiares inadecuadas o familias fraccionadas. 						
Estándar I.1.D. La organización cuenta con un proceso para proveer información a los afiliados sobre cotizaciones, este proceso:²						

¹ Este estándar específico no aplica para las Empresas de Medicina Prepagada. El resto de estándares de esta sección aplican en su totalidad.

² Este estándar específico no aplica para las ARS, el resto de estándares SI aplica.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ A todos los afiliados se les informa sobre las consecuencias, sanciones, multas o causales de no atención derivadas de una falla en la cotización inherente al afiliado o al patrono. ▪ Se evalúa para conocer el nivel de la comprensión y la utilidad de la información entregada tanto a pensionados como independientes y empleados dependientes. ▪ A los empleadores, cuando es pertinente, se les da información sobre sus obligaciones y derechos, y sobre los lugares y métodos en donde conseguir apoyo adicional. 						
Estándar I.1.E. El usuario cuenta con la información acerca de la conformación de la red de prestadores tanto en su ciudad como en otras regiones del país. Lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de acceso a los servicios (puerta de entrada urgencias, consultas) y sus posibilidades de elección ▪ Los servicios que brinda cada uno de estos prestadores según sus niveles de complejidad ▪ La localización de cada uno de los prestadores 						
Estándar I.1.F. La organización cuenta con un proceso para proveer al usuario con información sobre el uso de servicios. Lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuál es el proceso administrativo de solicitud y obtención de citas ▪ Cómo es el proceso para la obtención de medicamentos ▪ Cómo se realiza el acceso a los servicios en regiones donde la EPS no tenga red de prestadores ▪ Cómo se tramitan las licencias de maternidad e incapacidades 						
Estándar I.1.G. La organización provee información al usuario sobre los servicios institucionales, lo cual incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Localización geográfica de sus oficinas. ▪ Personal clave de contacto según la necesidad a tratar (incluyendo teléfonos, fax, e-mail, direcciones correo). ▪ Horarios de atención. 						
Estándar I.1.H. La EPS garantiza que el usuario entienda y conozca los valores mínimos y máximos de los copagos y cuotas moderadoras y los servicios que son sujetos a dichos pagos						
Estándar I.1.I. La organización provee información básica al usuario referente a los planes de beneficios, incluyendo:						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exclusiones al POS. ▪ Los períodos de carencia. ▪ Los períodos mínimos de cotización. ▪ Los medicamentos incluidos. ▪ El manejo de las prestaciones económicas. 						
<p>Estándar I.1.J. La organización provee al usuario información acerca de cómo realizar una queja, el personal clave que se ha de contactar, los tiempos de resolución y la forma de responder.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>Estándar I.1.K. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de afiliación y activación de derechos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. <p>El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.</p>						
<p>Estándar I.1.L. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p> <p>Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. <p>Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar I.1.M. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar I.1.N. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

REGISTRO Y AFILIACIÓN.**PROPÓSITO**

El proceso de registro (como parte de la afiliación a la EPS) es el mecanismo por el cual la información básica del nuevo afiliado y su grupo familiar se ingresa a las bases de datos de la organización. La información capturada debe cumplir los requisitos legales y debe permitir a la organización la adecuada identificación de los usuarios del sistema y sus respectivos beneficios, de manera que al momento de hacer uso de los mismos no se presenten limitaciones de acceso por deficiencias en las bases de datos que impidan realizar una correcta validación de derechos.

En su función de administrador de recursos del sistema general de seguridad social, la EPS debe garantizar que la calidad de la información de los afiliados y sus beneficiarios, le permita realizar adecuadamente el proceso de compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía y obtener la UPC que garantiza la atención de los afiliados que se encuentren al día en sus pagos. En el caso de las ARS, la buena calidad de la información es indispensable para la formalización de contratos con los entes territoriales y la carnetización de los beneficiarios.

Simultáneamente, la información capturada debe permitir el conocimiento del perfil de la población usuaria, sus riesgos de salud y los requerimientos básicos de salud, con el cual se pueda llevar a cabo el proceso de planeación de la red de prestadores y de la atención, y el desarrollo de actividades de promoción y prevención.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. <p>Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 	
<p>Estándar I.2.E. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 	
<p>Estándar I.2.F. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 	

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

RECAUDO**PARA EPS:**

El proceso de autoliquidación de aportes es el mecanismo por el cual el cotizante independiente, el empleador o la entidad de pensiones realizan los aportes o cotizaciones de ley a través de la EPS, reportan las novedades administrativas (incapacidades, licencias, retiros, etc. y actualizan la información básica del afiliado.

El adecuado manejo de los formatos (magnéticos o físicos) por parte de los cotizantes y la EPS garantiza que se identifiquen correctamente los derechos de cada afiliado y no se limite el acceso a los servicios por error en la información.

De acuerdo con las revisiones efectuadas en varias EPS, los errores en el diligenciamiento de formatos de autoliquidación son la primera causa de negación equivocada de servicios por fallas administrativas. Por este motivo, los esfuerzos realizados en materia de capacitación a los cotizantes benefician directamente el acceso de los usuarios al servicio.

Debido a que las EPS deben suspender servicios programados en caso de mora de los aportes y cancelar la afiliación al completar seis meses de mora, con implicaciones sobre la antigüedad en el sistema, la mora en la realización de aportes puede representar riesgos importantes para los afiliados al limitar su acceso y oportunidad de servicios. Por este motivo, las EPS deben contar con procesos estandarizados de seguimiento de los aportes y de reporte de la mora al usuario, y en los casos pertinentes al empleador, de tal manera que este pueda exigir a su empleador la realización de aportes en forma oportuna.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.3.A. La EPS evalúa y ajusta sus procesos de capacitación al empleador y cotizante, y para identificar y corregir los riesgos potenciales de una no atención al usuario debido a una inadecuada liquidación de aportes. Así mismo, tiene controles para evitar fraudes o pagos incompletos³.						
Estándar I.3.B. La EPS cuenta con procesos estandarizados para adelantar actividades de concertación, capacitación y seguimiento de las entidades recaudadoras, y para identificar y corregir los riesgos potenciales de una no atención al usuario debido a una inadecuada liquidación de aportes.⁴						
Estándar I.3.C. La EPS cuenta con procesos para proveer información y evaluar su impacto a empleados y empleadores sobre los procesos de autoliquidación, lugares de recaudo y explicación de trámites que se han de seguir. Así mismo, para promover la legalidad de los aportes y las sanciones en caso de fraude.⁵						

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.3.D. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de recaudo						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

³ Para el caso específico de las Empresas de Medicina Prepagada se reemplaza las palabras "empleador y cotizante" por la de "aportante" y "liquidación de aportes" por "pagos".

⁴ Este estándar no aplica para el caso de las Empresas de Medicina Prepagada.

⁵ Para el caso específico de las Empresas de Medicina Prepagada se reemplaza las palabras "empleados y empleadores" por la de "aportante" y "autoliquidación" por "pagos".

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
<p>Estándar I.3.E Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo. <p>Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar I.3.F. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Estándar I.3.G. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

PARA ARS:

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.3.H. La ARS verifica, cuantifica y aplica correctivos en los casos que su sistema de información no provea los recursos necesarios, en el tiempo requerido, para el adecuado cobro de los aportes a los entes territoriales con los cuales tiene firmados contratos de afiliación.						

Los estándares mencionados en la sección específica para EPS desde el I.3.D hasta el I.3.G también aplican para las ARS.

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROPÓSITO

Dentro de las funciones de las EPS - ARS se encuentran la promoción de la salud y el manejo del riesgo de enfermar de sus afiliados, y la organización de la prestación de servicios de salud. Para ello requieren conocer las características de su población y perfil de uso de servicios, de forma que la red de prestadores responda a estos objetivos.

Existen enfermedades crónicas, así como riesgos de enfermedades futuras que son susceptibles de manejar y que si no tienen un adecuado manejo pueden acarrear complicaciones importantes. Así mismo, condiciones como el embarazo o características como edad y género conllevan mayores riesgos de enfermar. Una EPS (ARS) que tiene información acerca de las características de su población y conoce sus necesidades puede intervenir para disminuir estos riesgos, al identificar los afiliados que requieren actividades preventivas y de educación, y facilitar el acceso a los diferentes programas.

La participación activa de los prestadores es fundamental en el logro de este objetivo, por lo tanto, la coordinación que realice la EPS para mantener informados y motivados a los profesionales vinculados a los diferentes programas, debe garantizar el impacto esperado.

Por este motivo, dentro del sistema de calidad debe establecerse un seguimiento estricto de las actividades de planeación, implementación y mejoramiento de los programas de salud, de manera que su estructura y operación respondan en forma permanente a las necesidades identificadas.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar II.1. La EPS recolecta y procesa, para todo afiliado o beneficiario de su organización, una información básica sobre el estado de salud al momento de la afiliación o durante su contacto posterior con la EPS, tomando como fuente misma al usuario.						
Estándar II.2. La información recolectada anteriormente lleva a la descripción e identificación de grupos de riesgo poblacionales. Las personas o núcleos familiares incluidos en esos grupos comparten una serie de características comunes en estados de salud o factores de riesgo sobre su salud que generan procesos y programas especiales de atención.						
Estándar II.3. La EPS planea y conforma su red con base en los hallazgos de los análisis de riesgo de su población (es decir mas allá del número de afiliados y su localización) y establece mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de Educación, Promoción y Prevención.						

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar II.4. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de afiliación y activación de planeación de la atención						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar II.5. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia 						

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

RED DE SERVICIOS

PROPÓSITO

La libertad de elección del prestador por parte del usuario es un estímulo para la eficiencia del sistema de salud como un todo, al fomentar la calidad, sin embargo, la complejidad técnica de los servicios que se ofrecen dificulta que el usuario común tenga la capacidad de elegir bajo este criterio.

Por esta dificultad técnica en el análisis de la calidad, la legislación colombiana delegó en las EPS (ARS) la responsabilidad de conformar una red de acuerdo con criterios técnicos, sobre los cuales el afiliado puede elegir el prestador que se acomode a sus necesidades.

Así, la EPS (ARS) debe conformar una red suficiente e idónea para los servicios ofrecidos de manera que garantice a sus afiliados adecuada calidad, facilidad de acceso y oportunidad de los servicios que recibe. Para ello, debe contar con procesos de selección que evalúen las condiciones técnicas de los profesionales que inscribe, las características personales que se adapten a las políticas de la organización y actitud de servicio; así mismo, debe llevar a cabo procesos de inducción, capacitación y monitoreo de la calidad de servicio prestada por esta red y realizar los correctivos requeridos.

La motivación de los profesionales que prestan sus servicios a través de la EPS (ARS) y la identidad con las políticas de calidad de la organización son factor clave en la satisfacción de los afiliados al recibir el servicio, por lo tanto, se debe contar con programas de trabajo conjunto con los prestadores que permitan identificar dificultades para ser corregidas.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar III.1. La organización cuenta con un proceso que permanentemente permite planear y redimensionar las necesidades de su red (cantidad, tamaño y características) de prestadores de acuerdo con:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de afiliados (demanda potencial). ▪ Las necesidades de los usuarios, de acuerdo con los servicios contenidos en el POS y de acuerdo con la información recolectada según el estándar II.1. y los grupos de riesgo identificados en el estándar II.2. ▪ La localización geográfica de sus usuarios. 						
Estándar III.2. La EPS selecciona sus prestadores de acuerdo con una serie de criterios explícitos diseñados para tal fin, entre los que se cuentan:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para las organizaciones de salud: Un proceso que garantiza que no se contrata a ningún prestador que no cumpla con las condiciones de habilitación. ▪ Para los profesionales independientes: un proceso para verificar la información en términos de tiempos de entrenamiento, experiencia laboral y títulos obtenidos. ▪ Indicadores de desempeño o calidad técnica. 						
Estándar III.3. Al momento de la contratación de los prestadores de servicios se identifican los siguientes criterios. Estos deben ser garantizados en caso de que la contratación se haga con entidades de una red propia						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condiciones de la atención en salud, se conciertan los protocolos de manejos (si existen) y los procesos de autorización de servicios, las formas de facturación y las condiciones de auditoría. ▪ Se hace un proceso de análisis y concertación sobre la tecnología a emplear y se evalúa la pertinencia y la costo efectividad de la misma ▪ Los sistemas de evaluación de desempeño de los prestadores, entre los cuales se debe incluir la calidad técnica del servicio y la satisfacción del usuario. Las demás formas de evaluación de desempeño serán definidas y concertadas entre las dos partes. ▪ Deberes y derechos de los prestadores hacia la EPS. ▪ Proceso para protestar una decisión o solicitar una segunda opinión. 						
<p>Estándar III.4. La EPS debe garantizar a sus prestadores, una vez contratados, un proceso de inducción y mantenimiento de información sobre tópicos relacionados con:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué se espera de los prestadores durante el proceso de atención al usuario. ▪Cuál es la filosofía de la EPS frente al usuario. ▪ Los procesos organizacionales y/o planes de desarrollo de la EPS que soportan e impactan sobre la atención de los usuarios. ▪ Los derechos y deberes de los usuarios y el proceso que se ha de seguir en caso de no autorizar servicios. 						
<p>Estándar III.5. Existen planes de calidad entre las EPS y las IPS frente a los servicios a brindar a los usuarios. Estos planes deberán:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar acordados por las dos partes y descritos dentro del contrato. ▪ Contar con estándares mínimos de calidad para brindar por parte de los prestadores y de verificación por parte de las EPS frente a los servicios que se van a contratar. 						
<p>Estándar III.6. La EPS cuenta con un sistema periódico de monitoreo de la satisfacción del usuario frente a:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El grado de satisfacción del usuario con los servicios recibidos de parte de los prestadores. ▪ El grado de satisfacción del usuario con los servicios recibidos del personal de la EPS. ▪ El grado de satisfacción de los prestadores con la EPS 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar III.7. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la red de servicios						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar III.8. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. <p>Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar III.9. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar III.10. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. <p>Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

CONTACTO CON PRESTADORES**PROPÓSITO**

El artículo 49 de la Constitución Política de Colombia garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y entrega al Estado la responsabilidad de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud, conforme a principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Es así como el Estado delega en las EPS-ARS la organización de la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud con cargo a la unidad de pago por capitación. Corresponde entonces a las EPS (ARS) garantizar el acceso a los servicios de salud contenidos en dicho plan, con criterios de eficiencia (calidad y costo) y efectividad (impacto en las condiciones de salud).

La Gerencia de Utilizaciones (salud administrada) implica contar con un sistema de autorización de servicios apoyado en información, que sin limitar el acceso a los servicios garantice su racionalidad y efectividad. Su implementación debe guardar el equilibrio necesario para satisfacer las necesidades de sus afiliados y simultáneamente orientar el correcto uso de los beneficios de acuerdo con la reglamentación vigente.

Dada la complejidad de las variables existentes en el proceso de autorizaciones, el perfil y entrenamiento de los funcionarios encargados de autorizar los servicios deben garantizar capacidad de análisis, solución de problemas y actitud de servicio, de manera que el usuario comprenda claramente las razones que llevan a una negación o a una autorización parcial.

Solicitud de servicios y validación de derechos.**PROPÓSITO**

La organización de servicios de salud, con criterios de eficiencia y las restricciones contenidas en la reglamentación vigente, obligan a las EPS (ARS) a que en el momento en que el usuario solicite servicios de salud, realicen procesos de validación de derechos de acuerdo con la antigüedad en el sistema; condición de pensionado, trabajador cotizante o beneficiario; oportunidad en los pagos de aportes al sistema o servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Sin embargo, este proceso de validación no se debe limitar al acceso a los servicios de usuarios con derechos y en caso de existir limitaciones legales para la atención se debe brindar información y orientación al usuario sobre la mejor forma de recibir la atención requerida o solucionar los problemas existentes.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.1.A. La organización cuenta con un proceso sistemático para tramitar y dar respuesta a las solicitudes de servicios de los usuarios. Este sistema						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe tener un responsable definido ▪ Debe contemplar atención las 24 horas y permitir que se hagan solicitudes por diferentes medios según el tipo de usuarios (de manera presencial o a distancia). 						
Estándar IV.1.B. La institución cuenta con un sistema de información formal que permita:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los usuarios de la EPS, los beneficios a los que tiene derecho, sus restricciones de uso de servicio. ▪ Tendencias de uso de servicios por usuario. 						
Estándar IV.1.C. La organización cuenta con un proceso para la toma de decisiones de las autorizaciones, el cual:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene en cuenta los acuerdos realizados en el momento de contratar con los prestadores, y además incluye una serie de algoritmos basados en evidencia clínica para las entidades y casos más frecuentes, que ayudan a la decisión de acuerdo con la presentación del paciente. ▪ Personal específicamente entrenado en el proceso. ▪ Proceso para informar al paciente, la decisión tomada y para explicar otras opciones existentes dadas las condiciones del mismo. ▪ Segundas instancias para dirimir casos complicados o de difícil decisión. 						
Estándar IV.1.D. La organización cuenta con un proceso para identificar los usuarios que tienen restricciones al uso de servicios, incluye:⁶						

Con formato: Sin Resaltar

⁶ Para el caso específico de las Empresas de Medicina Prepagada hace mención a la información consignada en la póliza o contrato.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las causas relacionadas con actividades No – POS. ▪ Períodos Mínimos de Carencia. ▪ No pago de cotizaciones ▪ Períodos de traslado. ▪ Beneficiarios adicionales que generen restricción. 							
<p>Estándar IV.1.E. La organización cuenta con un sistema de revisión y seguimiento de servicios negados a los usuarios, por causa de negación.</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>						

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>Estándar IV.1.F. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de solicitud de servicios y validación de derechos</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. <p>El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</p>						
<p>Estándar IV.1.G. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<p>Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores.</p> <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <p>Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar IV.1.H. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar IV.1.I. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

MONITORIZACIÓN DEL CONTACTO DEL USUARIO CON LOS PRESTADORES**PROPÓSITO**

La oportunidad y facilidad de acceso a los servicios, en especial los de primer nivel de atención (o puerta de entrada), han sido identificados como aspectos prioritarios para el usuario. Así mismo, la calidez y el respeto de los prestadores son factores de alto impacto en la satisfacción de los usuarios.

Siendo las EPS (ARS) empresas de servicios en las que su producto es la atención médica, la satisfacción de los clientes en el momento de recibir esa atención por parte de los prestadores de servicios constituye el elemento principal del sistema de calidad. Por este motivo, el sistema de calidad centrado en el cliente debe dar prioridad a los aspectos de la atención y monitorizar en forma permanente la satisfacción de sus afiliados en el momento del contacto con los prestadores, con objeto de identificar oportunidades de mejoramiento.

Este punto tiene una clara relación con lo que se definió en la planeación de la atención y conformación de la red, así como con los acuerdos a los que se llegó durante el proceso de contratación de prestadores.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.2.A. La organización tiene definidos estándares para la oportunidad del acceso a los servicios contemplados dentro del plan de beneficios.						
Estándar IV.2.B. La EPS cuenta con un sistema de monitorización permanente para identificar las causas de no atención o de falta en la oportunidad al usuario en un prestador de servicios						
Estándar IV.2.C. La EPS verifica el trato y el servicio que sus afiliados reciben, lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. ▪ Esta privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. ▪ Se explica claramente el problema y el tratamiento planteado. 						
Estándar IV.2.D. La EPS cuenta con un sistema para evitar las suplantaciones y demás prácticas ilegales, en el contacto de los usuarios con los prestadores.						
Estándar IV.2.E. La EPS cuenta con un sistema de recolección y trámite de quejas de sus afiliados, bien sea por la atención en la EPS o en alguna de las IPS que hacen parte de la red de prestación.						
Estándar IV.2.F. La organización evalúa periódicamente la satisfacción del usuario con la calidad del servicio en las IPS y del apoyo prestado en la EPS en la coordinación de dicho contacto.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.2.G. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de monitorización del contacto del usuario con los prestadores						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar IV.2.H. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo. ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar IV.2.I. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar IV.2.J. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. <p>Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

AUDITORÍA**PROPÓSITO**

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Las EPS deben establecer acciones y mecanismos que permitan evaluar en forma previa las acciones y mecanismos utilizados por las instituciones prestadoras de servicios de salud para autocontrolar los estándares e indicadores de calidad de los procesos prioritarios de prestación de servicios, definidos en forma conjunta para ser recibidos por los afiliados a la EPS. Deberán precisar en forma clara el proceso de seguimiento y monitoreo de las acciones y mecanismos de auditoría implementados por las instituciones prestadoras de servicios, al igual que las acciones y mecanismos para utilizar en caso de presentarse eventos no previstos o de no acuerdo en lo pactado previamente.

La auditoría externa se realiza bajo el prototipo del control de segundo orden. Constituye un tipo de control que promueve auditar lo auditado, es decir, evaluar el autocontrol efectuado por las organizaciones. Su objetivo consiste en permitir que las instituciones mejoren su desempeño ya que se logran los resultados deseados promoviendo el buen funcionamiento de las organizaciones y fortaleciendo la actividad primaria de control (autocontrol y auditoría interna). Su implementación requiere pasar de relaciones estratégicas de dominación, a relaciones comunicativas de alineamiento de intereses. Estas son relaciones basadas en el respeto mutuo, en las que cada parte reconoce el valor de la contribución al otro y por lo tanto está dispuesta a conversar y a negociar; su condición esencial es la actitud de diálogo.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.3.A. La EPS tiene identificada una serie de eventos de atención o patologías, con una serie de criterios explícitos, que una vez ocurridos llevan a realizar procesos de auditoría en el interior del prestador.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos criterios incluyen las generalidades del proceso de la atención, así como los pasos que se han de seguir en excepciones. ▪ Estos criterios son tenidos en cuenta desde los compromisos adquiridos en el momento de la contratación. 						
Estándar IV.3.B. De las labores de auditoría se tienen registros que señalan las causales que motivaron la realización de la auditoría, los hallazgos de la misma y un plan que se ha de seguir acordado por los actores involucrados.						
Estándar IV.3.C. La organización cuenta con un sistema de información que permita monitorear la sobreutilización de servicios por parte de prestadores y usuarios.						
Estándar IV.3.D. La EPS cuenta con un proceso de conformación de comités de pares externos para la revisión de casos clínicos que tengan un resultado adverso o que haya de por medio un proceso legal que necesite un concepto experto.						

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.3.E. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de auditoría						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. <p>El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Estándar IV.3.F. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
Estándar IV.3.G. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.						
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.						
Estándar IV.3.H. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**PROPÓSITO**

La integralidad y continuidad de la atención desarrolla el papel de coordinación de la EPS frente a sus afiliados para que estos accedan a diferentes prestadores cuyo trabajo en conjunto sea necesario y complementario dentro de un mismo proceso de atención, con el fin de lograr un objetivo propuesto en un tratamiento, bien sea en un momento específico o durante un período de tiempo.

Gran parte de los problemas de calidad en la atención resultan de la fragmentación de los servicios, sin embargo, la atención médica requiere un trabajo multidisciplinario y diferentes niveles de complejidad que exigen excelentes mecanismos de comunicación y coordinación entre prestadores y EPS (ARS). Si no se garantizan procesos que permitan el flujo de información entre los diferentes profesionales e instituciones prestadoras se tiende a presentar duplicidad en el uso de medios diagnósticos y terapéuticos aumentando el riesgo de complicaciones médicas y la insatisfacción de los usuarios de los servicios.

La EPS (ARS) como responsable de la organización de los servicios de salud debe garantizar la coordinación y flujo de información médica entre los diferentes prestadores que atienden un mismo paciente o la continuidad de la atención en caso de que determinado prestador no se encuentre disponible en un momento dado, de manera que los usuarios reciban una atención similar y apropiada para sus condiciones de salud.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.4.A. La organización cuenta con un proceso que surja de la información contemplada en los planes de egreso o solicitudes de servicios, de los usuarios tratados en las diferentes IPS, para garantizar una continuidad e integralidad en la prestación de servicios de salud en un momento dado. Esta información incluye, además, la de servicios o atenciones ambulatorias.						
Estándar IV.4.B. La organización cuenta con un proceso para asegurar la integralidad y disponibilidad de acceso a las historias clínicas de sus afiliados en todos los niveles de su red de atención, evitando así las duplicaciones o las informaciones incompletas que puedan producir problemas de calidad.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este proceso es conocido por los prestadores ▪ Cuenta con un responsable en la EPS ▪ Garantiza que la información producida "fluya" y se almacene correctamente 						
Estándar IV.4.C. Existe un responsable organizacional para garantizar las labores de integralidad y continuidad.						
Estándar IV.4.D. La organización cuenta e integra los protocolos farmacéuticos y sus centros de despacho de medicamentos a las labores de continuidad e integralidad. Este proceso incluye la evaluación de la calidad de los medicamentos entregados y en que grado están completas las prescripciones.						
Estándar IV.4.E. La organización cuenta e integra los centros prestadores de servicios de laboratorio y de complemento diagnóstico (rayos X, imagenología) a las labores de continuidad e integralidad, y se hace un proceso formal de selección de la tecnología a emplear.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.4.F. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de integralidad y continuidad de la atención						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados. 						
Estándar IV.4.G. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo. ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>Estándar IV.4.H. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 							
<p>Estándar IV.4.I. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 							

HOJA No.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ACCIONES PERMANENTES EN EL TIEMPO**PROPÓSITO**

Como se mencionó anteriormente, dentro de las funciones de las EPS (ARS) se encuentra la responsabilidad de promover la salud, controlar y manejar el riesgo de enfermar de sus afiliados, y la organización de la prestación de servicios de salud. Estas actuaciones obligan a las EPS (ARS) a realizar actividades permanentes en el tiempo que garanticen que el afiliado puede acceder fácilmente a los servicios de salud brindados por la red de prestadores en caso de requerirlos, y la generación y administración de un conjunto de procesos educativos y preventivos para mantener y mejorar las condiciones de salud de sus usuarios.

Estas acciones deben ser planeadas y adelantadas por la EPS por iniciativa propia, independientemente de que el usuario use con mucha frecuencia la red de prestadores, y puede implicar la inducción de la demanda de servicios con objetivos muy claros. El sistema de calidad debe monitorear que estas actividades se lleven a cabo y que se evalúe permanentemente su efectividad a través de indicadores de acceso y perfiles de morbilidad.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar V.1.A. La EPS provee periódicamente, durante el tiempo que el usuario permanezca como afiliado, información sobre cambios en la conformación (ingresos o egresos) de la red de prestadores o de la legislación vigente en temas que lo afecten.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización tiene en cuenta las características de los evaluados para preparar y particularizar esta información ▪ Se evalúa el impacto y el entendimiento de la información entregada 						
Estándar V.1.B. En concordancia con la planeación de la atención realizada, y con base en los grupos poblacionales de riesgo, más allá de la normatividad vigente la EPS realiza un conjunto sistemático de actividades de prevención y promoción para las principales entidades de salud según las particularidades de sus afiliados, teniendo en cuenta criterios de frecuencia de presentación, severidad, etc. Para esto:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrolla o adapta guías específicas de atención para dichos grupos. ▪ Planea y ejecuta los resultados de estas actividades. ▪ Evalúa el impacto generado en sus afiliados mediante el uso de indicadores trazadores. 						
Estándar V.1.C. La organización cuenta con un proceso periódico de planeación de actividades de Educación, Promoción y Prevención mas allá de su obligación legal y con base en los diferentes grupos de riesgo identificados						
Estándar V.1.D. La organización realiza actividades de capacitación permanente a sus usuarios en:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos saludables de vida. ▪ Detección temprana de riesgos de patologías prioritarias. ▪ Guías o protocolos para seguir en caso de presencia o detección temprana de factores de riesgo. ▪ Uso de servicios para el adecuado diagnóstico y tratamiento. 						
Estándar V.1.E. La EPS comunica a su red los hallazgos de los análisis de riesgo de su población y establece mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de educación, promoción y prevención.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar V.1.F. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de acciones permanentes en el tiempo						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar V.1.G. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo. ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Estándar V.1.H. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
Estándar V.1.I. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

FUNCIONES DE APOYO**DIRECCIONAMIENTO.****PROPÓSITO**

Se evalúa la importancia que da la institución al desarrollo de la capacidad de liderazgo en todos los niveles y la participación directa de la alta dirección como líder y responsable principal de la creación y mantenimiento de un direccionamiento estratégico claro y visible, que sirva de guía al trabajo diario del equipo humano y actúe como promotor de un proceso permanente de mejoramiento, buscando dar una respuesta más efectiva a los usuarios, otros clientes y la comunidad.

El compromiso y el ejemplo impartido por la alta dirección (junta directiva, gerentes y directores de áreas funcionales) en la construcción de una cultura de calidad en la organización es lo que garantiza el éxito de la implementación de políticas y el cumplimiento de objetivos y metas previamente definidos. Así mismo, la claridad de la misión, la visión y los valores de la organización facilitan al equipo humano el desarrollo de sus actividades con criterios de calidad. Esto implica que una política de la alta dirección sea controlar y monitorear la calidad de la gestión en salud para el usuario.

El perfil de los miembros de la alta dirección debe reflejar la cultura organizacional, valores y políticas de la organización. Por este motivo, el proceso de selección del cuerpo directivo debe estar estructurado y responder a estos criterios.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.1.A. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.						
Estándar VI.1.B. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno y ejercicios de referenciación con su competencia.						
Estándar VI.1.C. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la Junta Directiva, este proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los integrantes de la Junta Directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud ▪ Cómo realizar reuniones exitosas. ▪ Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. 						
Estándar VI.1.D. Existe un proceso para definir los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de la organización con la comunidad que sirve. ▪ Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el cliente y su familia. ▪ Aspectos que guían la ética de la organización. ▪ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios. 						
Estándar VI.1.E. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan de acción.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. ▪ La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización. 						
Estándar VI.1.F. Los líderes están involucrados en la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Estándar VI.1.G. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización						
Estándar VI.1.H. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los usuarios que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, les haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad de la atención por tipos de servicios. ▪ Utilización de servicios por afiliado (por ejemplo, tratando de incentivar la consulta y desincentivar la hospitalización). ▪ Satisfacción global del usuario con la atención recibida. ▪ Calidad de la atención. ▪ Número de desafiliaciones por problemas de la calidad de la atención. 						
Estándar VI.1.I. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso para determinar el número y perfil del personal requerido para resolver las necesidades de los usuarios. ▪ Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin. 						
Estándar VI.1.J. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos. ▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.1.K. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de direccionamiento						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados. 						
Estándar VI.1.L. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<p>Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo. ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Estándar VI.1.M. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
Estándar VI.1.N. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA**PROPÓSITO**

Una vez definidas la misión, visión, valores, objetivos y metas de la organización estos deben llegar a todos los niveles de la organización, de manera que se facilite la implementación de los planes y el logro de las metas.

La forma como el *staff* participa en la difusión e implementación de cada una de sus áreas del sistema de calidad contribuye al éxito de los resultados. La misión, visión, objetivos y metas de cada una de las áreas de la organización deben estar alineados con los grandes objetivos de la organización y deben evidenciar el respeto hacia el paciente y su familia.

Por conducto de la alta dirección, la organización debe garantizar la adecuada asignación de recursos para el logro de los objetivos formulados y establecer mecanismos de seguimiento que garanticen los resultados propuestos.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.2.A. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.						
Estándar VI.2.B. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso incluye						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una metodología para la identificación de las necesidades. ▪ Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. 						
Estándar VI.2.C. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la Organización. El soporte es demostrado a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. ▪ Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. ▪ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. ▪ Asignación de recursos. ▪ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización. 						
Estándar VI.2.D. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.						
<p>Las metas y objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. ▪ Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. 						
Estándar VI.2.E Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. ▪ La evaluación del logro de las metas y objetivos 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Estándar VI.2.F. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los usuarios. El respeto por el paciente incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dignidad personal. ▪ Privacidad. ▪ Seguridad. 						
Estándar VI.2.G. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla.						
<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 compañeros de trabajo ▪ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. ▪ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. ▪ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas. 						
Estándar VI.2.H. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.						
Estándar VI.2.I. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación. Este incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las prioridades en el plan. ▪ La evaluación de la calidad provista en los servicios. 						
Estándar VI.2.J. Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición de la productividad. ▪ Costeo. ▪ Monitorización de los presupuestos. ▪ Manejo de inventarios. ▪ Manejo de seguros. ▪ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. ▪ Auditoría de procesos. 	
--	--

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>Estándar VI.2.K. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gerencia</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados. 						
<p>Estándar VI.2.L. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar VI.2.M. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar VI.2.N. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DEL RECURSO HUMANO**PROPÓSITO**

El componente más valioso, así como el motor de mejoramiento de una empresa promotora de salud, son sus empleados; garantizar que la entidad cuenta con un grupo humano competente motivado y con voluntad de participación es esencial para una gestión que produzca los mejores resultados. Con este propósito, el perfil de los funcionarios, su actitud de servicio, el tipo de formación, la capacidad técnica para desarrollar las actividades propias del cargo que se desempeña, deben estar acordes con las necesidades de la organización.

La implementación del sistema de calidad depende en gran medida de la importancia que la institución dé a la conformación de un grupo humano idóneo, a promover el desarrollo de todas las personas que lo constituyen y a generar un adecuado ambiente de trabajo.

Aspectos como la autonomía, la creatividad, capacidad de compromiso y colaboración con el mejoramiento de los procesos y resultados de los servicios que presta la institución, son factores críticos de éxito en una organización enfocada al cliente. Por este motivo, la EPS (ARS) debe contar con un proceso de planeación del recurso humano y tener criterios claros para la selección, inducción y entrenamiento de sus funcionarios, adaptándose en forma permanente a los requerimientos de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.3.A. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.						
<p>Estos procesos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislación relevante. ▪ Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. ▪ Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial. ▪ Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. ▪ Evaluación de desempeño. ▪ Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional. ▪ Políticas de compensación. ▪ Estímulos e incentivos. ▪ Bienestar laboral. ▪ Necesidades de comunicación organizacional. <p>Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. Los procesos mencionados en el estándar deben incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.</p>						
Estándar VI.3.B. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.						
<p>El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios en la misión de la organización. ▪ Cambios en el plan estratégico. ▪ Cambios en la estructura organizacional. ▪ Cambios en la planta física. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios en la complejidad de los servicios. ▪ Disponibilidad de recursos. ▪ Legislación relevante. ▪ Tecnología disponible. ▪ La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisitos y perfil del cargo. ▪ Identificación de los patrones de carga laboral del empleo. ▪ Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera. ▪ La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención. 						
<p>Estándar VI.3.C. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo. ▪ Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Experiencia. ➤ Licenciamiento o certificación, si aplica. ▪ Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento y habilidades. ➤ Relaciones interpersonales. ➤ Habilidades de liderazgo y administrativas. ➤ Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. 						
<p>Estándar VI.3.D. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal ▪ Se provee información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valores. ➤ Misión y visión. ➤ Plan estratégico. ➤ Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. ➤ Servicios disponibles. ➤ Objetivos y metas de la organización ➤ Estructura organizacional. ➤ Expectativas del desempeño. ➤ Legislación relevante. ➤ Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. ➤ Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. ▪ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización. ▪ La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia. 						
<p>Estándar VI.3.E. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. ▪ El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. ▪ Se provee retroalimentación al personal evaluado. 						
<p>Estándar VI.3.F. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigación científica. ▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica. ▪ Conciliación de protocolos médicos. ▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. ▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. ▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. ▪ La atención al cliente y su familia. 						
<p>Estándar VI.3.G.. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.</p>						
<p>Estándar VI.3.H. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a los registros. ▪ Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización. 						
<p>Estándar VI.3.I. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. ▪ Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud. 						
<p>Estándar VI.3.J. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.3.K. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores en general. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. <p>El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.</p>						
Estándar VI.3.L. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar VI.3.M. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar VI.3.N. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**PROPÓSITO**

Las EPS (ARS) son organizaciones altamente dependientes de información en todos sus procesos, debido a que requieren coordinar diferentes tipos de actividades en forma simultánea y garantizar que el afiliado demandante de servicios pueda acceder fácilmente a aquellas actividades que demanda. La infraestructura de sistemas y la seguridad y confiabilidad con que la organización maneja sus bases de datos es factor clave de éxito en los servicios; así mismo, la capacidad de la organización para procesar sus bases de datos, analizarlas y generar información confiable y segura es lo que le permite realizar adecuados procesos de planeación que respondan a las necesidades de su población afiliada.

Por este motivo, la importancia que se les dé y los recursos que la organización destine a estas actividades deben ser evaluados en un sistema de calidad enfocado al cliente. El diseño del sistema de información y el uso que se dé a sus bases de datos deben responder a las necesidades de la población afiliada y debe garantizar el cumplimiento de los requerimientos legales del sistema.

De esta manera, los estándares se encuentran enfocados a evaluar el gerenciamiento que la organización realiza de su sistema de información, resaltando aspectos de planeación y uso como soporte del mejoramiento de los procesos, productos y servicios.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.4.A. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información dentro de la organización en cada uno de los procesos mencionados en cada sección de estándares del presente manual y responder a dichas necesidades.						
Estándar VI.4.B. Existe un proceso para la recolección sistemática y permanente de aquellos datos e información identificada como relevante o crítica por las diferentes dependencias de la organización. La información debe contemplar aquella generada en los prestadores de su red como en los procesos administrativos de la EPS.						
Estándar VI.4.C. La información recolectada cuenta con protocolos explícitos para su procesamiento y análisis, identificando la periodicidad y el personal responsable.						
Estándar VI.4.D. Existe un proceso para transmitir o distribuir la información recolectada y analizada. La transmisión debe garantizar la:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad. ▪ Facilidad de acceso. ▪ Confiabilidad y validez de la información. ▪ Confidencialidad y seguridad. 						
Estándar VI.4.E. Existe un proceso para garantizar el adecuado almacenamiento y mantenimiento de la información. Este almacenamiento y mantenimiento debe contemplar:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso no autorizado. ▪ Pérdida de información. ▪ Manipulación. ▪ Mal uso de los equipos y de la información. ▪ Deterioro físico de los archivos. 						
Estándar VI.4.F. Existe un proceso periódico para recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los usuarios del sistema de información.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Estándar VI.4.G. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.						
<ul style="list-style-type: none"> La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas. 						
Estándar VI.4.H. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.						
<ul style="list-style-type: none"> Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad. La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas. 						

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.4.I. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de sistemas de información						
<ul style="list-style-type: none"> El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar VI.4.J. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar VI.4.K. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar VI.4.L. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006**(8 DE MAYO DE 2006)**

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO**PROPÓSITO**

Cohérente con los grandes propósitos, la entidad debe contar con una política y procesos de gerencia del ambiente físico que contemple los recursos físicos, el mantenimiento de la seguridad y la preparación para emergencias y desastres.

Para el control y manejo de emergencias y desastres se debe contar con procesos definidos debidamente documentados y articulados con entidades coordinadoras, se contempla la realización de ejercicios periódicos para revisar protocolos y mantener una disciplina y organización de responsabilidades del personal en temas tales como incendios, donde se cuente con prácticas de prevención y capacitación como para el manejo de las situaciones de emergencia, la activación de alarmas, sistemas de evacuación y desactivación de sistemas inflamables; proceso de recepción de personas involucradas en emergencia o desastre, áreas dispuestas.

Además, se miden con indicadores la gerencia del ambiente físico, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad, y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.5.A. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de los usuarios de la organización.						
Lo anterior incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La gerencia de los riesgos físicos y la seguridad industrial. ▪ La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades. ▪ La adecuada señalización ▪ Está diseñado y difundido un plan que desarrolla el método o programa que se utilizará para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los usuarios y trabajadores dentro de la institución 						
Estándar VI.5.B. Existen procesos para asegurar que el espacio, equipos e insumos cumplan con la legislación aplicable, códigos y regulaciones acordes con cada una de las organizaciones que regulan estos aspectos.						
Estándar VI.5.C. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes. a través de:						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos ▪ Mantenimiento preventivo. ▪ Inspecciones regulares de seguridad. ▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. ▪ Provisión de energía de emergencia. ▪ Programaciones de limpieza. 						
<p>Estándar VI.5.D. Existen procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. ▪ No reutilización de materiales. ▪ Impacto ambiental. ▪ Reciclaje y comercialización de materiales. 						
<p>Estándar VI.5.E. Existe un proceso para asegurar la seguridad del usuario al visitar las instalaciones de la EPS.</p>						
<p>Estándar VI.5.F. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos relacionados con la preparación para emergencias y desastres (internos o externos).</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El proceso está asesorado por guías de departamento de bomberos. ▪ Capacitación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación ▪ Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. ▪ Instrucciones para el uso de sistemas de comunicación y para utilización de ascensores. ▪ Sistemas de evacuación. ▪ Señalización de sistemas de evacuación. ▪ Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. 	
--	--

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>Estándar VI.5.H. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
<p>Estándar VI.5.I. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar VI.5.J. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar VI.5.K. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

2

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIAS

INTRODUCCIÓN

El Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, presenta los lineamientos instrumentales que guiarán el proceso de acreditación para dichas instituciones y los estándares de acreditación.

EXPLICACIÓN DEL ORDEN DE LOS ESTÁNDARES.

Los estándares se encuentran ordenados de la siguiente manera: una primera sección donde aparecen los Estándares del Proceso de Atención a los Usuarios y una segunda sección en la que se hallan los Estándares de Apoyo Administrativo – Gerencial a dichos procesos asistenciales.

El proceso asistencial cuenta con un gran módulo, uno denominado Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial. En este se encuentra un proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria. Estos estándares poseen una serie de llamadas de atención para servicios particulares, como son: materno, ambulatorio, urgencias y cirugía. Estas secciones sólo incluyen las diferencias particulares que deben ser consideradas por las organizaciones que cuenten con esos servicios. Se entiende que el resto de los estándares y criterios para estos servicios son exactamente iguales a los que aparecen en el proceso de atención asistencial.

La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos dentro de la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en cinco grupos grandes de estándares:

- **Direccionamiento:** es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización.
- **Gerencia:** es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
- **Recursos humanos:** se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.
- **Sistema de información:** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.
- **Ambiente físico:** incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

Cada una de las secciones de los estándares (tanto asistenciales como administrativos) cuenta con una sección común, el cual es el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes e idénticos en todas las secciones de estándares.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL

Propósito de los estándares

La sección de los estándares del proceso de atención al paciente, en su forma general y los específicos para ciertos servicios, pretende señalar el camino lógico de la relación paciente - organización dentro de un proceso discreto de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia.

La organización debe entonces garantizar que se ofrezcan servicios de calidad dentro de un ambiente de trabajo seguro.

Organización de los estándares

La organización debe tener definida una política respecto a los derechos de los clientes, acorde con el direccionamiento estratégico, los cuales son difundidos y conocidos por todos en la organización; así mismo se conoce por todos el proceso de atención desde el ingreso hasta el egreso del paciente.

Coherente con el proceso de atención, existen subprocesos de: admisión para la atención inicial e información al paciente; registro para la atención, donde se captura la información de identificación y del paciente y familia y se brinda información inicial de la organización frente al proceso de atención y derechos o servicios cubiertos; evaluación inicial del ingreso donde se recoge la mayor cantidad posible de información acerca de las condiciones de ingreso, y se brinda la educación acerca de las características de la enfermedad, del tratamiento y sus posibles resultados.

Con base en la información obtenida la entidad planea el cuidado y tratamiento del paciente, así como de su seguimiento, lo cual parte de la obtención del consentimiento informado, aceptación de participar o no en una investigación, se garantiza la privacidad y confidencialidad, asesoría farmacológica, valoración anestésica cuando es requerida y apoyo emocional y espiritual. Los resultados del tratamiento son asegurados mediante la atención por parte de un equipo interdisciplinario que brinda una buena información al paciente y su familia acerca de la enfermedad su evolución y cuidados posteriores.

En cuanto al proceso de gestión de la atención, se cuenta con procesos como: un sistema de información que asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera integral, única y segura, identificando e informando a los profesionales involucrados la evolución y respuesta del paciente; el cuidado y tratamiento de acuerdo con estándares, guías y procedimientos aceptados; así mismo debe existir un proceso para el manejo de las quejas para su investigación, respuesta y mejoramiento. Se debe contar con un proceso y políticas de aislamiento de pacientes en los casos que sea necesario, en condiciones dignas y que aseguren su tratamiento. El tratamiento debe ser evaluado permanentemente por la entidad y los clientes para lo cual se debe contar con procesos definidos de evaluación muestral que verifiquen el cumplimiento de estándares de atención y procedimientos adecuados para casos exitosos y para casos con resultados adversos. En la evaluación con la familia se debe contar con la posibilidad de revisar los resultados esperados contra los reales y analizar las diferencias.

El egreso del paciente debe ser registrado de forma tal que indique los requerimientos futuros que permitan planear los cuidados del cliente en ese momento. El plan de egreso contiene información relacionada con cuidados, medicación, alimentación, uso de equipos médicos y rehabilitación si se requiere. Así mismo, información completa del tratamiento y resultados a la EPS y a la entidad o médico que lo refirió.

Este proceso de atención se debe monitorear por medio de indicadores de desempeño, redundando esto en procesos de mejoramiento que son compartidos y seguidos permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DERECHOS DE LOS PACIENTES	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.						

ACCESO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
3. Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.						

REGISTRO E INGRESO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
4. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.						
4.1. Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.						
4.2. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:						

⁷ Criterio específico para el servicio de cirugía

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación del personal dentro de la institución que debe estar a cargo del paciente, según su enfermedad. ▪ Priorización de los pacientes que deben atenderse. ▪ Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición pone sobre la vida del paciente⁷. 						
<p>5. Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.</p>						
<p>5.1. La organización garantiza un proceso para proveer información al paciente y su familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se provee información al paciente y su familia acerca de la organización, por lo menos en los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Información acerca de la organización: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos. ◆ Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación⁸. ➤ Plan para asegurar sus pertenencias personales⁹. ➤ La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento. ➤ Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos. <p>5.2. Existe un protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación y presentación ante los compañeros de habitación¹⁰.</p> <p>5.3. Se obtiene consentimiento informado, si aplica en este momento¹¹.</p>						

⁸ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios, a excepción de servicios de cirugía ambulatorios o similares.
⁹ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios, a excepción de servicios de cirugía ambulatorios o similares.
¹⁰ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios, a excepción de servicios de cirugía ambulatorios o similares.
¹¹ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios, a excepción de servicios de cirugía ambulatorios o similares.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
6. La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguientes criterios.						
<p>6.1. La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento del paciente acerca de su patología. ▪ Forma de tratamiento de su enfermedad. ▪ Expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento. <p>6.2. Existe evidencia de que la evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un médico tratante responsable. El equipo en cuestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Está calificado para atender la patología que está atendiendo. ▪ Es rotado periódicamente de actividad ▪ Es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que sirve. 						
7. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobre agregada, requiere técnicas especiales de aislamiento.						
<p>7.1. Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.</p> <p>7.2. La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo a la decisión adoptada.	
--	--

PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
8. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados. Esta planeación incluye.						
8.1. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.						
8.2. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.						
8.3. Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, donde se le explica el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.						
8.4. Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante						
9. Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones e incluyen:						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<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 nacido¹² ▪ Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados¹³. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos¹⁴. ▪ Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos¹⁵. ▪ Apoyo emocional al paciente 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 sólo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas¹⁶. ▪ Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica. ▪ Soporte nutricional especial. ▪ Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para pacientes de tercera edad¹⁷. ▪ Consejería y apoyo emocional al paciente 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, incluyendo la muerte y donación de órganos, cuando aplique. ▪ Apoyo espiritual / religioso¹⁸. ▪ En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica se realiza una valoración anestésica prequirúrgica¹⁹. ▪ Se verifica la identidad del paciente, la naturaleza y el sitio de la operación propuesta²⁰. 	

¹² Criterio específico para servicios materno - infantiles¹³ Criterio específico para servicios materno - infantiles¹⁴ Criterio específico para servicios materno - infantiles¹⁵ Criterio específico para servicios materno - infantiles¹⁶ Criterio específico para el servicio de cirugía¹⁷ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

10. La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. ▪ La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. ▪ La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. 						
11. El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño del plan farmacológico de tratamiento. ▪ Todas las órdenes de farmacia son revisadas en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos. ▪ Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo de salud, las necesidades específicas de medicamentos del paciente²¹. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume dentro de 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 dentro del plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica. ▪ Mecanismos para proveer información al paciente 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. 						

¹⁸ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios¹⁹ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios²⁰ Criterio específico para el servicio de cirugía²¹ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>12.El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.</p>						
<p>12.1. La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al paciente y su familia. Constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica.</p> <p>12.2. La planeación de la investigación diagnóstica incluye²².</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cuenta con un sitio para referir las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente. ▪ Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras, cómo son transportadas las muestras y cómo son notificados los resultados. ▪ Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante. ▪ Se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes. ▪ 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 pacientes 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 mentales o en estado de inconsciencia. ▪ Se realizan 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>12.3. La organización garantiza un proceso donde se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de laboratorio. Los servicios de laboratorio deben asegurar el cumplimiento de estos procesos.</p>						
<p>13.Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.</p>						

²² Aplica a los servicios ambulatorios sólo en caso de que una junta médica los requiera.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.						
<p>14.1. La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo²³.</p> <p>14.2. El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, la cual incluye como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos. ▪ El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma. ▪ Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso²⁴. ▪ Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo prevención de infecciones. ▪ Cuidados en casa, si aplica. <p>14.3. La educación está dada por un grupo interdisciplinario.</p>						
15. El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.						
15.1 Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.						

²³ Aplica a los servicios ambulatorios sólo en caso de que una junta médica los requiera.

²⁴ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

15.2 La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.						
16. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización promueve un sistema para que los clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización ▪ Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos. ▪ Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación. 						

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos. ▪ La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para los casos de resultados adversos o de resultados no esperados en el curso de tratamiento. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

SALIDA Y SEGUIMIENTO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
18. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios²⁵.						
19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.						
<p>19.1. Existe un plan de egreso que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación, si aplica. ▪ Comunicación de toda la información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento. ▪ Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lugar, fecha y razones de referencia. ○ Personas que se deben contactar, si aplica. ○ Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica. 						

²⁵ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

19.2. Las necesidades del continuo de cuidado al egreso reflejan la situación del cuadro clínico actual y de las nuevas necesidades expresadas por el paciente.						
20. La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.						
21. El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.						

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
22. Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento.						
<p>22.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>22.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.</p> <p>22.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>22.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>23. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<p>23.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. <p>23.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>24. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>25. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>25.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>25.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>	
---	--

HOJA No.
RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO

Propósito de los estándares

Los órganos de direccionamiento de la organización deben estar en permanente capacidad de desarrollar, implementar y desplegar una serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad. De esta manera se promueve que estos órganos de gobierno estén involucrados explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión.

Organización de los estándares

Este capítulo define los parámetros del direccionamiento estratégico para la organización, la forma como se precisan la misión y la visión que determinan el rumbo, de una forma ética y en función de su razón de ser, de sus colaboradores y de la comunidad para la que trabaja; cómo define los principios y valores que orientan los comportamientos de la cultura deseable en la organización; cómo la alta dirección de la institución asume el papel de liderazgo para encauzar y difundir estos lineamientos y convertirlos en un plan estratégico, construido con todas las áreas, en forma priorizada, racional y viable.

Además, si está definido adecuadamente el proceso de selección y vinculación del gerente, los directivos y el equipo de trabajo asistencial; cómo estos asesoran a la junta directiva en casos necesarios y cómo se prevé la actualización de la junta directiva; cómo esta garantiza los recursos y participa en la educación y monitorización de la calidad y el mejoramiento, así como en el reclutamiento y continuidad de personal clave.

En la evaluación de calidad del direccionamiento estratégico se tienen establecidos indicadores construidos con las áreas de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.						
2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.						
3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno Esta definición contempla por al menos los siguientes criterios.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de la organización con la comunidad que sirve. ▪ Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia. ▪ Aspectos que guían la ética de la organización. ▪ La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. ▪ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. ▪ La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y del proceso de atención al cliente. 						
5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.						
7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad de la atención por tipos de servicios. ▪ Utilización de servicios por afiliado (por ejemplo, tratando de incentivar la consulta y desincentivar la hospitalización). ▪ Satisfacción global del cliente con la atención recibida. ▪ Calidad de la atención. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin. 						
9. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.						
<p>9.1. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos. ▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas. <p>9.2. El asesoramiento involucra las políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención a los clientes.</p>						
10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los integrantes de la junta directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así mismo, de cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. ▪ Especial énfasis debe ser puesto en la filosofía, políticas y procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del Direccionamiento						
11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.						
11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.						
11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.						
11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Alto riesgo. ➢ Alto volumen. ➢ Alto costo. <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Seguridad ➢ Continuidad ➢ Coordinación ➢ Competencia ➢ Aceptabilidad ➢ Efectividad ➢ Pertinencia ➢ Eficiencia ➢ Accesibilidad ➢ Oportunidad 						
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.						
<p>14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE GERENCIA

Propósito de los estándares

El proceso de atención al cliente y su familia, así como los procesos que involucran a los clientes internos, deben estar soportados por una serie de decisiones estratégicas que orienten el adecuado desarrollo y desempeño de cada uno de estos. Es responsabilidad de la gerencia de la organización, garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar este tipo de decisiones y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales. La presente sección desarrolla una serie de elementos básicos y fundamentales que soportan la adecuada toma de decisiones.

Organización de los estándares

Respecto de la cultura organizacional, cada unidad tiene identificados sus clientes internos y externos y un proceso para identificar y responder a sus necesidades y expectativas. La alta gerencia apoya la monitorización y mejoramiento de calidad mediante la interacción y acompañamiento y reconocimiento a grupos de trabajo de las unidades, así como para la remoción de obstáculos al mejoramiento.

También define la manera como la organización afronta los derechos de los clientes en aspectos como la dignidad, privacidad, seguridad, particularidades del cliente y derecho a decidir su participación en procedimientos experimentales. Así mismo, la forma como se previene y controla el comportamiento agresivo o abusos con clientes acompañantes o trabajadores. Cómo se revisan las implicaciones de los proyectos de investigación en aspectos tales como estándares éticos, diseño, beneficios, riesgos e impacto.

Define cómo para la construcción del plan estratégico se desarrolla un proceso interno y externo de identificación y tratamiento de las variables que inciden en la organización, así mismo cómo se implementa dicho plan estratégico y se despliega en las áreas de manera coherente con los grandes propósitos de la organización y se definen políticas respecto del tipo y amplitud de los cuidados y servicios que se han de proveer.

Orienta también la asignación adecuada de los recursos de acuerdo con el plan, los cuales se miden y controlan, en función de los procesos, del mejoramiento de la calidad. Se define su monitoreo y las responsabilidades en los diferentes niveles de la organización. Se determina también el monitoreo del proceso de gerencia en forma priorizada respecto del cuidado y tratamiento de acuerdo con el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición. Se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.						
2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una metodología para la identificación de las necesidades. ▪ Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. ▪ La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso. 						
3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la Organización. El soporte es demostrado a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. ▪ Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. ▪ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. ▪ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización. 						
4. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>Las metas y objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. ▪ Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. ▪ Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia. 						
<p>5. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. ▪ La evaluación del logro de las metas y objetivos. 						
<p>6. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización. El respeto por el cliente incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dignidad personal. ▪ Privacidad. ▪ Seguridad. 						
<p>7. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla</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 compañeros de trabajo ▪ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. ▪ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas. 						
<p>8. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>						
<p>9. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de prioridades en el plan. ▪ Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. ▪ Evaluación de los recursos disponibles. 						
<p>10. Existe un proceso para la protección y control de los recursos.</p>						
<p>Lo anterior se logra a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición de la productividad. ▪ Costeo. ▪ Monitorización de los presupuestos. ▪ Manejo de inventarios. ▪ Manejo de seguros. ▪ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. ▪ Auditoría de procesos. ▪ Seguimiento de contingencias cubiertas por ATEP y SOAT. ▪ Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia						
<p>11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.</p> <p>11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.</p>						
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<p>14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. 14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>						

HOJA No.
RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DEL RECURSO HUMANO

Propósito de los estándares

El esquema de trabajo organizacional, basado en filosofías de Mejoramiento Continuo de la Calidad, debe tener presente que los trabajadores de la organización cumplen un papel preponderante como clientes internos de sus procesos o dependencias funcionales. De la manera como se enfoque la participación de estos clientes dentro de la toma de decisiones, su implementación y retroalimentación (oír la voz del cliente interno), así será el grado de cambio dentro de cada una de estas organizaciones. Una organización podrá lograr el mejoramiento continuo de sus procesos sólo en la medida en que reconozca y acepte la promoción de una cultura participativa dentro de sus trabajadores.

Organización de los estándares

La organización debe tener procesos claros acerca de los clientes internos relacionados con el cumplimiento de condiciones básicas, sistemas de evaluación, así como de selección, vinculación, capacitación, promoción y retiro. Además, debe contarse con una planeación del recurso humano que atienda el cumplimiento del plan estratégico o de cambios importantes en la organización con el apoyo de recursos financieros y tecnológicos.

Se asegura la calificación y competencia del personal médico asistencial y del personal, mediante la documentación de los requisitos de competencia, calificaciones de cada cargo, así como el proceso de inducción, entrenamiento y capacitación que incluyen las responsabilidades del cargo acordes con su relación sistémica hacia la organización y el cumplimiento de los grandes propósitos. De la evaluación permanente se retroalimenta para el mejoramiento. Respecto a la práctica profesional, se evalúa su actualización y certificación especializada y sus aportes de valor agregado.

Existe un proceso definido del manejo de las relaciones con los empleados enmarcadas en el diálogo, se evalúa sistemáticamente su satisfacción y se cuenta con procesos de salud ocupacional y seguridad industrial. Además, se mide con indicadores la gestión del recurso humano, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.						
<p>1.1. Estos procesos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislación relevante. ▪ Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. ▪ Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial. ▪ Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. ▪ Evaluación de desempeño. ▪ Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional. ▪ Políticas de compensación. ▪ Estímulos e incentivos. ▪ Bienestar laboral. ▪ Necesidades de comunicación organizacional. <p>1.2 Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</p> <p>1.3 Los procesos mencionados en el estándar debe incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.</p>						
2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.						
<p>2.1 El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios en la misión de la organización. ▪ Cambios en el plan estratégico. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios en la estructura organizacional. ▪ Cambios en la planta física. ▪ Cambios en la complejidad de los servicios. ▪ Disponibilidad de recursos. ▪ Legislación relevante. ▪ Tecnología disponible. <p>2.2. La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisitos y perfil del cargo. ▪ Identificación de los patrones de carga laboral del empleo. ▪ Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera. <p>2.3. La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención.</p>						
<p>3. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.</p>						
<p>3.1. Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con: 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Experiencia. ➤ Licenciamiento o certificación, si aplica. <p>3.2. Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento y habilidades. ➤ Relaciones interpersonales. ➤ Habilidades de liderazgo y administrativas. ➤ Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. 						
<p>4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>4.1. La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se provee información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valores. ➤ Misión y visión. ➤ Plan estratégico. ➤ Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. ➤ Servicios disponibles. ➤ Objetivos y metas de la organización ➤ Estructura organizacional. ➤ Expectativas del desempeño. ➤ Legislación relevante. ➤ Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. ➤ Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. ▪ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización. <p>4.2. La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.</p>							
<p>5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. ▪ El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. ▪ Se provee retroalimentación al personal evaluado. 						
<p>6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. ▪ Investigación científica. ▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica. ▪ Conciliación de protocolos médicos. ▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. ▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. ▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. ▪ La atención al cliente y su familia. 						
<p>7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.</p>						
<p>8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a los registros. ▪ Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización. 						
9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.						
<p>9.1. Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados.</p> <p>9.2. Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.</p>						
10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.						

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano.						
<p>11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores en general.</p> <p>11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados						
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 	
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>	
<p>14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. 14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>	

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Propósito de los estándares

La provisión de servicios, así como el desarrollo inherente a los procesos, se desarrolla dentro de un ambiente que impone una serie de riesgos con igual o mayor número de consecuencias adversas al bienestar de los clientes y empleados de la organización. La gerencia del ambiente físico pretende generar una serie de procesos o políticas encaminados a establecer unos mecanismos operativos de prevención y manejo de esos potenciales riesgos con el fin de garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.

Organización de los estándares

Coherente con los grandes propósitos, la entidad debe contar con una política y procesos de gerencia del ambiente físico que contemple los recursos físicos, el mantenimiento de la seguridad y la preparación para emergencias y desastres.

Se cuenta con procesos para el control de infecciones de acuerdo con la legislación y estándares de manejo de pacientes, recolección, análisis y reporte de infecciones o enfermedades de transmisión, así como de la detección y manejo cuando es intrahospitalaria; el empleo adecuado de los equipos e insumos acorde con la legislación y procedimientos internos. De igual manera, el manejo y disposición de los desechos en forma segura.

Se debe contar con procesos definidos para el control y manejo de emergencias y desastres debidamente documentados y articulados con entidades coordinadoras, se contempla la realización de ejercicios periódicos para revisar protocolos y mantener una disciplina y organización de responsabilidades del personal en temas tales como incendios, donde se cuenta con prácticas de prevención y capacitación como para el manejo de las situaciones de emergencia, la activación de alarmas, el manejo de pacientes y su reubicación adecuada, sistemas de evacuación y desactivación de sistemas inflamables; proceso de recepción de personas involucradas en emergencia o desastre, áreas dispuestas, registro e ingreso de los pacientes, proceso de *triage*, señalización y protocolos de egresos para estas situaciones. Se debe contar también con un proceso para el manejo de pacientes extraviados dentro de la entidad, identificación de las personas con posibilidad de extravío, protocolo de búsqueda e información a la familia y policía.

Además, se miden con indicadores la gerencia del ambiente físico, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.						
<p>1.1. Lo anterior incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La gerencia de los riesgos físicos. ▪ Mantenimiento de la seguridad industrial. ▪ Preparación para emergencia y desastres. ▪ La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades. <p>1.2. Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</p> <p>1.3. Está diseñado y difundido un plan que desarrolla el método o programa que se utilizará para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los pacientes durante su proceso de atención y de los trabajadores.</p>						
2. La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares, que incluyen:						
<p>2.1. Para los clientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Admisión y transporte de los pacientes con infección. ▪ Implementación de técnicas de aislamiento. ▪ Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>nutrición parenteral.</p> <p>2.2. Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de cuándo se considera una infección intrahospitalaria. ▪ Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria. ▪ Reporte de las infecciones intrahospitalarias. ▪ Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes dentro de la organización. <p>2.3. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.</p> <p>2.4. El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p> <p>2.5. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.</p> <p>2.6. El personal de la organización recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones.</p> <p>2.7. Existen sistemas de ventilación para prevenir la diseminación de contaminantes, si aplica.</p> <p>2.8. Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc.).</p>						
<p>3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos. ▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. ▪ Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención. ▪ Programaciones de limpieza. 						
<p>4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. ▪ No reutilización de materiales. ▪ 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. ▪ Reciclaje y comercialización de materiales. ▪ El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. 						
<p>5. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).</p>						
<p>5.1 Existe un plan organizacional que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado. ▪ Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables. ▪ Conexión a la red de urgencias. ▪ Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. <p>5.2. Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo la unidad se integra al plan organizacional.</p> <p>5.3. Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres.</p> <p>Estos ejercicios permitirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización. ▪ Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. ▪ Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. ▪ Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>5.4. La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta. ▪ Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. ▪ La identificación del personal que está a cargo de los servicios. ▪ Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. ▪ Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización. ▪ Recolectar y difundir la información necesaria. ▪ Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. <p>5.5. La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.</p>						
<p>6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño de un área para la recepción del personal. ▪ Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso. ▪ Aplicación de un sistema de triage. ▪ Señalización del área acomodada para atender al grupo de pacientes. ▪ Activación de protocolos de salida a los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos. 						
<p>7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.</p>						
<p>7.1. El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos. 7.2. El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguridad <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevención de incendios. ➤ Educación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación. ▪ Emergencia <ul style="list-style-type: none"> ➤ Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. ➤ Evacuación de los clientes en riesgo. ➤ Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. ➤ Sistemas de evacuación. ➤ Señalización de sistemas de evacuación. ➤ Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. <p>7.3. La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de incendios.</p>						
<p>8. Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes. El proceso incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de clientes que deben ser reubicados. ▪ Comunicación de esta situación a las familias. ▪ Sistema de transporte de los clientes. ▪ Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención. 						
<p>9. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. ▪ Un sistema de comunicación dentro de la organización para la identificación del cliente. ▪ Designar a un responsable de la búsqueda. ▪ Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización. ▪ Contacto con la policía y la familia del cliente. 	
--	--

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico						
<p>10.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>10.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores de la organización.</p> <p>10.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>10.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.</p>						
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.						
14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. 14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Propósito de los estándares

La sección de los estándares de la gerencia de la información pretende señalar los elementos sustanciales de la organización para el diseño y puesta en marcha de un proceso coherente de gerencia de la información y de los recursos utilizados para su adecuado desarrollo. Implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos. La gerencia de la información debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores.

Organización de los estándares

Los procesos de este tema son diseñados a partir de los requerimientos de información de la organización en factores como procesos de atención y necesidades de los clientes, planeación, direccionamiento y mejoramiento de la organización, gestión de recursos, productividad. Se define un plan de gerencia de la información que garantiza su gestión priorizada desde la estandarización, captura, análisis, transmisión y difusión, seguridad con niveles de acceso y almacenamiento. La organización hace seguimiento de las variaciones de desempeños de equipos y procesos.

La organización promueve la cultura de toma de decisiones sobre hechos y datos, y promueve su acceso de acuerdo con necesidades, para el análisis agregado y desagregado que permita monitorear y referenciar de manera sistemática. Además, se mide con indicadores la gerencia de la información, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.						
<p>1.1. Las necesidades que están identificadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los procesos de atención a los clientes. ▪ Planeación de la organización. ▪ Asignación de recursos. ▪ Productividad. ▪ Educación del personal. ▪ Investigación. ▪ Necesidades del cliente y la comunidad. ▪ Direccionamiento organizacional ▪ Mejoramiento de la calidad ▪ Coordinación de servicios frente a la atención del cliente. <p>1.2. Existe un plan de gerencia de la información. El plan incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La identificación de las necesidades de información. ▪ Captura de los datos. ▪ Análisis de la información. ▪ Transmisión de la información. ▪ Estandarización de la información ▪ Uso de la tecnología ▪ Un proceso de implementación basada en prioridades. ▪ Almacenamiento, conservación y depuración de la información. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguridad y confidencialidad de la información. ▪ Sistema de evaluación del plan. ▪ Sistema de mejoramiento <p>1.3. Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.</p>						
<p>2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)</p>						
<p>2.1. Los procesos contemplan la recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección la toma oportuna y efectiva de decisiones.</p> <p>2.2. Existe un proceso periódico para priorizar y recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los clientes del sistema.</p> <p>2.3. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta.</p> <p>2.4. La información soporta la gestión de los procesos relacionados con el cliente y los generales de la organización.</p>						
<p>3. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.</p>						
<p>3.1. La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas.</p>						
<p>4. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</p>						
<p>4.1. La seguridad debe prevenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso no autorizado. ▪ Pérdida de información. ▪ Manipulación. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización. ▪ Deterioro físico de los archivos. 						
5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.						
5.1. La transmisión debe garantizar la <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad. ▪ Facilidad de acceso. ▪ Confiabilidad y validez de la información. ▪ Confidencialidad y seguridad. 						
6. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.						
7. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.						
7.1. Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad. 7.2. La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas.						

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
8. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información.						
8.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>8.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores de la organización</p> <p>8.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>8.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</p>						
<p>9. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<p>9.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. <p>9.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>10. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>11. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<p>11.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>11.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>						

3

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIAS

INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene los estándares para la acreditación de instituciones de carácter ambulatorio, es decir, aquellas instituciones cuyos servicios de atención a las personas no cuentan con servicios de hospitalización. Si bien la anterior definición parece ser redundante, es la forma más común de determinar la diferencia básica entre este tipo de instituciones.

A lo largo de este manual se contemplan los estándares para aquellas entidades cuya totalidad de servicios caiga dentro de la categoría de servicios ambulatorios.

RECOMENDACIONES PARA LA ADECUADA LECTURA Y ENTENDIMIENTO DEL PRESENTE MANUAL

A continuación se presentan una serie de ideas claves que aportarán al lector una guía rápida para entender mejor el contenido del presente manual.

- Los estándares contenidos en este manual procuran reflejar **PROCESOS ORGANIZACIONALES DE DIA A DIA** de las instituciones sujetas a su aplicación. Es decir, la secuencia y contenido de los estándares aquí contenidos no son más que esquematizar el "deber ser" de la operación óptima diaria de una organización ambulatoria de salud.
- Los presentes estándares responden a una serie de niveles de desempeño superior a los contemplados en el sistema único de habilitación. Por lo tanto es importante tener en cuenta que la gran diferencia entre estas dos metodologías es a su vez su gran complemento. Una buena idea es leer los dos manuales y encontrar esos puntos de convergencia, así el uno sea de estándares mínimos y el otro de estándares óptimos de calidad.
- Los estándares no incluyen, dentro de su redacción o nivel de compromiso, ninguna norma legal. Lo anterior quiere decir que todos los estándares, así como aquellos que tengan criterios, representan un nivel de exigencia por encima de los requerimientos mínimos legales, ya sea del sistema general de seguridad social en salud o de otro sistema diferente.
- Se reitera que los estándares proveen el QUE, es decir, los procesos o niveles de desempeño que se quiere obtener, más no dan el COMO, o sea, la forma de conseguir el cumplimiento. Esto último es prerrogativa de cada institución, la cual puede implementar modelos de gestión nacionales o internacionales para la consecución del logro del estándar.
- El presente manual está dirigido a las instituciones de carácter ambulatorio (incluyendo odontología). En un par de casos especiales (cirugía ambulatoria y fisioterapia y terapia respiratoria) se hacen llamados de atención particulares.
- Igualmente, al final del manual, se incorpora una sección especial de estándares para Sedes Integradas en Redes de Prestación. Esta sección está dirigida específicamente a aquellas organizaciones de prestación de servicios de salud que cuenten con un número igual o mayor a dos sedes de prestación de servicios de

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

salud, sean estas complementarias o no en sus acciones de atención. Es importante entender que esta sección es complementaria al resto de los estándares, es decir, no exime a cada uno de los prestadores a cumplir con el resto de los estándares contenidos en este manual.

- Hay que resaltar la idea que el presente manual no está dirigido a servicios ambulatorios, esto es, no está dirigido a acreditar servicios individuales dentro de un prestador, sea ambulatorio u hospitalario. Se refrenda la idea original del SUA, donde el cliente de la acreditación es la organización como un todo.
- También es importante mencionar que cada una de las diferentes secciones que componen este manual cuentan con un grupo de estándares comunes e idénticos, los cuales están al final de cada una de las secciones mencionadas. Se trata de cuatro estándares, que enmarcan una labor permanente y disciplinada de mejoramiento continuo de la calidad de los procesos contemplados dentro de una sección específica.

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE – ASISTENCIAL

Propósito de la sección

Esta primera sección del manual de estándares, desarrolla la idea de un proceso de atención al paciente, en su forma general y los específicos para ciertos servicios, esto es, pretende señalar el camino lógico de la relación paciente – procesos de la organización dentro de un sistema discreto de atención a unas necesidades en salud.

Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia. Parte de la base de no lo que técnicamente debe estar desarrollado por la organización para una buena prestación del servicio, sino que además de estar técnicamente bien hecho, debe estar centrado en el usuario y su familia (cuando aplique).

Es así que entonces se describe todo un proceso de atención a los clientes desde que estos llegan a la organización a solicitar un servicio, hasta aquellas labores que podrían resultar “invisibles” para dicho cliente, tales como la monitorización de la calidad o la preparación interna de una serie de procesos que garanticen una verdadera calidad de la atención en toda la organización, tales como las primeras secciones, dedicadas a desarrollar unos mecanismos internos que proporcionen un trato digno y respetuoso al cliente.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DERECHOS DE LOS PACIENTES	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que guíe el proceso de atención al cliente, el cual está definido desde el plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.						
3. La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.						
4. En los casos en que los derechos de los pacientes deban ser informados a estos, y las condiciones de los pacientes no permitan que comprendan su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión.						
5. En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para potencialmente						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<p>acceder a dichos servicios.</p>						
<p>6. La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se proveerá atendiendo al respeto que merece la condición de paciente, independiente de sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.</p>						
<p>7. La participación de los pacientes en investigaciones (clínicas o no) deben contar con una aceptación escrita y explícita de los mismos. Previo a esta aceptación se informará oralmente y por escrito al paciente de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la investigación amerita la reunión de un comité de ética debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta. ▪ La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología. 						

<p>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</p>	<p>Calificación de la organización</p>					
	<p>5</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>NA</p>
<p>8. La organización garantiza, y en los casos que aplique, el derecho del paciente, a través de un proceso estandarizado, de solicitar cita con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>Contará con un sistema que permita verificar la disponibilidad y oportunidad para dicho profesional y le informará al solicitante dichos resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En caso que el profesional seleccionado por el paciente no cuente con la disponibilidad y/u oportunidad de preferencia para el paciente, la organización le explica cuándo este profesional vuelve a tener disponibilidad. ▪ En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acorde a las necesidades del mismo 						
<p>9. La organización, para una adecuada programación de los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los pacientes, programa la agenda teniendo en cuenta los estándares de tiempo que se necesitan para la realización de cada uno de los procesos de atención, teniendo en cuenta también, las diferencias necesarias de tiempo entre cada uno de estos.</p>						
<p>10. La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.</p>						
<p>11. En caso de no atención a los pacientes con citas asignadas o autorizadas, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación y análisis de las causas de inatención. La organización es libre de definir la categorización (listado de causas), así como su amplitud, de las causas de dichas intenciones.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. La organización, a través de cualquier método probado y validado de estudio, conoce y analiza aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.						
13. La organización garantiza que podría brindar información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos.						

Cuando el prestador de servicios sea parte de una red propia de una EAPB, y sea esta quien programe la atención en el respectivo prestador, además de cumplir con los estándares anteriormente mencionados, también deberá demostrar el cumplimiento de los siguientes.

PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para la autorización y asignación de citas a los pacientes que requieran de sus servicios.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> El sistema de soporte mencionado en el estándar podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (Call Centers, servicios telefónicos o presénciales propios en la respectiva sede, etc.) El sistema de soporte cuenta con las bases de datos actualizadas de los pacientes con derecho a recibir servicios en el (los) prestador(es). 						
15. Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores a los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.						
16. Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha, hora, dirección y profesional asignado. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.						
17. La organización garantiza que el sitio que asigna las citas envía, desde el día previo, o antes que comiencen a ser atendidos los pacientes, el listado de pacientes a atender, su orden de atención y el profesional asignado, así como información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente.						
<ul style="list-style-type: none"> La organización distribuye dicha información o listados a las personas que están directamente involucradas en la gestión de los procesos de atención (Ej.: portería, recepción, profesionales, etc.) 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
18. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento, donde se le orienta sobre qué debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su atención. ▪ La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención. ▪ El personal a cargo de la recepción del paciente conoce el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso, el cual también es conocido por todo el personal de atención de la organización. 						
19. La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.						

PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
20. La organización cuenta con estándares de espera, para informar cuánto tiempo deben						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

esperar los pacientes para acceder a la consulta o realización de exámenes.					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta información está a la vista del público en la sala de espera. ▪ Si por algún motivo se sobrepasa el tiempo previamente estipulado, se le explica personalmente al paciente las causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando 					
21. La organización dispone de mecanismos para que el paciente afectado por esperas prolongadas pueda presentar quejas, sugerencias o recomendaciones. Independientemente del mecanismo, la organización garantiza que se lleva un registro de las mismas, que clasifica los motivos y genera acciones correctivas para evitar su recurrencia.					
22. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención²⁶. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni tendrá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.					

PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
23. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implementación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.						
24. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento, de los cuidados en salud ofrecidos por la organización, están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.						

²⁶ El médico sale y la llama, altavoz, numeración electrónica, etc.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De quién es la responsabilidad de hacer la guía ▪ Cuáles son los objetivos de la guía ▪ Cuál fue el grupo que se reunió e hizo la guía ▪ Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia ▪ Formulación explícita de recomendaciones ▪ Costos y beneficios de la guía ▪ Cada cuánto se hará la actualización ▪ Cómo se evitaron los potenciales errores en la formulación de la guía ▪ Aplicabilidad ▪ Cada cuánto, y cómo, se monitorizará la adherencia a la guía 						
25. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado cuando sea necesario. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información al paciente o persona responsable, acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.						
26. La organización cuenta con procesos para obtener un registro firmado por el paciente cuando este decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante						
27. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los proceso de atención.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
28. La organización cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del paciente durante la atención con el profesional o técnico, lo anterior incluye, entre otras:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La privacidad es respetada mientras el paciente se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. ▪ La privacidad en lo posible debe ser visual y auditiva (de afuera hacia adentro y viceversa), excepto cuando se trate de consultorios odontológicos modulares ▪ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. ▪ La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. ▪ La privacidad debe mantenerse en casos cuando se administran sustancias o medicamentos por vía intravenosa. 						
29. La organización garantiza que durante el proceso de atención con el profesional o técnico asignado el paciente tiene la posibilidad de ser escuchado respecto a sus inquietudes.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los profesionales y técnicos escuchan las inquietudes de los pacientes, independientemente del tipo y contenido de las preguntas, sin generar juicios de valor frente a las creencias o conocimientos de los pacientes. ▪ Se procura siempre establecer contacto visual entre el paciente y el profesional o técnico que lo está atendiendo. 						
30. La organización cuenta con un mecanismo que garantiza que en los procesos de atención o						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
cuidados en salud a sus pacientes, así como el manejo de sus eventos adversos, están sujetas a las guías de práctica clínicas previamente definidas						
<ul style="list-style-type: none"> Se realizan evaluaciones periódicas de dicha adherencia, con participación de los profesionales directamente involucrados en la atención. 						
31. La organización garantiza que cuenta con procesos para que el profesional tratante provea información básica al paciente y su familia (cuando lo amerite) como resultado de su atención. La anterior información incluye, más no se limita a:						
<ul style="list-style-type: none"> El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma. El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben. 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 o Eventos Adversos Medicamentosos. Las indicaciones a seguir en la toma de medicamentos, tales como horarios e interacciones con otros medicamentos o alimentos. Especial importancia se le da a los cuidados y autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.) Los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad o discapacitados mentales. 						
32. La información al paciente y su familia debe tener como resultado el óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> La información contenida en el anterior estándar puede estar reforzada o complementada por las acciones comprendidas en la sección de educación²⁷. 						
33. La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.						
34. Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se debe especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con personal profesional para realizar dichos procesos de atención y un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.						
35. La organización tiene identificados y definidos internamente una serie de fallas (humanas o de sistemas de soporte²⁸) en la operación de los procesos prioritarios, los cuales su sola presencia generan un sistema de investigación, análisis y toma de decisiones para evitar un evento adverso prevenible.						
36. La organización garantiza que el paciente tiene el derecho de contar con la posibilidad de conseguir una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho, en caso que el paciente o la familia explícitamente lo solicite, puede ser informado a través de cualquier mecanismo de información con que cuente la organización, incluyendo el mismo profesional tratante.						

²⁷ Ver sección específica

²⁸ También llamadas en la literatura Fallas Activas y fallas Latentes, respectivamente.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<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 paciente si este decide volver a consultar. 						
37. La organización debe contar con procesos donde se especifique cómo se manejan situaciones de urgencias médicas con los pacientes, indicando los mecanismos de remisión de los mismos²⁹.						
38. Los sistemas de información de la organización deben estar adecuados para identificar e incorporar en el registro del paciente, si la actual atención es consecuencia de un Evento Adverso ambulatorio o un reingreso a consulta ambulatoria por causa no resuelta en servicios de urgencias u otro servicio ambulatorio, así estos servicios no pertenezcan a la organización donde actualmente está siendo atendido.						
39. La organización cuenta con una definición interna sobre lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y se cuenta con programas establecidos, tomando la información generada en los sistemas de información, para cuantificar y generar acciones encaminadas a controlar tal situación.						

Si la organización es exclusivamente, o presta dentro de sus servicios ambulatorios, cirugía ambulatoria³⁰, esta debe garantizar que cuenta con los siguientes procesos diseñados e implementados:

²⁹ Estas guías deben estar diseñadas y con capacidad de ser implementadas, así la función principal de la organización no sea la atención de urgencias

³⁰ En cualquiera de los dos casos mencionados (organización exclusiva de cirugía ambulatoria, o un servicio de cirugía ambulatoria dentro de una organización de servicios ambulatorios), también se deben cumplir el resto de los estándares del presente manual

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE ATENCIÓN PARA ENTIDADES O SERVICIOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
40. Educación del paciente sobre los procedimientos a ser realizados, incluyendo riesgos y alternativas.						
41. Identificación y doble chequeo de la identidad del paciente en el quirófano para controlar un potencial Evento Adverso prevenible						
42. Se cuenta con un procedimiento para marcar el sitio quirúrgico, en colaboración con el paciente conciente y con el registro clínico a la mano. Si el procedimiento quirúrgico ambulatorio es odontológico se debe seguir el mismo procedimiento y marcar la radiografía.						
43. Si la cirugía incluye la implantación de cualquier dispositivo médico, esta no se comienza sin que la totalidad de estos dispositivos estén presentes en el quirófano.						
44. Cumplirá con los estándares de gestión de tecnología incluidos en la sección de gestión de tecnología del manual de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas.						
45. Contará con un proceso de gestión de medicamentos (desde la compra y prescripción, hasta el sistema de fármaco vigilancia), incluyendo los sistemas de vigilancia para medicamentos y sustancias controladas.						
46. Se entregará información al paciente y/o familia sobre instrucciones post quirúrgicas para el cuidado en casa, así como guías para la prevención y detección temprana de complicaciones.						
47. Contará con un sistema de seguimiento post quirúrgico con evidencia de complicaciones. De cualquier forma, se llevarán registros sobre este sistema, los cuales serán usados sistemáticamente para procesos de mejoramiento de las actividades anteriormente descritas.						
48. La organización garantiza que los profesionales y técnicos encargados de la educación e información pre y post quirúrgica al paciente, cumplan con procesos permanente de capacitación y entrenamiento en los tópicos a informar.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

Si la organización presta servicios de terapia física, bien sea de manera exclusiva, o dentro de un prestador ambulatorio de varios servicios³¹, se deben garantizar los siguientes procesos:

PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN PARA ENTIDADES O SERVICIOS DE TERAPIA FÍSICA O RESPIRATORIA	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
49. Que la orden de remisión del médico contenga un resumen completo de la Historia Clínica. Igual requisito debe garantizarse si la organización cuenta con un sistema de información computarizado.						
50. Si la asignación de citas se hace por un PAC se deben cumplir con los estándares de esta sección.						
51. Siempre debe haber valoración por un(a) profesional en Fisioterapia o Terapia Respiratoria, previo a la realización de los procedimientos. Si el (la) profesional tiene alguna duda o sugerencia frente a los servicios solicitados, la organización garantizará mecanismos de comunicación y acuerdo entre los profesionales tratantes, dejando siempre constancia del consenso logrado.						
52. Durante la realización de los procedimientos se debe garantizar la total privacidad del paciente, pero logrando a su vez que el (la) Fisioterapeuta o Terapeuta Respiratoria pueda observar el desarrollo del mismo en cada uno de sus pacientes.						
53. Durante el tratamiento, o cuando se de por terminado el mismo, se debe remitir la información al médico remitente, con indicaciones y recomendaciones si continuar o no el tratamiento, o aconsejar un cambio o complementación en el mismo.						

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

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
54. La organización cuenta con un proceso funcionando de educación en salud a los pacientes, el cual responde a las necesidades de las poblaciones objeto de los procesos de atención en salud que han sido realizadas en la misma³².						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los parámetros que definen las necesidades de educación en salud para la población objetivo deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención diseñadas por la organización. ▪ El proceso es conducido por equipos multidisciplinarios, los cuales no necesariamente deben ser de dedicación específica, ni interactuar todos al tiempo con el paciente. ▪ 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 pacientes de su existencia. ▪ Los programas se apoyan en materiales educativos que reflejen la capacidad de entendimiento del público objetivo. Estos materiales deben contener elementos de promoción y prevención, especialmente fomentando el autocuidado. 						
55. Los profesionales que remiten pacientes a estos procesos deben ser retroalimentados sobre la asistencia de sus pacientes a las labores de educación, así como el contenido genera de la educación. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.						

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

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En caso que el profesional que brindó la atención decida que es necesario referir a sus pacientes a uno o varios de los servicios de salud adicionales listados más adelante se deberán garantizar los siguientes procesos:

1. La organización cuenta con guías, con criterios explícitos, de qué casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y dónde se remiten, entre otras.
2. La organización garantiza que las remisiones a laboratorio e imágenes diagnósticas, urgencias, servicios ambulatorios de complejidad superior y hospitalización, cuentan con la información clínica relevante del paciente.
3. Brindar información clara y completa al paciente o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al paciente. Esta información podrá ser suministrada por el profesional o técnico que brinda la atención y solicita la remisión, o la organización podrá optar por delegar esta función según se describe en el estándar de la sección llamada EGRESO.
4. La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus pacientes para los servicios mencionados a continuación cuenten con retroalimentación exacta del resultado de dicha atención, y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente.

Para los servicios no relacionados específicamente a continuación (Ej.: nutrición, psicología) se debe garantizar el cumplimiento de los anteriores cuatro estándares. En ningún caso (sea para servicios listados y no listados) se puede garantizar el cumplimiento de los estándares listados a continuación, si los cuatro anteriores no han sido cumplidos. De manera específica, y de acuerdo con el sitio a donde se refiera el paciente, se deben garantizar los siguientes procesos:

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

REMISIÓN AL LABORATORIO O IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
56. 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.						
57. Se instruye, si la condición lo amerita, al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes ³³ .						
58. La organización, cuando cuente con los servicios de toma de muestra en el mismo sitio físico donde se genera el proceso de atención, deberá informar al paciente de dicha facilidad. Se exhortará, si las condiciones de preparación del paciente y la agenda de los demás profesionales así lo permiten, a realizarse el examen una vez finalizado el proceso de atención.						
59. Si la organización no cuenta con la anterior facilidad, o si las condiciones de preparación o agenda de los profesionales a cargo de realizar dichos procedimientos no lo permite, se garantiza la adecuada explicación al paciente de cómo se debe solicitar la cita para la realización de los exámenes ³⁴ .						
60. La organización debe definir previamente si los resultados se les entregan al paciente y/o al profesional que solicitó el examen directamente. En cualquiera de los dos casos se le debe informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega.						
61. Una vez obtenidos los resultados de los exámenes se debe garantizar que:						

³³ Esta indicación no sustituye la que debe brindársele por parte del PAC.

³⁴ Lo cual podría delegarse a través del proceso descrito en la sección EGRESO (1.9.)

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

REMISIÓN AL LABORATORIO O IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siempre debe quedar constancia en la Historia clínica del paciente de los resultados y las conductas seguidas por el profesional tratante. ▪ Se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad o discapacitados mentales. 						
<p>62. La organización podrá definir, teniendo en cuenta situaciones específicas, si la entrega y retroalimentación sobre los resultados de los exámenes amerita la presencia física del paciente en una cita de control.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En este caso debe existir una serie de criterios explícitos de cuándo esto no es pertinente. ▪ De todos modos, deberá existir un mecanismo para comunicar dicha decisión al paciente o su familia, dejando constancia en la historia clínica. ▪ Deberá contarse con algún mecanismo posterior de seguimiento del entendimiento de las indicaciones dadas por el profesional al paciente 						
<p>63. La organización cuenta con mecanismos de comunicación con los prestadores de servicios de laboratorio o imágenes, cuando los resultados no están acompañados de una lectura, en letra ilegible, sin firma o sello, sin código del responsable, y sin fecha de resultados. Igualmente se debe garantizar que entre los dos servicios exista un mecanismo de asesoría y consejería en la interpretación de los resultados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

REMISIÓN A URGENCIAS ³⁵	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
64. Previo al traslado se debe garantizar que en la organización donde se remite se cuenta con la disponibilidad del servicio.						
65. En el proceso de traslado se debe tener una información mínima, que incluye: quién transporta, por qué se transporta, dónde se transporta y quién recibe en la organización donde se remite ³⁶ .						

REMISIÓN A SERVICIOS DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
65. Para la remisión a los servicios de provisión de medicamentos se debe tener conocimiento, y orientar la paciente, sobre quién y/o dónde se suministran los medicamentos.						
66. La organización cuenta con mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los pacientes ³⁷ .						

REMISIÓN A SERVICIO AMBULATORIO DE COMPLEJIDAD SUPERIOR. ³⁸	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
67. Los profesionales explican al paciente la pertinencia del por qué es necesario contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento.						

³⁵ Se refiere específicamente a los casos donde se cumplen con los criterios de urgencia médica.

³⁶ El presente estándar no reemplaza aquel que solicita que en todos los casos se acompañe al paciente con una información clínica relevante

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

³⁸ Se incluyen las atenciones ambulatorias por especialistas que son remitidas por el profesional que brinda la atención

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN ³⁹	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
68. Si el paciente es remitido directamente a una hospitalización se debe garantizar la coordinación de dicho proceso desde el centro asistencial.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cuenta con registros de quién coordina el trámite, quién lo va a recibir, dónde se va a recibir, y la disponibilidad de una cama hospitalaria. ▪ La organización se asegura que el paciente fue atendido por la organización donde fue remitido. 						

REMISIÓN A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
69. La organización debe contar con procesos y criterios explícitos, conocidos por el personal de la organización, soportados preferiblemente en los sistemas de información (sistemas de alarmas, recordatorios, etc.), para remitir a los pacientes a programas especiales de promoción y prevención. El profesional remitente debe conocer si se le hizo o no la atención.						

³⁹ Se incluyen solo las atenciones medicas

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

EGRESO	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
70. La organización podrá contar con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al paciente, donde se le informe sobre los trámites que estos deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar dicha labor⁴⁰.						
71. La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluyendo la facturación de los servicios. Se garantiza asimismo la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, aplicación y evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.						
72. Para los casos de servicios de cirugía ambulatoria en que sea necesario, el egreso será dado en compañía de un adulto responsable, previa valoración por el médico tratante. Contará con un plan de cuidado escrito, explicado al paciente y su familia, del cual el paciente tendrá copia por si hay que consultar de urgencia en otra institución. Incluirá signos y síntomas de alerta temprana de potenciales complicaciones.						

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

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
73. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos. ▪ La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para los casos de eventos adversos. ▪ Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar a los profesionales sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas. 						
74. La organización cuenta con un mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes inscritos en los programas de enfermedades crónicas. Así mismo, cuenta con un sistema de evaluación de las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE RETROALIMENTACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
75. La organización tiene establecido un proceso sistemático y periódico que permite monitorizar las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y quejas de los usuarios.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A estas monitorizaciones se les realiza un proceso de consolidación, análisis y formulación de acciones de mejoramiento. ▪ El proceso es conocido por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público y se capacitan constantemente con los cambios realizados 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) del proceso asistencial mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
76. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁴¹. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

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

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁴²: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
77. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						

⁴² Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
78. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
79. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. <p>Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad.</p>						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DIRECCIONAMIENTO

Propósito de la sección

Una de las actividades fundamentales de cualquier organización, no solo de salud, que se precie de trabajar en pro de la calidad, es contar con un método formal que defina el rumbo que debe tomar la organización y las estrategias o acciones para cumplir tal cosa. Es así como esta carta de navegación debe ser la herramienta fundamental para orientar y ejercer el liderazgo dentro de la organización, entendiendo que se convierte a su vez en la pieza fundamental para direccional la ejecución diaria de los procesos y el comportamiento de los trabajadores.

Los órganos de direccionamiento de la organización deben estar en permanente capacidad de desarrollar, implementar y desplegar esa serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad. De esta manera se promueve que estos órganos de gobierno estén involucrados explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.						
2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye, por lo menos, la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.						
3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico (incluyendo los valores, misión y visión) de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de la organización con la comunidad que sirve. ▪ Los cambios normativos ▪ La competencia en el mercado ▪ El medio ambiente ▪ Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia. ▪ Aspectos que guían la ética de la organización. ▪ La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. ▪ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios 						
4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. ▪ La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y del proceso de atención al cliente. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.						
7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad de la atención por tipos de servicios. ▪ Utilización de servicios por afiliado. ▪ Satisfacción global del cliente con la atención recibida. ▪ Calidad de la atención. 						
8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, el cual está alineado con el direccionamiento estratégico de la organización.						
9. Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin.						
<p>9.1 Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos. ▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas. ▪ Los líderes están activamente involucrados en el seguimiento del desempeño <p>9.2 El asesoramiento involucra las políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención a los clientes.</p>						
10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los integrantes de la junta directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así mismo, de cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. ▪ Especial énfasis debe ser puesto en la filosofía, políticas y procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias. 						

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) del direccionamiento mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁴³. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. 						

⁴³ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁴⁴: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁴⁴ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						
13. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente validos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA

Propósito de la sección

Este capítulo en particular afianza las labores estratégicas planteadas en el capítulo inmediatamente anterior, dándole al gerente de la organización, una serie de elementos de trabajo para lograr interrelacionar los procesos estratégicos con los procesos del día a día. Es así como termina el gerente planteándose una serie de procesos de integración con el personal y sus unidades funcionales, con el fin de cohesionar las actividades de estos últimos con el gran proceso de direccionamiento estratégico.

El proceso de atención al cliente y su familia, así como los procesos que involucran a los clientes internos, deben estar soportados por una serie de decisiones estratégicas que orienten el adecuado desarrollo y desempeño de cada uno de estos. Es responsabilidad de la gerencia de la organización, garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar este tipo de decisiones y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales. La presente sección desarrolla una serie de elementos básicos y fundamentales que soportan la adecuada toma de decisiones.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.						
2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una metodología para la identificación de las necesidades. ▪ Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. ▪ La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso. 						
3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la Organización. El soporte es demostrado a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. ▪ Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. ▪ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. ▪ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización. 						
4. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional⁴⁵, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario. Las metas y objetivos:						

⁴⁵ Si la complejidad de la organización lo amerita

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. ▪ Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. ▪ Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia. 						
5. La gerencia de la organización promueve mecanismos de colaboración y coordinación para el mejoramiento organizacional o de procesos entre diferentes dependencias o departamentos.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se tienen hechos y datos de estas acciones colaborativas. 						
6. 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 y el sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos.						
7. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye:						
8. Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. La evaluación del logro de las metas y objetivos						
9. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización. El respeto por el cliente incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dignidad personal. ▪ Privacidad. ▪ Seguridad. 						
10. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla:						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<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 compañeros de trabajo ▪ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. ▪ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. ▪ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas. 						
11. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.						
12. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de prioridades en el plan. ▪ Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. ▪ Evaluación de los recursos disponibles. 						
13. Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición de la productividad. ▪ Costeo. ▪ Monitorización de los presupuestos. ▪ Manejo de inventarios. ▪ Manejo de seguros. ▪ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. ▪ Auditoría de procesos. ▪ Seguimiento de contingencias cubiertas por ATEP y SOAT. ▪ Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades. 						
14. Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, esta (la						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
delegataria) debe garantizar que:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cuenta con un proceso de evaluación externa de calidad, con criterios explícitos, al delegado, previa delegación. ▪ Evalúa periódicamente al delegado. Este ultimo conoce de antemano el proceso y los criterios con los cuales va a ser evaluado ▪ Se cuentan con mecanismos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el delegado, en los cuales se cuenta con participación de profesionales y técnicos de este último. ▪ Se cuenta con procesos diseñados previamente de resolución de conflictos entre las partes. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de los procesos de gerencia mencionados en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
15. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁴⁶. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 						

⁴⁶ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen ⁴⁷ :	
<ul style="list-style-type: none">➤ Seguridad➤ Continuidad➤ Coordinación➤ Competencia➤ Aceptabilidad➤ Efectividad➤ Pertinencia➤ Eficiencia➤ Accesibilidad➤ Oportunidad	

⁴⁷ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
16. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						
17. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente validos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
<p>18. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DEL RECURSO HUMANO

Propósito de la sección

El esquema de trabajo organizacional, basado en filosofías de Mejoramiento Continuo de la Calidad, debe tener presente que los trabajadores de la organización cumplen un papel preponderante como clientes internos de sus procesos o dependencias funcionales. De la manera como se enfoque la participación de estos clientes dentro de la toma de decisiones, su implementación y retroalimentación (oír la voz del cliente interno), así será el grado de cambio dentro de cada una de estas organizaciones. Una organización podrá lograr el mejoramiento continuo de sus procesos sólo en la medida en que reconozca y acepte la promoción de una cultura participativa dentro de sus trabajadores.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.						
<p>Estos procesos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislación relevante. ▪ Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. ▪ Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial. ▪ Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. ▪ Evaluación de desempeño. ▪ Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional. ▪ Políticas de compensación. ▪ Estímulos e incentivos. ▪ Bienestar laboral. ▪ Necesidades de comunicación organizacional. <p>1.2 Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</p> <p>1.3 Los procesos mencionados en el estándar debe incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.</p>						
2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>2.1 El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios en la misión de la organización. ▪ Cambios en el plan estratégico. ▪ Cambios en la estructura organizacional. ▪ Cambios en la planta física. ▪ Cambios en la complejidad de los servicios. ▪ Disponibilidad de recursos. ▪ Legislación relevante. ▪ Tecnología disponible. <p>2.2 La asignación de personal para la prestación de los servicios en todos los niveles está diseñada de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisitos y perfil del cargo. ▪ Identificación de los patrones de carga laboral del empleo. ▪ Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera. <p>2.3 La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención.</p>						
<p>3. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas o empresas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>3.1 Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo. Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experiencia. ▪ Licenciamiento o certificación, si aplica. <p>3.2 Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento y habilidades. ▪ Relaciones interpersonales. ▪ Habilidades de liderazgo y administrativas. ▪ Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. 						
<p>4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>4.1 La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La información que se provee acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valores. ➤ Misión y visión. ➤ Plan estratégico. ➤ Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. ➤ Servicios disponibles. ➤ Objetivos y metas de la organización ➤ Estructura organizacional. ➤ Expectativas del desempeño. ➤ Legislación relevante. ➤ Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. ➤ Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. ➤ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización. <p>4.2 La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.</p> <p>4.3 La organización garantiza que cuenta con un programa de capacitación dirigida específicamente a los conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos, tanto para los clínicos como para los no clínicos. El programa incluye un sistema de evaluación del entendimiento de dichos conceptos.</p> <p>4.4 El diseño y posterior evaluación de los programas de educación continuada tienen como insumo, para su planeación, las evaluaciones de desempeño que periódicamente debe realizar la organización., y que están descritas en el estándar 5 de esta sección.</p>						
<p>5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. ▪ El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. ▪ Se provee retroalimentación al personal evaluado. ▪ Este sistema es dado a conocer a cada uno de estos desde el momento que inicia su relación laboral con la organización. 						
6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. ▪ Investigación científica. ▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica. ▪ Conciliación de protocolos médicos. ▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. ▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. ▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. ▪ La atención al cliente y su familia. 						
7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.						
8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a los registros. ▪ Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización. 						
9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
de la organización.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. ▪ Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud. 						
10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.						

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de la gerencia del recurso humano mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁴⁸. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. 						

⁴⁸ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁴⁹: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁴⁹ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						
13. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente validos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Propósito de la sección

La provisión de servicios, así como el desarrollo inherente a los procesos, se desarrolla dentro de un ambiente que impone una serie de riesgos con igual o mayor número de consecuencias adversas al bienestar de los clientes y empleados de la organización. La gerencia del ambiente físico pretende generar una serie de procesos o políticas encaminados a establecer unos mecanismos operativos de prevención y manejo de esos potenciales riesgos con el fin de garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.						
<p>1.1 Lo anterior incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La gerencia de los riesgos físicos. ▪ Mantenimiento de la seguridad industrial. ▪ Preparación para emergencia y desastres. ▪ La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades. <p>1.2 Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</p> <p>1.3 La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los pacientes y de los trabajadores, de los principales riesgos del proceso de atención a los pacientes y de los trabajadores.</p> <p>1.4 Se cuentan con programas de prevención de riesgos dirigidos a los pacientes y funcionarios para sustancias biológicas, químicas, radiológicas, etc., el cual debe contemplar todos los pasos del ciclo de vida útil del elemento dentro de la institución (desde la llegada hasta la eliminación del mismo)</p> <p>1.5 Se lleva un registro de todos los accidentes y potenciales accidentes de los trabajadores y pacientes con el uso de las sustancias anteriormente mencionadas</p> <p>1.6 Se tiene evidencia de capacitación a los empleados en lo anterior</p>						
2. La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares, que incluyen:						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>2.1 Para los clientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Admisión y transporte de los pacientes con infección. ▪ Implementación de técnicas de aislamiento, si aplica para la organización. ▪ Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos o quimioterapia. <p>2.2. Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones postquirúrgicas ambulatorias en donde⁵⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se defina cuándo se considera una infección postquirúrgica ambulatoria. ▪ Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección. ▪ Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes dentro de la organización. <p>2.3 El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.</p> <p>2.4 El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p> <p>2.5 Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.</p> <p>2.6 El personal de la organización recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones.</p> <p>2.7 Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc.).</p>						
<p>3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos. ▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. ▪ Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención. ▪ Programaciones de limpieza. 						
<p>4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:</p>						

⁵⁰ Este criterio aplica exclusivamente a las organizaciones o servicios que prestan cirugía ambulatoria.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. ▪ 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. ▪ Reciclaje y comercialización de materiales. ▪ El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. ▪ La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Lo anterior incluye la garantía que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos. 						
5. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).						
<p>5.1 Existe un plan organizacional que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado. ▪ Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables. ▪ Conexión a la red de urgencias. ▪ Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. <p>Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo la unidad se integra al plan organizacional.</p> <p>5.2 Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización. ▪ Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. ▪ Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. ▪ Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo. <p>5.3 La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta. ▪ Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. ▪ La identificación del personal que está a cargo de los servicios. ▪ Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. ▪ Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización. ▪ Recolectar y difundir la información necesaria. ▪ Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. <p>5.4 La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.</p>						
6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño de un área para la recepción del personal. ▪ Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso. ▪ Aplicación de un sistema de triage. ▪ Señalización del área acomodada para atender al grupo de pacientes. ▪ Activación de protocolos de salida a los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos. ▪ Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.						
<p>7.1 El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos.</p> <p>7.2 El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguridad <ul style="list-style-type: none"> ➢ Prevención de incendios. ➢ Educación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación. ▪ Emergencia <ul style="list-style-type: none"> ➢ Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. ➢ Evacuación de los clientes en riesgo. ➢ Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. ➢ Sistemas de evacuación. ➢ Señalización de sistemas de evacuación. ➢ Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. <p>7.3 La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de incendios.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

8. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención. El proceso incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. ▪ Un sistema de comunicación dentro de la organización para la identificación del cliente. ▪ Designar a un responsable de la búsqueda. ▪ Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización. ▪ Contacto con la policía y la familia del cliente. 						
9. La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido la el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de la gerencia del ambiente físico mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
10. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁵¹. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 						

⁵¹ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁵²: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁵² Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>12. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
<p>13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Propósito de la sección

La sección de los estándares de la gerencia de la información pretende señalar los elementos sustanciales de la organización para el diseño y puesta en marcha de un proceso coherente de gerencia de la información y de los recursos utilizados para su adecuado desarrollo. Implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos. La gerencia de la información debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.						
<p>1.1 Las necesidades que están identificadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los procesos de atención a los clientes. ▪ Planeación de la organización. ▪ Asignación de recursos. ▪ Productividad. ▪ Educación del personal. ▪ Investigación. ▪ Necesidades del cliente y la comunidad. ▪ Direccionamiento organizacional ▪ Mejoramiento de la calidad ▪ Coordinación de servicios frente a la atención del cliente. <p>1.2 Existe un plan para la gerencia de la información. El plan incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La identificación de las necesidades de información. ▪ Captura de los datos. ▪ Análisis de la información. ▪ Transmisión de la información. ▪ Estandarización de la información ▪ Uso de la tecnología ▪ Un proceso de implementación basada en prioridades. ▪ Almacenamiento, conservación y depuración de la información. ▪ Seguridad y confidencialidad de la información. ▪ Sistema de evaluación del plan. ▪ Sistema de mejoramiento 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de la información 						
1.3 Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.						
2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)						
2.1 Los procesos contemplan la recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección la toma oportuna y efectiva de decisiones.						
2.2 Existe un proceso periódico para priorizar y recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los clientes del sistema.						
2.3 La información soporta la gestión de los procesos relacionados con el cliente y los procesos que soportan la operación de la organización.						
3. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.						
3.1 La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas.						
4. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.						
4.1 La seguridad debe prevenir:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso no autorizado. ▪ Pérdida de información. ▪ Manipulación. ▪ Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización. ▪ Deterioro físico de los archivos. 						
4.2 Los registros médicos no pueden dejarse o archivar en sitios físicos donde no estén restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.						
5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.						
5.1 La transmisión debe garantizar la:						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad. ▪ Facilidad de acceso. ▪ Confiabilidad y validez de la información. ▪ Confidencialidad y seguridad. 						
6. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.						
7. Existe un proceso para consolidar, acorde a los servicios de salud que ofrece la institución, la información que se genera de los procesos asistenciales y administrativos. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.						
7.1 Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad. 7.2 La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas.						
8. Los registros clínicos de los pacientes deben contener la suficiente información, de manera clara, que permita que cualquier otro profesional tratante de la organización pueda entender el estado clínico actual del paciente.						
9. La organización garantiza que dentro de 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.						
10. 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.						
11. Existe un plan de contingencia 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.						
12. Le corresponde a la gerencia de sistemas, incorporar dentro de los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización dentro de los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de la gerencia de información mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
13. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya Meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁵³. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 						

⁵³ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁵⁴: ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁵⁴ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
15. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
16. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES ESPECÍFICOS PARA SEDES AMBULATORIAS INTEGRADAS EN RED

Notas básicas para esta sección:

- La presente sección corresponde a estándares específicos dirigidos a redes de prestación de servicios de salud. El cumplimiento de estos estándares son responsabilidad de la gerencia de la red, y será en esta gerencia donde se evaluarán.
- Los presentes estándares no eximen a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual
- La planeación y gerenciamiento de los estándares descritos a continuación, si bien deben ser centralizados en un cabeza de red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, monitorización y mejora de dichos procesos, acorde a las directrices emanadas de la gerencia de la red.
- Los estándares deben ser cumplidos sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red

Los estándares específicos que la gerencia de la red debe cumplir son:

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ATENCIÓN AL USUARIO	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador⁵⁵, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el PAC						
2. Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y continuidad del proceso de atención del paciente.						
3. La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de Eventos Adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red.						

DIRECCIONAMIENTO	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
4. Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los						

⁵⁵ Son los casos específicos donde cada prestador tiene una especialización funcional, que puede complementarse con la de otros prestadores que hacen parte de la red.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red mencionado anteriormente.						
5. El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de dichos mecanismos						

GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
6. Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y atenciones de los pacientes, la cual puede ser accesada por cada uno de los diferentes prestadores, en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.						
7. Cuando se tengan varias sedes, y el usuario pueda consultar en varias de estas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información esta en medio magnético o físico (papel).						
8. Los registros que son usados dentro de los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluyendo los acrónimos a ser usados tanto en la parte médica como en la administrativa. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo						
9. Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta,						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.						
10. La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos donde el paciente es visto dentro de un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud de los mismos, y esta información quede consignada en los registros clínicos.						
11. La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman reciban información detallada y oportuna acerca de los servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.						

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. La gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (Ej. laboratorio) y de soporte administrativo (Ej. sistemas de facturación), así como evitar el uso repetido del mismo examen a los pacientes, en aquellos casos donde estos son remitidos dentro de la misma red.						
13. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde al nivel de complejidad de los prestadores						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. La gerencia de la red garantiza que cuenta con un proceso de planeación y monitorización de objetivos comunes de calidad de la red y de los prestadores que la conforman.						
15. La gerencia de la red cuenta con un proceso periódico y sistemático de recolección, análisis y retroalimentación del comportamiento del desempeño de la actividad o estrategia incorporada en los planes de calidad :						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los datos son obtenidos a través de los datos clínicos y administrativos de cada uno de los prestadores. ▪ Se encarga de desarrollar labores de Benchmarking (Referenciación Competitiva) entre los prestadores y de un análisis agregado del funcionamiento de la red. ▪ Este ejercicio afianza a su vez el seguimiento al direccionamiento estratégico de la red. ▪ Se recomienda que el análisis pueda ser realizado hasta el nivel de desempeño del médico individual, generando concomitantemente programas o procesos de incentivos a la calidad. 						
16. Cuando un resultado en salud es compartido entre diferentes prestadores de la misma red, la gerencia deberá determinar la contribución individual de cada prestador a la consecución del resultado.						

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

4

MANUAL DE MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LOS LABORATORIOS CLÍNICOS

RECOMENDACIONES PARA LA ADECUADA LECTURA Y ENTENDIMIENTO DEL PRESENTE MANUAL

A continuación se presentan una serie de ideas claves que aportarán al lector una guía rápida para entender mejor el contenido del presente manual.

- Los estándares contenidos en este manual procuran reflejar **PROCESOS ORGANIZACIONALES DE DIA A DIA** de las instituciones sujetas a su aplicación. Es decir, la secuencia y contenido de los estándares aquí contenidos no son más que esquematizar el “deber ser” de la operación óptima diaria de una organización de salud.
- Los presentes estándares responden a una serie de niveles de desempeño superior a los contemplados en el sistema único de habilitación. Por lo tanto es importante tener en cuenta que la gran diferencia entre estas dos metodologías es a su vez su gran complemento. Una buena idea es leer los dos manuales y encontrar esos puntos de convergencia, así el uno sea de estándares mínimos y el otro de estándares óptimos de calidad.
- Los estándares no incluyen, dentro de su redacción o nivel de compromiso, ninguna norma legal. Lo anterior quiere decir que todos los estándares, así como aquellos que tengan criterios, establecen un nivel de exigencia superior al de los requerimientos legales, ya sea del sistema general de seguridad social en salud o de otro sistema diferente.
- Se reitera que los estándares proveen el QUE, es decir, los procesos o niveles de desempeño que se quiere obtener, más no dan el COMO, o sea, la forma de conseguir el cumplimiento. Esto último es prerrogativa de cada institución, la cual puede implementar modelos de gestión nacionales o internacionales para la consecución del logro del estándar.
- El presente manual está dirigido exclusivamente a los laboratorios clínicos ambulatorios, con excepción de los laboratorios de salud pública.
- También es importante mencionar que cada una de las diferentes secciones que componen este manual cuentan con un grupo de estándares comunes e idénticos, los cuales están al final de cada una de las secciones mencionadas. Se trata de cuatro estándares, que enmarcan una labor permanente y disciplinada de mejoramiento continuo de la calidad de los procesos contemplados dentro de una sección específica.
- Para el caso específico del manual de estándares de laboratorio clínico, los estándares no se centran en tratar de definir cómo se desarrollan los estándares técnicos de preparación o toma de muestras, sino en el centro de atención definido previamente cómo el eje central del SUA, es decir, el cliente. así entonces, los estándares desarrollan la idea de qué debe ser realizado, de cara al cliente, en los diferentes pasos y actividades que son objeto del laboratorio.
- La sección de gestión de tecnología se centra en **tecnología en salud dirigida a las personas, en procesos asistenciales de atención individual**. Esta misma sección evita la definición de las características técnicas de los equipos con las que debe contar una determina institución, más bien, en qué hacer para gestionarla de manera adecuada, independientemente de su complejidad.

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE – ASISTENCIAL

Propósito de la sección

Esta primera sección del manual de estándares, desarrolla la idea de un proceso óptimo de atención al paciente, es decir pretende señalar el camino lógico de los procesos de atención en salud según la necesidad.

Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia. Parte de la base de no lo que técnicamente debe estar desarrollado por la organización para una buena prestación del servicio, sino que además de estar técnicamente bien hecho, debe estar centrado en el usuario y su familia (cuando aplique).

Es así que entonces se describe todo un proceso de atención a los clientes desde que estos llegan a la organización a solicitar un servicio, hasta aquellas labores que podrían resultar "invisibles" para dicho cliente, tales como la monitorización de la calidad o la preparación interna de una serie de procesos que garanticen una verdadera calidad de la atención en toda la organización, tales como las primeras secciones, dedicadas a desarrollar unos mecanismos internos que proporcionen un trato digno y respetuoso al cliente.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DERECHOS DE LOS PACIENTES	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que guíe el proceso de atención al cliente, el cual está definido desde el plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.						
3. La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes						
4. En los casos en que los derechos de los pacientes deban ser informados a estos, y las condiciones de los pacientes no permitan que comprendan su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión.						
5. En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para acceder potencialmente a dichos servicios.						
6. La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se proveerá atendiendo al respeto que merece la condición de paciente, independiente de sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica						
7. La participación de los pacientes en investigaciones (clínicas o no) deben contar con una aceptación escrita y explícita de los mismos. Previo a esta aceptación se informará oralmente y por escrito al paciente de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DERECHOS DE LOS PACIENTES	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> • Si la investigación amerita la reunión de un comité de ética debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta. • La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología. 						

PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
8. La organización garantiza, mediante un proceso estandarizado el derecho del acceso oportuno de los servicios requeridos por el paciente.						
<ul style="list-style-type: none"> • Para garantizar el acceso oportuno a los pacientes cuenta con una adecuada programación de los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los pacientes, programa la agenda teniendo en cuenta los estándares de tiempo que se necesitan para la realización de cada uno de los procesos de atención, teniendo en cuenta también, las diferencias necesarias de tiempo entre cada uno de estos. 						
9. La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios que presta.						
10. Los tiempos definidos en el estándar 9 serán utilizados dentro del proceso de toma de muestras , cuando aplique según la prueba a realizar						
11. La organización garantiza un proceso que incluye información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente y oferta presentada.						
<ul style="list-style-type: none"> • La organización distribuye dicha información o listados a las personas que están directamente involucradas en la gestión de los procesos de atención (Ej.: portería, recepción, profesionales, etc.) 						
12. En caso de no atención a los pacientes, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención. La organización es libre de definir la categorización o listado de causas de desatención y su amplitud.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
13. La organización, a través de un método de estudio probado y validado, conoce y analiza aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.						
14. El laboratorio cuenta con los protocolos y guías, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización del examen. Estas guías o protocolos se revisan y ajustan periódicamente y, se realiza seguimiento de su adherencia						
15. Referente a las guías o instructivos contemplados en el estándar de esta sección, se debe garantizar que : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estas guías o instructivos se usan en el sitio que asigna las citas, desde el momento mismo en que el paciente solicite la autorización para la realización de un exámenes. ▪ La organización garantiza que estos protocolos son revisados periódicamente y cada actualización es enviada al sitio donde se asigna la cita. ▪ Se garantiza que se deja constancia (física o dentro del sistema de información) sobre las recomendaciones dadas a paciente para su preparación. 						
16. La organización garantiza la información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos.						

Cuando el prestador de servicios sea parte de una red propia de una EPS, y sea esta quien programe la atención en el respectivo prestador, además de cumplir con los estándares anteriormente mencionados, también deberá demostrar el cumplimiento de los siguientes:

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
17. Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para los pacientes que requieran de sus servicios.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de soporte mencionado en el estándar podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (Call Centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, etc.) ▪ El sistema de soporte cuenta con las bases de datos actualizadas de los pacientes con derecho a recibir servicios en el (los) prestador(es). 						
18. Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención y sedes a las que tienen derecho de atención.						
19. Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha y hora. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.						

PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
20. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención, durante el cual se le orienta sobre lo que debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su atención, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su atención. ▪ La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención. ▪ El personal a cargo de la recepción del paciente conoce el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso del laboratorio, el cual también es conocido por todo el personal de atención de la organización. ▪ Se cuentan con procesos estandarizados para informar, desde la misma recepción del paciente, los procesos administrativos que se adelantarán con los resultados de los exámenes, con el fin de que este conozca qué pasará con dichos resultados. 						
21. La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes...						
22. El personal de recepción en el laboratorio clínico está entrenado, y cuenta con un procedimiento para identificar si los pacientes que requieren preparación previa, cumplen con dicha preparación. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución cuando sea necesario.						
23. El personal de recepción deberá indicar al paciente que no esté adecuadamente preparado los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución, en caso de presentarse alguna duda.						
24. La organización cuenta para los casos que lo ameriten, con planes de priorización de toma de muestras o realización de exámenes y entrega de resultados, basados en criterios clínicos.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
25. La organización cuenta con estándares de espera, e informa al paciente cuánto tiempo debe esperar para acceder a la toma de las muestras.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta información está a la vista del público en la sala de espera. ▪ Si por algún motivo se sobrepasa el tiempo previamente estipulado, se le explica personalmente al paciente las causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando. 						
26. La organización dispone de un proceso que garantice que el paciente afectado por esperas prolongadas presente quejas, sugerencias o recomendaciones, del cual se lleva registro, clasificación y desarrolla acciones correctivas y preventiva para evitar su ocurrencia.						
27. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni se atribuirá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.						

PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
28. Existe un proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente, el cual incluye la obtención, procesamiento, análisis y reporte de resultados a los pacientes y /o a los clínicos.						
29. Los protocolos y procedimientos definidos por el laboratorio Clínico se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud, y se planean de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica basada en la Evidencia. Los procedimientos técnicos ofrecidos por el laboratorio clínico garantizan que se emplean metodología validadas antes de se utilización para los análisis						

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
clínicos. En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías o protocolos deben ser explícitas en contener:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ De quién es la responsabilidad de hacer la guía ▪ Cuáles son los objetivos de la guía ▪ Cuál fue el grupo que se reunió e hizo la guía ▪ Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia ▪ Formulación explícita de recomendaciones ▪ Costos y beneficios de la guía ▪ Cada cuánto se hará la actualización ▪ Cómo se evitaron los potenciales errores en la formulación de la guía ▪ Aplicabilidad ▪ Cada cuánto, y cómo, se monitorizará la adherencia a la guía 						
30. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado (cuando sea necesario). Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no realizarse el procedimiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas. La institución se cerciora de la comprensión de la información por parte del paciente.						
31. La organización cuenta con procesos para obtener un registro firmado por el paciente cuando este decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante						
32. El laboratorio clínico cuenta con guías o procedimientos de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, durante todas las etapas del proceso (pre-post)						
33. La organización cuenta con un mecanismo de gestión de los insumos y necesidades para la realización de los exámenes, de acuerdo a la demanda potencial esperada						
La organización garantiza el seguimiento de dicho mecanismo, identificando, analizando y planteando						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
alternativas de ajuste según se requiera						
34. Se tiene establecido, y se conoce por los responsables de los procesos, los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados en la organización.						
35. La organización cuenta con protocolos donde se definen criterios explícitos de la información clínica mínima que debe contener las solicitudes de exámenes. Inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización lleva un registro de las órdenes que no cumplen con dichas directrices, y esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes para sus pacientes. ▪ La organización cuenta con un sistema de consejería a los profesionales que remiten sus pacientes, para el correcto diligenciamiento de las órdenes. 						
36. La organización cuenta con un proceso que garantiza el adecuado flujo de información sobre los pacientes a ser atendidos, entre el PAC, la recepción y la atención propiamente dicha.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
37. La organización debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente en toda toma de muestra.						
38. A los pacientes se los provee, en los casos que así se amerite, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes						
39. La organización garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y replanteados periódicamente con base en nueva evidencia.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos procesos son parte integral de la capacitación e inducción de cada nuevo trabajador de la organización ▪ La organización provee evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados 						
40. Cuando la organización, dado su nivel de complejidad, solo realice la toma de muestras, con el fin de ser referidas a un laboratorio de referencia, debe contar con procesos, basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad y conservación de las mismas.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El personal que transporta las muestras está capacitado y es sujeto de seguimiento de la adherencia a los procedimientos establecidos. 						
41. Cuando se sospeche daño en las muestras, sea en el sitio donde se tomó la muestra, donde se procesa, o en procesos de transporte, se debe garantizar un mecanismo de información al paciente para su retoma. Si el paciente ya se fue del centro asistencial se debe contactar antes de las 24 horas, salvo en casos específicos como por ejemplo hemólisis en muestras de pacientes con síndrome de Down. sueros turbios de pacientes lipidemicos.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
▪ Esta información debe formar parte del seguimiento de los eventos adversos.						
42. El laboratorio debe desarrollar y documentar criterios de aceptación o de rechazo de muestras primarias. Si se aceptan muestras primarias comprometidas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y si es aplicable, que se requiere precaución al interpretar el resultado.						
▪ Para los casos contenidos en el presente estándar, la organización cuenta con un proceso de análisis para identificar las causas que motivaron el daño de la muestra.						
43. Los insumos que son utilizados en el proceso de toma y almacenamiento de la muestra, están debidamente marcados y separados, acorde con la identificación del paciente. Adicionalmente, , la organización garantiza un procedimiento de información sobre proceso donde se diga cómo se realiza la marcación de elementos, incluyendo la descripción de los acrónimos. No se debe aceptar la utilización de siglas o por lo menos debe haber un procesos para su reducción						
44. Se cuenta con un mecanismo de verificación de la identidad del paciente, y se coteja frente a la orden médica y frente a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos.						
45. La organización cuenta, cuando se amerite, con un proceso de consecución del consentimiento informado por parte del paciente.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
50. La organización cuenta con estándares para la entrega de reportes de resultados, los cuales son revisados y ajustados según las necesidades identificadas						
51. La organización cuenta con un procedimiento para informar al profesional y a los pacientes sobre las demoras que se puedan presentar para la entrega de resultados, que incluye información precisa sobre cuando éstos serán entregados.						
52. La organización cuenta con un proceso donde se especifica la información mínima que debe contener los reportes de resultados y se evalúa su adherencia.						
53. Todos los resultados de exámenes y procedimientos se entregan de manera escrita. En los casos excepcionales donde la entrega se haga de manera telefónica, se lleva un registro escrito, tanto del laboratorio que reporta como del que donde se recibe, de la persona que lo informa y de quién lo dicta y quién lo recibe. En ningún caso el resultado puede ser entregado de manera verbal (cara a cara o telefónico) al paciente.						
54. La organización cuenta con un proceso de almacenamiento y conservación del registro original, en todos los casos, incluyendo cuando los resultado escritos son una transcripción de una copia, dictado o grabación y esta transcripción no es realizada por la misma persona que realizó el análisis de los exámenes. Adicionalmente, la organización cuenta con un proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia y trazabilidad entre los diferentes registros.						
55. El laboratorio clínico cuenta con procedimientos para la reducción de la utilización de siglas, abreviaturas, usados en los reportes de los exámenes, y capacita al personal en estos procedimientos. En caso de que los profesionales o técnicos no estén siguiendo dichos procesos, se generan mecanismos de evaluación y establecimiento de medidas de mejoramiento.						
56. La organización cuenta con un proceso para identificar, proactivamente, los casos en los cuales los resultados (por causas inherentes al procesamiento mismo) se demorarán más de lo establecido en los estándares. Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de las muestras, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuar por orden de prioridad las						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
muestras retrasadas.						
57. Existe un proceso para garantizar que todos los exámenes realizados sean entregados al paciente, o en su defecto al médico tratante, si el proceso fue diseñado de ese modo						
58. La organización garantiza un proceso permanente de asesoría a los profesionales solicitantes de exámenes para la correcta interpretación de los resultados						
59. La organización cuenta con un proceso de procedimientos para identificar y cuantificar errores en la entrega de resultados a pacientes equivocados. En estos casos se deberá generar una respuesta inmediata los interesados, dejando constancia de dicha anomalía.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización analiza los errores para tomar acciones tendientes a su prevención 						
60. Para aquellos casos de exámenes especiales, cuyos resultados pueden influir en la integridad moral de las personas, la organización garantiza la confidencialidad de los mismos.						

PROCESO DE RETROALIMENTACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
61. La organización tiene establecido un proceso sistemático y periódico que permite monitorizar las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y quejas de los usuarios.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A estas monitorizaciones se les realiza un proceso de consolidación, análisis y formulación de acciones de mejoramiento. ▪ El proceso es conocido por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público y se capacitan constantemente con los cambios realizados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

CONTROL DE CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
62. La organización cuenta, con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.						
63. Se lleva registro de las acciones de control de calidad y de las acciones correctivas establecidas por la organización, las cuales son conocidas y analizadas.						
64. El laboratorio debe llevar un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos.						
65. El laboratorio tiene un sistema para comparar los resultados del control de calidad externo de las pruebas de proficiencia contra estándares válidos de desempeño, para todas las pruebas que realiza en el laboratorio.						
▪ Si no se dispone de un programa de control de calidad externo, en el caso de analitos investigados con poca frecuencia, se puede usar el método de comparar resultados con otro laboratorio de reconocida idoneidad (análisis de muestra dividida).						
66. El laboratorio debe verificar periódicamente la validez del intervalo de análisis de los métodos usados por el laboratorio. Debe llevar un registro de las fechas y resultados obtenidos.						
▪ 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 correspondientes.						
▪ 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 2 niveles, inmunoensayos mínimo 3 niveles.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) del proceso asistencial mencionado en el presente capítulo, el cual comprende como mínimo, el cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
67. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención en salud.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁵⁶. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 						

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

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁵⁷: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁵⁷ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
68. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none">▪ Se garantiza que las actividades se realicen completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo.▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones.▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras.▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:<ul style="list-style-type: none">➢ Alto riesgo.➢ Alto volumen.➢ Alto costo.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>69. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DIRECCIONAMIENTO

Propósito de la sección

Una de las actividades fundamentales de cualquier organización, no solo de salud, que se precie de trabajar en pro de la calidad, es contar con un método formal que defina el rumbo que debe tomar la organización y las estrategias o acciones para cumplir tal cosa. Es así como esta carta de navegación debe ser la herramienta fundamental para orientar y ejercer el liderazgo dentro de la organización, entendiendo que se convierte a su vez en la pieza fundamental para direccional la ejecución diaria de los procesos y el comportamiento de los trabajadores.

Los órganos de direccionamiento de la organización deben estar en permanente capacidad de desarrollar, implementar y desplegar esa serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad. De esta manera se promueve que estos órganos de gobierno estén involucrados explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.						
2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye, por lo menos, la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.						
3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico (incluyendo los valores, misión y visión) de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de la organización con la comunidad que sirve. ▪ Los cambios normativos ▪ La competencia en el mercado ▪ El medio ambiente ▪ Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia. ▪ Aspectos que guían la ética de la organización. ▪ La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. ▪ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios 						
4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. ▪ La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y del proceso de atención al cliente. 						
5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.						
7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad de la atención por tipos de servicios. ▪ Utilización de servicios por afiliado. ▪ Satisfacción global del cliente con la atención recibida. ▪ Calidad de la atención. 						
8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, el cual está alineado con el direccionamiento estratégico de la organización.						
9. Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>10. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos. ▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas. ▪ Los líderes están activamente involucrados en el seguimiento del desempeño 						
<p>11. El asesoramiento involucra las políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención a los clientes.</p>						
<p>12. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los integrantes de la junta directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así mismo, de cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. ▪ Especial énfasis debe ser puesto en la filosofía, políticas y procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) del direccionamiento mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
13. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables.						
▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa.						
▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección ⁵⁸ . Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.						
▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité.						
▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno.						
▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.						
▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.						

⁵⁸ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁵⁹: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁵⁹ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
15. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none">▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico.▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico.▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo.▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas.▪ 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.						
16. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none">▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad.						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA

Propósito de la sección

Este capítulo en particular afianza las labores estratégicas planteadas en el capítulo inmediatamente anterior, dándole al gerente de la organización, una serie de elementos de trabajo para lograr interrelacionar los procesos estratégicos con los procesos del día a día. Es así como termina el gerente planteándose una serie de procesos de integración con el personal y sus unidades funcionales, con el fin de cohesionar las actividades de estos últimos con el gran proceso de direccionamiento estratégico.

El proceso de atención al cliente y su familia, así como los procesos que involucran a los clientes internos, deben estar soportados por una serie de decisiones estratégicas que orienten el adecuado desarrollo y desempeño de cada uno de estos. Es responsabilidad de la gerencia de la organización, garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar este tipo de decisiones y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales. La presente sección desarrolla una serie de elementos básicos y fundamentales que soportan la adecuada toma de decisiones.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.						
2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una metodología para la identificación de las necesidades. ▪ Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. ▪ La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso. 						
3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la Organización. El soporte es demostrado a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. ▪ Un sistema de acompañamiento y retroalimentación. ▪ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. ▪ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización. 						
4. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional⁶⁰, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario. Las metas y objetivos:						

⁶⁰ Si la complejidad de la organización lo amerita

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none">Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.Proveen orientación para el proceso de atención del cliente.Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia.						
5. La gerencia de la organización promueve mecanismos de colaboración y coordinación para el mejoramiento organizacional o de procesos entre diferentes dependencias o departamentos.						
<ul style="list-style-type: none">Se tienen hechos y datos de estas acciones colaborativas.						
6. 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 y el sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos.						
7. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye:						
<ul style="list-style-type: none">Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento.La evaluación del logro de las metas y objetivos						
8. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización. El respeto por el cliente incluye:						
<ul style="list-style-type: none">Dignidad personal.Privacidad.Seguridad.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
9. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla:						
<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 compañeros de trabajo ▪ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. ▪ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. ▪ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas. 						
10. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.						
11. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de prioridades en el plan. ▪ Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. ▪ Evaluación de los recursos disponibles. 						
12. Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición de la productividad. ▪ Costeo. ▪ Monitorización de los presupuestos. ▪ Manejo de inventarios. ▪ Manejo de seguros. ▪ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. ▪ Auditoría de procesos. ▪ Seguimiento de contingencias cubiertas por ATEP y SOAT. ▪ Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades. 						
<p>13. Cuando la organización decida contratar con un tercero la prestación de algún servicio, este (la delegataria) debe garantizar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cuenta con un proceso de evaluación externa de calidad, con criterios explícitos, al delegado, previa delegación. ▪ Evalúa periódicamente al delegado. Este ultimo conoce de antemano el proceso y los criterios con los cuales va a ser evaluado ▪ Se cuentan con mecanismos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el delegado, en los cuales se cuenta con participación de profesionales y técnicos de este último. ▪ Se cuenta con procesos diseñados previamente de resolución de conflictos entre las partes. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de los procesos de gerencia mencionados en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁶¹. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

⁶¹ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none">▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁶²:<ul style="list-style-type: none">➤ Seguridad➤ Continuidad➤ Coordinación➤ Competencia➤ Aceptabilidad➤ Efectividad➤ Pertinencia➤ Eficiencia➤ Accesibilidad➤ Oportunidad	
--	--

⁶² Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
 (**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>15. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Alto riesgo. ➢ Alto volumen. ➢ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
16. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente validos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
17. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DEL RECURSO HUMANO

Propósito de la sección

El esquema de trabajo organizacional, basado en filosofías de Mejoramiento Continuo de la Calidad, debe tener presente que los trabajadores de la organización cumplen un papel preponderante como clientes internos de sus procesos o dependencias funcionales. De la manera como se enfoque la participación de estos clientes dentro de la toma de decisiones, su implementación y retroalimentación (oír la voz del cliente interno), así será el grado de cambio dentro de cada una de estas organizaciones. Una organización podrá lograr el mejoramiento continuo de sus procesos sólo en la medida en que reconozca y acepte la promoción de una cultura participativa dentro de sus trabajadores.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>3.1 Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo. Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experiencia. ▪ Licenciamiento o certificación, si aplica. <p>3.2 Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento y habilidades. ▪ Relaciones interpersonales. ▪ Habilidades de liderazgo y administrativas. ▪ Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. 	Empty cells for the first part of the table					
<p>4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</p>	Empty cells for the second part of the table					

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>4.1 La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La información que se provee acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Valores. ➢ Misión y visión. ➢ Plan estratégico. ➢ Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. ➢ Servicios disponibles. ➢ Objetivos y metas de la organización ➢ Estructura organizacional. ➢ Expectativas del desempeño. ➢ Legislación relevante. ➢ Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. ➢ Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. ➢ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización. <p>4.2 La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.</p> <p>4.3 La organización garantiza que cuenta con un programa de capacitación dirigida específicamente a los conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos, tanto para los clínicos como para los no clínicos. El programa incluye un sistema de evaluación del entendimiento de dichos conceptos.</p> <p>4.4 El diseño y posterior evaluación de los programas de educación continuada tienen como insumo, para su planeación, las evaluaciones de desempeño que periódicamente debe realizar la organización, y que están descritas en el estándar 5 de esta sección.</p>						
<p>5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. ▪ El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. ▪ Se provee retroalimentación al personal evaluado. ▪ Este sistema es dado a conocer a cada uno de estos desde el momento que inicia su relación laboral con la organización. 						
<p>6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. ▪ Investigación científica. ▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica. ▪ Conciliación de protocolos médicos. ▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. ▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. ▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. ▪ La atención al cliente y su familia. 						
<p>7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.</p>						
<p>8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de la gerencia del recurso humano mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	1	4	3	2	1	NA
11. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁶³. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

⁶³ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	1	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none">El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.						
<ul style="list-style-type: none">Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁶⁴:<ul style="list-style-type: none">➤ Seguridad➤ Continuidad➤ Coordinación➤ Competencia➤ Aceptabilidad➤ Efectividad➤ Pertinencia➤ Eficiencia➤ Accesibilidad➤ Oportunidad						

⁶⁴ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>13. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Propósito de la sección

La provisión de servicios, así como el desarrollo inherente a los procesos, se desarrolla dentro de un ambiente que impone una serie de riesgos con igual o mayor número de consecuencias adversas al bienestar de los clientes y empleados de la organización. La gerencia del ambiente físico pretende generar una serie de procesos o políticas encaminados a establecer unos mecanismos operativos de prevención y manejo de esos potenciales riesgos con el fin de garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>1. La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.</p>						
<p>1.1 Lo anterior incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La gerencia de los riesgos físicos. ▪ Mantenimiento de la seguridad industrial. ▪ Preparación para emergencia y desastres. ▪ La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades. <p>1.2 Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</p> <p>1.3 La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los pacientes y de los trabajadores, de los principales riesgos del proceso de atención a los pacientes y de los trabajadores.</p> <p>1.4 Se cuentan con programas de prevención de riesgos dirigidos a los pacientes y funcionarios para sustancias biológicas, químicas, radiológicas, etc., el cual debe contemplar todos los pasos del ciclo de vida útil del elemento dentro de la institución (desde la llegada hasta la eliminación del mismo)</p> <p>1.5 Se lleva un registro de todos los accidentes y potenciales accidentes de los trabajadores y pacientes con el uso de las sustancias anteriormente mencionadas</p> <p>1.6 Se tiene evidencia de capacitación a los empleados en lo anterior</p>						
<p>2. La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares, que incluyen:</p>						
<p>2.1 Para los clientes:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Admisión y transporte de los pacientes con infección. ▪ Implementación de técnicas de aislamiento, <i>si aplica para la organización</i>. ▪ Garantía del uso de técnicas asépticas para la aplicación de medicamentos intravenosos en el caso de pruebas específicas; y se prevén los mecanismos para evitar posibles complicaciones. <p>2.2 El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo. 2.3 El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización. 2.4 Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones. 2.5 El personal de la organización recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones. 2.6 Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc.).</p>						
3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos. ▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. ▪ Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención. ▪ Programaciones de limpieza. 						
4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. ▪ 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. ▪ Reciclaje y comercialización de materiales. ▪ El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. ▪ La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Lo anterior incluye la garantía que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita aun cuando se 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos						
5. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).						
5.1 Existe un plan organizacional que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado. ▪ Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables. ▪ Conexión a la red de urgencias. ▪ Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. 5.2 Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo la unidad se integra al plan organizacional. 5.3 Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización. ▪ Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. ▪ Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. ▪ Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo. 5.4 La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta. ▪ Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. ▪ La identificación del personal que está a cargo de los servicios. ▪ Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. ▪ Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización. ▪ Recolectar y difundir la información necesaria. ▪ Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. 5.5 La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño de un área para la recepción del personal. ▪ Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso. ▪ Aplicación de un sistema de <i>priorización</i>. ▪ Señalización del área definida para atender al grupo de pacientes. ▪ Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias. 						
7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.						
<p>7.1 El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos.</p> <p>7.2 El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguridad <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevención de incendios. ➤ Educación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación. ▪ Emergencia <ul style="list-style-type: none"> ➤ Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. ➤ Evacuación de los clientes en riesgo. ➤ Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. ➤ Sistemas de evacuación. ➤ Señalización de sistemas de evacuación. ➤ Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. <p>7.3 La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de incendios.</p>						
8. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención. El proceso incluye:						

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none">Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución.Un sistema de comunicación dentro de la organización para la identificación del cliente.Designar a un responsable de la búsqueda.Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización.Contacto con la policía y la familia del cliente.						
9. La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido la el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de la gerencia del ambiente físico mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
10. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables.						
▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa.						
▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección ⁶⁵ . Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.						
▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité.						
▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno.						

⁶⁵ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>11. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia el por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>12. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Propósito de la sección

La sección de los estándares de la gerencia de la información pretende señalar los elementos sustanciales de la organización para el diseño y puesta en marcha de un proceso coherente de gerencia de la información y de los recursos utilizados para su adecuado desarrollo. Implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos. La gerencia de la información debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.</p> <p>Las necesidades que están identificadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los procesos de atención a los clientes. ▪ Planeación de la organización. ▪ Asignación de recursos. ▪ Productividad. ▪ Educación del personal. ▪ Investigación. ▪ Necesidades del cliente y la comunidad. ▪ Direccionamiento organizacional ▪ Mejoramiento de la calidad ▪ Coordinación de servicios frente a la atención del cliente. <p>Existe un plan para la gerencia de la información. El plan incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La identificación de las necesidades de información. ▪ Captura de los datos. ▪ Análisis de la información. ▪ Transmisión de la información. ▪ Estandarización de la información ▪ Uso de la tecnología ▪ Un proceso de implementación basada en prioridades. ▪ Almacenamiento, conservación y depuración de la información. ▪ Seguridad y confidencialidad de la información. ▪ Sistema de evaluación del plan. ▪ Sistema de mejoramiento 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de la información 						
1.3 Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.						
2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)						
2.1 Los procesos contemplan la recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección la toma oportuna y efectiva de decisiones.						
2.2 Existe un proceso periódico para priorizar y recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los clientes del sistema.						
2.3 La información soporta la gestión de los procesos relacionados con el cliente y los procesos que soportan la operación de la organización.						
3. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.						
3.1 La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas.						
4. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.						
4.1 La seguridad debe prevenir:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso no autorizado. ▪ Pérdida de información. ▪ Manipulación. ▪ Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización. ▪ Deterioro físico de los archivos. 						
4.2 Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no estén restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.						
5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
5.1 La transmisión debe garantizar la: ▪ Oportunidad. ▪ Facilidad de acceso. ▪ Confiabilidad y validez de la información. ▪ Confidencialidad y seguridad.						
6. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.						
7. Existe un proceso para consolidar, acorde a los servicios de salud que ofrece la institución, la información que se genera de los procesos asistenciales y administrativos. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.						
7.1 Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad. 7.2 La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas.						
8. Los registros clínicos de los pacientes deben contener la suficiente información, de manera clara, que permita que cualquier otro profesional tratante de la organización pueda entender el estado clínico actual del paciente.						
9. La organización garantiza que dentro de 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.						
10. 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.						
11. Existe un plan de contingencia 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.						
12. Le corresponde a la gerencia de sistemas, incorporar dentro de los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización dentro de los						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos.						

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de la gerencia de información mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
13. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁶⁷. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

⁶⁷ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

<ul style="list-style-type: none">▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.	
<ul style="list-style-type: none">▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁶⁸:<ul style="list-style-type: none">➤ Seguridad➤ Continuidad➤ Coordinación➤ Competencia➤ Aceptabilidad➤ Efectividad➤ Pertinencia➤ Eficiencia➤ Accesibilidad➤ Oportunidad	

⁶⁸ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	1	4	3	2	1	NA
14. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none">▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo.▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones.▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras.▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:<ul style="list-style-type: none">➤ Alto riesgo.➤ Alto volumen.➤ Alto costo.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
15. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente validos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
16. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
 (**8 DE MAYO DE 2006**)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. La organización cuenta con un proceso de análisis, para que, previo a la introducción de nueva tecnología, se estudien factores, para garantizar la adecuada incorporación de la misma, tales como el costo beneficio o costo efectividad de la nueva tecnología, la evidencia de seguridad, etc.						
2. Existe un proceso que garantiza que se minimizan los riesgos asociados con la adquisición y uso de las tecnologías. Su propósito es garantizar que cuando una tecnología es usada esta:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es entendida por el profesional que la usa, ▪ Mantenedida en una condición segura 						
3. La organización cuenta con un sistema que garantiza la continuidad de los procesos en casos de contingencia, tales como daño del equipo, fallas de luz, etc.						
4. La organización garantiza que existe una responsabilidad delegada a un grupo de profesionales y técnicos⁶⁹, por parte de la gerencia, para todos los aspectos de la gestión de la tecnología. El delegado debe garantizar:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El reporte de los eventos adversos asociados con el uso de la tecnología ▪ La diseminación de la información sobre seguridad del uso de la tecnología ▪ La realización de entrenamientos en el uso de la tecnología ▪ La determinación de los precios de compra y los costos asociados al mantenimiento y gastos recurrentes ▪ La coordinación del inventario de equipos 						
5. La política de compra o reposición de tecnología de la organización debe incluir por lo menos:						

⁶⁹ Puede ser una delegación a un tercero, externo a la institución. De todas maneras, la organización debe asegurarse que el estándar y sus criterios sean cumplidos.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none">Definición del tiempo de vida útil de la tecnologíaGarantíaSeguridadConfiabilidad, incluyendo los problemas o fallas reportadas por otros compradoresSoporte, incluyendo qué tipo de soporte y por cuánto tiempoNecesidades e intervalos de mantenimiento						
6. Existe una política organizacional para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología. Esto incluye, entre otras cosas la necesidad de:						
<ul style="list-style-type: none">Pruebas de seguridad antes de usar la tecnologíaEntrenamiento a los profesionales y técnicos previo al uso						
7. Todas las tecnologías cuentan con pruebas de validación previos a su aceptación dentro de la organización.						
<ul style="list-style-type: none">No importa si es comprado, donado o en leasing.El chequeo debe ser realizado por personal entrenadoSe debe comprobar que viene completoSe debe comprobar que se desempeña según el manual						
8. La organización debe garantizarle a los usuarios de la tecnología						
<ul style="list-style-type: none">Que esta tenga instrucciones impresasQue el tamaño de los manuales sea fácilmente manipulablesQue si son traducidos de otros idiomas sean coherentes						
9. La organización garantiza que dentro del proceso de mantenimiento (sea interno o delegado a un tercero) se provee evidencia que el personal a cargo cuenta con un entrenamiento formal para						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de la gerencia de la tecnología mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya Meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁷⁰. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

⁷⁰ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁷¹: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁷¹ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**)**
8 DE MAYO DE 2006

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
15. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**)**
8 DE MAYO DE 2006

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
16. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
17. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES ESPECÍFICOS PARA SEDES AMBULATORIAS INTEGRADAS EN RED

Notas básicas para esta sección:

- La presente sección corresponde a estándares específicos dirigidos a redes de prestación de servicios de salud. El cumplimiento de estos estándares son responsabilidad de la gerencia de la red, y será en esta gerencia donde se evaluarán.
- Los presentes estándares no eximen a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual
- La planeación y gerenciamiento de los estándares descritos a continuación, si bien deben ser centralizados en un cabeza de red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, monitorización y mejora de dichos procesos, acorde a las directrices emanadas de la gerencia de la red.
- Los estándares deben ser cumplidos sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red

Los estándares específicos que la gerencia de la red debe cumplir son:

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ATENCIÓN AL USUARIO	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador⁷², esta información debe ser clara para el usuario, así como para el PAC						
2. Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y continuidad del proceso de atención del paciente.						
3. La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de los registros de atención y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de Eventos Adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red.						

⁷² Son los casos específicos donde cada prestador tiene una especialización funcional, que puede complementarse con la de otros prestadores que hacen parte de la red.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DIRECCIONAMIENTO	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
4. Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red mencionado anteriormente.						
5. El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de dichos mecanismos.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>6. Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y atenciones de los pacientes, la cual puede ser accesada por cada uno de los diferentes prestadores, en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.</p>						
<p>7. Cuando se tengan varias sedes, y el usuario pueda consultar en varias de estas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información esta en medio magnético o físico (papel).</p>						
<p>8. Los registros que son usados dentro de los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluyendo los acrónimos a ser usados tanto en la parte médica como en la administrativa. Los registros deben garantizar su diligenciamiento completo, independientemente de donde se reciba y atiende el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo</p>						
<p>9. Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.</p>						
<p>10. La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman reciban información detallada y oportuna acerca de los servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. La gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (Ej. laboratorio) y de soporte administrativo (Ej. sistemas de facturación), así como evitar el uso repetido del mismo examen a los pacientes, en aquellos casos donde estos son remitidos dentro de la misma red.						
12. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde al nivel de complejidad de los prestadores						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
13. La gerencia de la red garantiza que cuenta con un proceso de planeación y monitorización de objetivos comunes de calidad de la red y de los prestadores que la conforman.						
14. La gerencia de la red cuenta con un proceso periódico y sistemático de recolección, análisis y retroalimentación del comportamiento del desempeño de la actividad o estrategia incorporada en los planes de calidad :						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los datos son obtenidos a través de los datos clínicos y administrativos de cada uno de los prestadores. ▪ Se encarga de desarrollar labores de Benchmarking (Referenciación Competitiva) entre los prestadores y de un análisis agregado del funcionamiento de la red. ▪ Este ejercicio afianza a su vez el seguimiento al direccionamiento estratégico de la red. ▪ Se recomienda que el análisis pueda ser realizado hasta el nivel de desempeño del médico individual, generando concomitantemente programas o procesos de incentivos a la calidad. 						
15. Cuando un resultado en salud es compartido entre diferentes prestadores de la misma red, la gerencia deberá determinar la contribución individual de cada prestador a la consecución del resultado.						

5

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene los estándares para la acreditación de instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.

RECOMENDACIONES PARA LA ADECUADA LECTURA Y ENTENDIMIENTO DEL PRESENTE MANUAL

A continuación se presentan una serie de ideas claves que aportarán al lector una guía rápida para entender mejor el contenido del presente manual.

- Los estándares contenidos en este manual procuran reflejar **PROCESOS ORGANIZACIONALES DE DIA A DIA** de las instituciones sujetas a su aplicación. Es decir, la secuencia y contenido de los estándares aquí contenidos no son más que esquematizar el "deber ser" de la operación óptima diaria de una organización ambulatoria de salud.
- Los presentes estándares responden a una serie de niveles de desempeño superior a los contemplados en el sistema único de habilitación. Por lo tanto es importante tener en cuenta que la gran diferencia entre estas dos metodologías es a su vez su gran complemento. Una buena idea es leer los dos manuales y encontrar esos puntos de convergencia, así el uno sea de estándares mínimos y el otro de estándares óptimos de calidad.
- Los estándares no incluyen, dentro de su redacción o nivel de compromiso, ninguna norma legal. Lo anterior quiere decir que todos los estándares, así como aquellos que tengan criterios, representan un nivel de exigencia por encima de los requerimientos mínimos legales, ya sea del sistema general de seguridad social en salud o de otro sistema diferente.
- Se reitera que los estándares proveen el QUE, es decir, los procesos o niveles de desempeño que se quiere obtener, más no dan el COMO, o sea, la forma de conseguir el cumplimiento. Esto último es prerrogativa de cada institución, la cual puede implementar modelos de gestión nacionales o internacionales para la consecución del logro del estándar.
- El presente manual está dirigido a las instituciones que ofrecen servicios de imagenología.
- Igualmente, al final del manual, se incorpora una sección especial de estándares para Sedes Integradas en Redes de Prestación. Esta sección está dirigida específicamente a aquellas organizaciones de prestación de servicios de salud que cuenten con un número igual o mayor a dos sedes de prestación de servicios de salud, sean estas complementarias o no en sus acciones de atención. Es importante entender que esta sección es complementaria al resto de los estándares, es decir, no exime a cada uno de los prestadores a cumplir con el resto de los estándares contenidos en este manual.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(

8 DE MAYO DE 2006

)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

- Hay que resaltar la idea que el presente manual no está dirigido a servicios ambulatorios, esto es, no está dirigido a acreditar servicios individuales dentro de un prestador, sea ambulatorio u hospitalario. Se refrenda la idea original del SUA, donde el cliente de la acreditación es la organización como un todo.
- También es importante mencionar que cada una de las diferentes secciones que componen este manual cuentan con un grupo de estándares comunes e idénticos, los cuales están al final de cada una de las secciones mencionadas. Se trata de cuatro estándares, que enmarcan una labor permanente y disciplinada de mejoramiento continuo de la calidad de los procesos contemplados dentro de una sección específica.
- La sección de gestión de tecnología se centra en **tecnología en salud dirigida a las personas, en procesos asistenciales de atención individual**. Esta misma sección evita la definición de las características técnicas de los equipos con las que debe contar una determina institución, más bien, en qué hacer para gestionarla de manera adecuada, independientemente de su complejidad.

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE – ASISTENCIAL

Propósito de la sección

Esta primera sección del manual de estándares, desarrolla la idea de un proceso de atención al paciente, en su forma general y los específicos para ciertos servicios, esto es, pretende señalar el camino lógico de la relación paciente – procesos de la organización dentro de un sistema discreto de atención a unas necesidades en salud.

Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia. Parte de la base de no lo que técnicamente debe estar desarrollado por la organización para una buena prestación del servicio, sino que además de estar técnicamente bien hecho, debe estar centrado en el usuario y su familia (cuando aplique).

Es así que entonces se describe todo un proceso de atención a los clientes desde que estos llegan a la organización a solicitar un servicio, hasta aquellas labores que podrían resultar "invisibles" para dicho cliente, tales como la monitorización de la calidad o la preparación interna de una serie de procesos que garanticen una verdadera calidad de la atención en toda la organización, tales como las primeras secciones, dedicadas a desarrollar unos mecanismos internos que proporcionen un trato digno y respetuoso al cliente.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DERECHOS DE LOS PACIENTES	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que guíe el proceso de atención al cliente, el cual está definido desde el plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.						
3. La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes						
4. En los casos en que los derechos de los pacientes deban ser informados a estos, y las condiciones de los pacientes no permitan que comprendan su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión.						
5. En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para potencialmente acceder a dichos servicios.						
6. La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se proveerá atendiendo al respeto que merece la condición de paciente, independiente de sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.						
7. La participación de los pacientes en investigaciones (clínicas o no) deben contar con una aceptación escrita y explícita de los mismos. Previo a esta aceptación se informará oralmente y por escrito al paciente de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

DERECHOS DE LOS PACIENTES	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
7.1 La investigación amerita la reunión de un comité de ética debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.						
7.2 La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
8. La organización garantiza, y en los casos que aplique, el derecho del paciente, a través de un proceso estandarizado, de solicitar cita con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contará con un sistema que permita verificar la disponibilidad y oportunidad para dicho profesional y le informará al solicitante dichos resultados. ▪ En caso que el profesional seleccionado por el paciente no cuente con la disponibilidad y/u oportunidad de preferencia para el paciente, la organización le explica cuándo este profesional vuelve a tener disponibilidad. En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acorde a las necesidades del mismo. 						
9. La organización, para una adecuada programación de los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los pacientes, programa la agenda teniendo en cuenta los estándares de tiempo que se necesitan para la realización de cada uno de los procesos de atención, teniendo en cuenta también, las diferencias necesarias de tiempo entre cada uno de estos.						
10. La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.						
11. En caso de no atención a los pacientes con citas asignadas o autorizadas, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación y análisis de las causas de inatención. La organización es libre de definir la categorización (listado de causas), así como su amplitud, de las causas de dichas intenciones.						
12. La organización, a través de cualquier método probado y validado de estudio, conoce y analiza aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.						
13. La organización tiene definidas unas guías o instructivos, con criterios explícitos, y cuando el						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
examen o procedimiento así lo requiera, donde se establecen una serie de necesidades de preparación previa del paciente para la realización del examen.						
14. La organización garantiza que podría brindar información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos.						

Cuando el prestador de servicios sea parte de una red propia de una EAPB, y sea esta quien programe la atención en el respectivo prestador, además de cumplir con los estándares anteriormente mencionados, también deberá demostrar el cumplimiento de los siguientes.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
15. Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para la autorización y asignación de citas a los pacientes que requieran de sus servicios.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de soporte mencionado en el estándar podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (Call Centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, etc.) ▪ El sistema de soporte cuenta con las bases de datos actualizadas de los pacientes con derecho a recibir servicios en el (los) prestador(es). 						
16. Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores a los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.						
17. Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha, hora, dirección y profesional asignado. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
18. Referente a las guías o instructivos para la asignación de citas, se debe garantizar que :						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estas guías o instructivos se usan en el sitio que asigna las citas, desde el momento mismo en que el paciente solicite la autorización para la realización de un exámenes. ▪ La organización garantiza que estos protocolos son revisados periódicamente y cada actualización es enviada al sitio donde se asigna la cita. ▪ Se garantiza que se deja constancia (física o dentro del sistema de información) sobre las recomendaciones dadas a paciente para su preparación. 						
19. Los tiempos definidos serán utilizados dentro del proceso de asignación de citas para el manejo de solicitud de citas, y programación, que hagan los pacientes.						
20. La organización garantiza que el sitio que asigna las citas envía, desde el día previo, o antes que comiencen a ser atendidos los pacientes, el listado de pacientes a atender, su orden de atención y el profesional asignado, así como información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización distribuye dicha información o listados a las personas que están directamente involucradas en la gestión de los procesos de atención (Ej.: portería, recepción, profesionales, etc.) 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>21. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento, donde se le orienta sobre qué debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su atención. ▪ La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención ▪ El personal a cargo de la recepción del paciente conoce el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso, el cual también es conocido por todo el personal de atención de la organización. ▪ Se cuentan con procesos estandarizados para informar, desde la misma recepción del paciente, los procesos administrativos que se adelantaran con los resultados de los exámenes, con el fin de que este conozca qué pasará con los dichos resultados. 						
<p>22. La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.</p>						
<p>23. El personal de recepción en imagenología, debe estar entrenado, y contar con las guías de preparación a la mano, para identificar si los pacientes que ameriten contar con una preparación previa cumplen con dicho requisito. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución, en caso de presentarse alguna duda.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
24. El personal de recepción deberá indicar al paciente que no este adecuadamente preparado los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución, en caso de presentarse alguna duda						
25. La organización deberá contar, para los casos que se amerite, con planes de priorización de realización de procedimientos y entrega de resultados, basados en criterios de priorización clínica.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
26. La organización cuenta con estándares de espera, para informar cuánto tiempo deben esperar los pacientes para acceder a la consulta o realización de exámenes.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta información está a la vista del público en la sala de espera. ▪ Si por algún motivo se sobrepasa el tiempo previamente estipulado, se le explica personalmente al paciente las causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando 						
27. La organización dispone de mecanismos para que el paciente afectado por esperas prolongadas pueda presentar quejas, sugerencias o recomendaciones. Independientemente del mecanismo, la organización garantiza que se lleva un registro de las mismas, que clasifica los motivos y genera acciones correctivas para evitar su recurrencia.						
28. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención⁷³. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni tendrá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.						

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
29. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implementación y seguimiento de los exámenes y procedimientos para la consecución de los resultados.						
30. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento, de los cuidados en salud ofrecidos por la organización, están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.						
<p>En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De quién es la responsabilidad de hacer la guía. ▪ Cuáles son los objetivos de la guía. ▪ Cuál fue el grupo que se reunió e hizo la guía. ▪ Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia. ▪ Formulación explícita de recomendaciones. ▪ Costos y beneficios de la guía. ▪ Cada cuánto se hará la actualización. ▪ Cómo se evitaron los potenciales errores en la formulación de la guía. ▪ Aplicabilidad. ▪ Cada cuánto, y cómo, se monitorizará la adherencia a la guía. 						
31. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado (solo cuando sea necesario). Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.						
32. La organización cuenta con procesos para obtener un registro firmado por el paciente cuando este decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
tratante.						
33. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de la realización de un examen o procedimiento.						
34. La organización cuenta con sistemas de planeación que garantizan el conocimiento de cuántos insumos, recursos humanos, tecnología, etc., se necesitan para la realización de los exámenes o procedimientos, de acuerdo a la demanda potencial esperada						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización debe garantizar el seguimiento a dicho plan, identificando, analizando y planteando alternativas de ajuste cuando la planeación no concuerde con lo ejecutado. 						
35. Se tiene establecido, y se conoce por los responsables de los procesos, los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados en la organización.						
36. La organización cuenta con guías donde se definen criterios explícitos de la información clínica mínima que debe contener las solicitudes de exámenes o procedimientos. Inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización lleva un registro de las órdenes que no cumplen con dichas directrices, y esta información es compartida con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes para sus pacientes. ▪ La organización cuenta con un sistema de consejería a los profesionales que remiten sus pacientes, para el correcto diligenciamiento de las órdenes. 						
37. La organización cuenta con un proceso que garantiza el adecuado flujo de información sobre los pacientes a ser atendidos, entre el PAC, la recepción y la atención propiamente dicha						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
38. La organización cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del paciente durante la atención con el profesional o técnico, lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La privacidad es respetada mientras el paciente se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. ▪ La privacidad en lo posible debe ser visual y auditiva (de afuera hacia adentro y viceversa) ▪ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. ▪ La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. ▪ La privacidad debe mantenerse en casos cuando se administran sustancias o medicamentos por vía intravenosa. 						
39. La organización garantiza que durante el proceso de atención con el profesional o técnico asignado el paciente tiene la posibilidad de ser escuchado respecto a sus inquietudes.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los profesionales y técnicos muestran señas de respeto, independientemente del tipo y contenido de las preguntas. ▪ Se procura siempre establecer contacto visual entre el paciente y el profesional o técnico que lo está atendiendo. 						
40. La organización cuenta con un mecanismo que garantiza que en los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes, así como el manejo de sus eventos adversos, están sujetas a las guías de práctica clínicas previamente definidas						

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizan evaluaciones periódicas de dicha adherencia, con participación de los profesionales directamente involucrados en la atención. ▪ Se informa a los pacientes, o sus familiares, los potenciales eventos adversos no prevenibles que pueden ser observados como producto de la realización de procedimientos. 						
<p>41. La organización garantiza que cuenta con procesos para que el profesional que realiza los procedimientos provea información básica al paciente y su familia (cuando lo amerite), de los hallazgos encontrados después de la realización de los procedimientos.</p>						
<p>42. La información al paciente y su familia debe tener como resultado el óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del procedimiento y sus objetivos.</p>						
<p>43. La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.</p>						
<p>44. Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se debe especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con personal técnico o profesional para realizar dichos procesos de atención y un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.</p>						
<p>45. La organización tiene identificados y definidos internamente una serie de fallas (humanas o de sistemas de soporte⁷⁴) en la operación de los procesos prioritarios, los cuales su sola presencia generan un sistema de investigación, análisis y toma de decisiones para evitar un evento adverso prevenible..</p>						
<p>46. La organización debe contar con procesos donde se especifique cómo se manejan situaciones de urgencias médicas con los pacientes, indicando los mecanismos de remisión de⁷⁵ los mismos.</p>						

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

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

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En el caso potencial que el profesional a cargo de los procedimientos, o las directivas de la organización, y en presencia de una situación que amerite la necesidad de referir un paciente a un servicio de urgencias o de hospitalización, se deberán garantizar los siguientes procesos:

1. La organización cuenta con guías, con criterios explícitos, de qué caso se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y dónde se remiten, entre otros.
2. La organización garantiza que las remisiones a laboratorio e imágenes diagnósticas, urgencias, servicios ambulatorios de complejidad superior y hospitalización, cuentan con la información clínica relevante del paciente.
3. Brindar información clara y completa al paciente o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al paciente. Esta información podrá ser suministrada por el profesional o técnico que brinda la atención y solicita la remisión, o la organización podrá optar por delegar esta función según se describe en el estándar de la sección llamada EGRESO.

En ningún caso se puede garantizar el cumplimiento de los estándares listados a continuación, si los tres anteriores no han sido cumplidos. De manera específica, y de acuerdo con el sitio a donde se refiera el paciente, se deben garantizar los siguientes procesos:

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

REMISIÓN A URGENCIAS⁷⁶	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
47. Previo al traslado se debe garantizar que en la organización donde se remite se cuenta con la disponibilidad del servicio.						
48. En el proceso de traslado se debe tener una información mínima, que incluye: quién transporta, por qué se transporta, dónde se transporta, quién recibe en la organización donde se remite⁷⁷.						

REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
48. Si el paciente es remitido directamente a una hospitalización se debe garantizar la coordinación de dicho proceso desde el centro asistencial.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cuenta con registros de quién coordina el trámite, quién lo va a recibir, dónde se va a recibir, y la disponibilidad de una cama hospitalaria. ▪ La organización se asegura que el paciente fue atendido por la organización donde fue remitido. 						

⁷⁶ Solo se incluyen para los casos donde se cumplen con los criterios de urgencia medica.

⁷⁷ El presente estándar no reemplaza aquel que solicita que en todos los casos se acompañe al paciente con una información clínica relevante

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
49. La organización cuenta con estándares de cuánto tiempo demora la entrega de resultados luego de la toma y procesamiento de los exámenes y procedimientos						
50. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto se tiene un sistema para avisar al profesional o al paciente de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado						
51. La organización cuenta con un proceso donde se especifica la información mínima que debe contener los reportes de resultados						
52. Todos los resultados de exámenes y procedimientos se entregan de manera escrita. En aquellos casos excepcionales donde la entrega se haga de manera telefónica, se lleva un registro escrito, de quién lo dicta y quién lo recibe. En ningún caso el resultado puede ser entregado de manera verbal (cara a cara o telefónico) al paciente						
53. Cuando los resultado escritos son una transcripción de una copia, dictado o grabación, y esta transcripción no es realizada por la misma persona que realizo el análisis de los exámenes, la organización cuenta con un proceso de almacenamiento y conservación del registro original. Adicionalmente, la organización cuenta con un proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia entre los diferentes registros.						
54. La organización cuenta con un manual, el cual estandariza los diferentes acrónimos usados en la lectura y transcripción de los resultados de exámenes, y verifica la utilización de los mismos. En caso de que los profesionales o técnicos no estén siguiendo dichos procesos, genera mecanismos de evaluación y generación de medidas de mejoramiento.						
55. La organización cuenta con un proceso para identificar, proactivamente, los casos en los cuales los resultados (por causas inherentes al procesamiento mismo) se demorarán más de lo establecido en los estándares. Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de las muestras, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuar por orden						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
de prioridad las muestras retrazadas.						
56. Existe un proceso para garantizar que todos los procedimientos realizados sean entregados al paciente, o en su defecto al medico tratante, si el proceso fue diseñado de ese modo						
57. La organización garantiza un proceso permanente de asesoría a los profesionales solicitantes de procedimientos para la correcta interpretación de los resultados						
58. La organización contará con un proceso para identificar y cuantificar la entrega de resultados a pacientes equivocados. En estos casos se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados, dejando constancia de dicha anomalía.						
59. Para aquellos casos de procedimientos especiales (Ej.: cáncer, abuso de cualquier tipo, procedimientos dentro de un proceso legal, etc.), cuyos resultados pueden influir en la integridad moral de las personas, la organización garantiza que dichos resultados son entregados únicamente al paciente.						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

EGRESO	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
60. La organización podrá contar con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al paciente, donde se le informe sobre los trámites que estos deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar dicha labor⁷⁸.						
61. La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluyendo la facturación de los servicios. Se garantiza asimismo la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, aplicación y evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.						

PROCESO DE RETROALIMENTACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
62. La organización tiene establecido un proceso sistemático y periódico que permite monitorizar las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y quejas de los usuarios.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A estas monitorizaciones se les realiza un proceso de consolidación, análisis y formulación de acciones de mejoramiento. ▪ El proceso es conocido por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público y se capacitan constantemente con los cambios realizados 						

⁷⁸ Hay que recalcar que lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor. Lo que se requiere es la existencia de un proceso que esté operativizado.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
 (**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>63. La organización garantiza un proceso para la evaluación de la calidad de los procedimientos y de la atención recibida por el paciente a partir de las solicitudes, los registros de atención y los resultados, teniendo en cuenta, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La evaluación sistemática y periódica de los registros de atención permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos. ▪ La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de registros de atención por pares para los casos de eventos adversos producto de los procedimientos. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) del proceso asistencial mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
64. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁷⁹. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						
El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.						

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

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen ⁸⁰ :						
<ul style="list-style-type: none">➤ Seguridad➤ Continuidad➤ Coordinación➤ Competencia➤ Aceptabilidad➤ Efectividad➤ Pertinencia➤ Eficiencia➤ Accesibilidad➤ Oportunidad						

⁸⁰ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
65. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none">▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo.▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones.▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras.▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:<ul style="list-style-type: none">➤ Alto riesgo.➤ Alto volumen.➤ Alto costo.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
66. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
67. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DIRECCIONAMIENTO

Propósito de la sección

Una de las actividades fundamentales de cualquier organización, no solo de salud, que se precie de trabajar en pro de la calidad, es contar con un método formal que defina el rumbo que debe tomar la organización y las estrategias o acciones para cumplir tal cosa. Es así como esta carta de navegación debe ser la herramienta fundamental para orientar y ejercer el liderazgo dentro de la organización, entendiendo que se convierte a su vez en la pieza fundamental para direccional la ejecución diaria de los procesos y el comportamiento de los trabajadores.

Los órganos de direccionamiento de la organización deben estar en permanente capacidad de desarrollar, implementar y desplegar esa serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad. De esta manera se promueve que estos órganos de gobierno estén involucrados explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.						
2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.						
3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico (incluyendo los valores, misión y visión) de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de la organización con la comunidad que sirve. ▪ Los cambios normativos ▪ La competencia en el mercado ▪ El medio ambiente ▪ Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia. ▪ Aspectos que guían la ética de la organización. ▪ La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. ▪ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios 						
4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. ▪ La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y del proceso de atención al cliente. 						
5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.						
7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad de la atención por tipos de servicios. ▪ Utilización de servicios por afiliado. ▪ Satisfacción global del cliente con la atención recibida. ▪ Calidad de la atención. 						
8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, el cual está alineado con el direccionamiento estratégico de la organización.						
9. Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>9.1 Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos. ▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas. ▪ Los líderes están activamente involucrados en el seguimiento del desempeño 						
<p>9.2 El asesoramiento involucra las políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención a los clientes.</p>						
<p>10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los integrantes de la junta directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así mismo, de cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. ▪ Especial énfasis debe ser puesto en la filosofía, políticas y procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) del direccionamiento mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁸¹. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 						

⁸¹ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁸²: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁸² Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
13. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA

Propósito de la sección

Este capítulo en particular afianza las labores estratégicas planteadas en el capítulo inmediatamente anterior, dándole al gerente de la organización, una serie de elementos de trabajo para lograr interrelacionar los procesos estratégicos con los procesos del día a día. Es así como termina el gerente planteándose una serie de procesos de integración con el personal y sus unidades funcionales, con el fin de cohesionar las actividades de estos últimos con el gran proceso de direccionamiento estratégico.

El proceso de atención al cliente y su familia, así como los procesos que involucran a los clientes internos, deben estar soportados por una serie de decisiones estratégicas que orienten el adecuado desarrollo y desempeño de cada uno de estos. Es responsabilidad de la gerencia de la organización, garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar este tipo de decisiones y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales. La presente sección desarrolla una serie de elementos básicos y fundamentales que soportan la adecuada toma de decisiones.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.						
2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una metodología para la identificación de las necesidades. ▪ Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. ▪ La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso. 						
3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la Organización. El soporte es demostrado a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. ▪ Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. ▪ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. ▪ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización. 						
4. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional⁸³, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario. Las metas y objetivos:						

⁸³ Si la complejidad de la organización lo amerita

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. ▪ Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. ▪ Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia. 						
5. La gerencia de la organización promueve mecanismos de colaboración y coordinación para el mejoramiento organizacional o de procesos entre diferentes dependencias o departamentos.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se tienen hechos y datos de estas acciones colaborativas. 						
6. 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 y el sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos.						
7. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. ▪ La evaluación del logro de las metas y objetivos 						
8. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización. El respeto por el cliente incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dignidad personal. ▪ Privacidad. ▪ Seguridad. 						
9. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla:						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**)**
8 DE MAYO DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<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 compañeros de trabajo ▪ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. ▪ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. ▪ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas. 						
10. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.						
11. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de prioridades en el plan. ▪ Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. ▪ Evaluación de los recursos disponibles. 						
12. Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición de la productividad. ▪ Costeo. ▪ Monitorización de los presupuestos. ▪ Manejo de inventarios. ▪ Manejo de seguros. ▪ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. ▪ Auditoría de procesos. ▪ Seguimiento de contingencias cubiertas por ATEP y SOAT. ▪ Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades. 						
<p>13. Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, esta (la delegataria) debe garantizar que:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cuenta con un proceso de evaluación externa de calidad, con criterios explícitos, al delegado, previa delegación. ▪ Evalúa periódicamente al delegado. Este ultimo conoce de antemano el proceso y los criterios con los cuales va a ser evaluado ▪ Se cuentan con mecanismos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el delegado, en los cuales se cuenta con participación de profesionales y técnicos de este último. ▪ Se cuenta con procesos diseñados previamente de resolución de conflictos entre las partes. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de los procesos de gerencia mencionados en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁸⁴. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

⁸⁴ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO
(**8 DE MAYO DE 2006**) **DE 2006**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁸⁵: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁸⁵ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
15. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
16. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
17. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DEL RECURSO HUMANO

Propósito de la sección

El esquema de trabajo organizacional, basado en filosofías de Mejoramiento Continuo de la Calidad, debe tener presente que los trabajadores de la organización cumplen un papel preponderante como clientes internos de sus procesos o dependencias funcionales. De la manera como se enfoque la participación de estos clientes dentro de la toma de decisiones, su implementación y retroalimentación (oír la voz del cliente interno), así será el grado de cambio dentro de cada una de estas organizaciones. Una organización podrá lograr el mejoramiento continuo de sus procesos sólo en la medida en que reconozca y acepte la promoción de una cultura participativa dentro de sus trabajadores.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.						
<p>1.1 Estos procesos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislación relevante. ▪ Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. ▪ Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial. ▪ Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. ▪ Evaluación de desempeño. ▪ Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional. ▪ Políticas de compensación. ▪ Estímulos e incentivos. ▪ Bienestar laboral. ▪ Necesidades de comunicación organizacional. ▪ Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. ▪ Los procesos mencionados en el estándar debe incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención. 						
1. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>1.2 El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios en la misión de la organización. ▪ Cambios en el plan estratégico. ▪ Cambios en la estructura organizacional. ▪ Cambios en la planta física. ▪ Cambios en la complejidad de los servicios. ▪ Disponibilidad de recursos. ▪ Legislación relevante. ▪ Tecnología disponible. 						
<p>1.3 La asignación de personal para la prestación de los servicios en todos los niveles está diseñada de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisitos y perfil del cargo. ▪ Identificación de los patrones de carga laboral del empleo. ▪ Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera. 						
<p>1.4 La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención.</p>						
<p>2. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas o empresas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
2.1 Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo. Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con: <ul style="list-style-type: none">▪ Experiencia.▪ Licenciamiento o certificación, si aplica.						
2.2 Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen: <ul style="list-style-type: none">▪ Conocimiento y habilidades.▪ Relaciones interpersonales.▪ Habilidades de liderazgo y administrativas.▪ Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad.						
3. La Organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
 (**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
3.1 La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal <ul style="list-style-type: none"> ▪ La información que se provee acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valores. ➤ Misión y visión. ➤ Plan estratégico. ➤ Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. ➤ Servicios disponibles. ➤ Objetivos y metas de la organización ➤ Estructura organizacional. ➤ Expectativas del desempeño. ➤ Legislación relevante. ➤ Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. ➤ Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. ➤ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización. 						
3.2 La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.						
3.3 La organización garantiza que cuenta con un programa de capacitación dirigida específicamente a los conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos, tanto para los clínicos como para los no clínicos. El programa incluye un sistema de evaluación del entendimiento de dichos conceptos.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
3.4 El diseño y posterior evaluación de los programas de educación continuada tienen como insumo, para su planeación, las evaluaciones de desempeño que periódicamente debe realizar la organización, y que están descritas en el estándar 4 de esta sección.						
4. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. ▪ El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. ▪ Se provee retroalimentación al personal evaluado. ▪ Este sistema es dado a conocer a cada uno de estos desde el momento que inicia su relación laboral con la organización. 						
5. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. ▪ Investigación científica. ▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica. ▪ Conciliación de protocolos médicos. ▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. ▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. ▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. ▪ La atención al cliente y su familia. 						
6. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.						
7. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a los registros. ▪ Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización. 						
8. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. ▪ Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
9. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.						

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de la gerencia del recurso humano mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
10. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none">▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables.▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa.▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁸⁶. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité.▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno.▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.						

⁸⁶ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁸⁷: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁸⁷ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none">▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo.▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones.▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras.▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:<ul style="list-style-type: none">➢ Alto riesgo.➢ Alto volumen.➢ Alto costo.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>12. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente validos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
<p>13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Propósito de la sección

La provisión de servicios, así como el desarrollo inherente a los procesos, se desarrolla dentro de un ambiente que impone una serie de riesgos con igual o mayor número de consecuencias adversas al bienestar de los clientes y empleados de la organización. La gerencia del ambiente físico pretende generar una serie de procesos o políticas encaminados a establecer unos mecanismos operativos de prevención y manejo de esos potenciales riesgos con el fin de garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.						
1.1 Lo anterior incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La gerencia de los riesgos físicos. ▪ Mantenimiento de la seguridad industrial. ▪ Preparación para emergencia y desastres. ▪ La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades. 1.2 Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. 1.3 La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los pacientes y de los trabajadores, de los principales riesgos del proceso de atención a los pacientes y de los trabajadores. 1.4 Se cuentan con programas de prevención de riesgos dirigidos a los pacientes y funcionarios para sustancias biológicas, químicas, radiológicas, etc, el cual debe contemplar todos los pasos del ciclo de vida útil del elemento dentro de la institución (desde la llegada hasta la eliminación del mismo) 1.5 Se lleva un registro de todos los accidentes y potenciales accidentes de los trabajadores y pacientes con el uso de las sustancias anteriormente mencionadas 1.6 Se tiene evidencia de capacitación a los empleados en lo anterior						
2. La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares, que incluyen:						
2.1 Para los clientes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Admisión y transporte de los pacientes con infección. ▪ Implementación de técnicas de aislamiento, <i>si aplica para la organización</i>. ▪ Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos o 						

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
quimioterapia. 2.2 El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo. 2.3 El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización. 2.4 Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones. 2.5 El personal de la organización recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones. 2.6 Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc.).						
3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos. ▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. ▪ Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención. ▪ Programaciones de limpieza. 						
4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. ▪ 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. ▪ Reciclaje y comercialización de materiales. ▪ El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. ▪ La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Lo anterior incluye la garantía que estos no 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
 (**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos						
5. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).						
5.1 Existe un plan organizacional que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado. ▪ Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables. ▪ Conexión a la red de urgencias. ▪ Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. 5.2 Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo la unidad se integra al plan organizacional. 5.3 Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización. ▪ Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. ▪ Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. ▪ Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo. 5.4 La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta. ▪ Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. ▪ La identificación del personal que está a cargo de los servicios. ▪ Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. ▪ Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none">Recolectar y difundir la información necesaria.Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. 5.5 La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.						
6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:						
<ul style="list-style-type: none">Diseño de un área para la recepción del personal.Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso.Aplicación de un sistema de triage.Señalización del área acomodada para atender al grupo de pacientes.Activación de protocolos de salida a los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos.Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias.						
7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.						
7.1 El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos. 7.2 El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros: <ul style="list-style-type: none">Seguridad<ul style="list-style-type: none">➤ Prevención de incendios.➤ Educación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.Emergencia<ul style="list-style-type: none">➤ Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.➤ Evacuación de los clientes en riesgo.➤ Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistemas de evacuación. ➤ Señalización de sistemas de evacuación. ➤ Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. 7.3 La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de incendios.						
8. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención. El proceso incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. ▪ Un sistema de comunicación dentro de la organización para la identificación del cliente. ▪ Designar a un responsable de la búsqueda. ▪ Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización. ▪ Contacto con la policía y la familia del cliente. 						
9. La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido la el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización						

RESOLUCIÓN NÚMERO
(**8 DE MAYO DE 2006**)
DE 2006

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de la gerencia del ambiente físico mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
10. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁸⁸. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

⁸⁸ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁸⁹:<ul style="list-style-type: none">➤ Seguridad➤ Continuidad➤ Coordinación➤ Competencia➤ Aceptabilidad➤ Efectividad➤ Pertinencia➤ Eficiencia➤ Accesibilidad➤ Oportunidad | |
|---|--|

⁸⁹ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>11. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Alto riesgo. ➢ Alto volumen. ➢ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Propósito de la sección

La sección de los estándares de la gerencia de la información pretende señalar los elementos sustanciales de la organización para el diseño y puesta en marcha de un proceso coherente de gerencia de la información y de los recursos utilizados para su adecuado desarrollo. Implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos. La gerencia de la información debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.						
1.1 Las necesidades que están identificadas incluyen: <ul style="list-style-type: none">▪ Los procesos de atención a los clientes.▪ Planeación de la organización.▪ Asignación de recursos.▪ Productividad.▪ Educación del personal.▪ Investigación.▪ Necesidades del cliente y la comunidad.▪ Direccionamiento organizacional▪ Mejoramiento de la calidad▪ Coordinación de servicios frente a la atención del cliente. 2.2 Existe un plan para la gerencia de la información. El plan incluye: <ul style="list-style-type: none">▪ La identificación de las necesidades de información.▪ Captura de los datos.▪ Análisis de la información.▪ Transmisión de la información.▪ Estandarización de la información▪ Uso de la tecnología▪ Un proceso de implementación basada en prioridades.▪ Almacenamiento, conservación y depuración de la información.▪ Seguridad y confidencialidad de la información.▪ Sistema de evaluación del plan.▪ Sistema de mejoramiento▪ Uso de la información						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

1.3 Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.	
2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas. 	
3. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La seguridad debe prevenir: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Acceso no autorizado. ➢ Pérdida de información. ➢ Manipulación. ➢ Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización. ➢ Deterioro físico de los archivos. <p>3.1 Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no estén restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.</p>	
4. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La transmisión debe garantizar la: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Oportunidad. ➢ Facilidad de acceso. ➢ Confiabilidad y validez de la información. ➢ Confidencialidad y seguridad. 	
5. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.	
6. Existe un proceso para consolidar, acorde a los servicios de salud que ofrece la institución, la información que se genera de los procesos asistenciales y administrativos. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad. ▪ La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas. 	

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
7. Los registros clínicos de los pacientes deben contener la suficiente información, de manera clara, que permita que cualquier otro profesional tratante de la organización pueda entender el estado clínico actual del paciente						
8. Existe un plan de contingencia 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.						
9. Le corresponde a la gerencia de sistemas, incorporar dentro de los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización dentro de los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁹¹: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Seguridad ➢ Continuidad ➢ Coordinación ➢ Competencia ➢ Aceptabilidad ➢ Efectividad ➢ Pertinencia ➢ Eficiencia ➢ Accesibilidad ➢ Oportunidad 						

⁹¹ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente validos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. La organización cuenta con un proceso de análisis, para que, previo a la introducción de nueva tecnología, se estudien factores, para garantizar la adecuada incorporación de la misma, tales como el costo beneficio o costo efectividad de la nueva tecnología, la evidencia de seguridad, etc.						
2. Existe un proceso que garantiza que se minimizan los riesgos asociados con la adquisición y uso de las tecnologías. Su propósito es garantizar que cuando una tecnología es usada esta:						
<ul style="list-style-type: none">▪ Es entendida por el profesional que la usa,▪ Mantenido en una condición segura						
3. La organización cuenta con un sistema que garantiza la continuidad de los procesos en casos de contingencia, tales como daño del equipo, fallas de luz, etc.						
4. La organización garantiza que existe una responsabilidad delegada a un grupo de profesionales y técnicos⁹², por parte de la gerencia, para todos los aspectos de la gestión de la tecnología. El delegado debe garantizar:						

⁹² Puede ser una delegación a un tercero, externo a la institución. De todas maneras, la organización debe asegurarse que el estándar y sus criterios sean cumplidos.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El reporte de los eventos adversos asociados con el uso de la tecnología. ▪ La diseminación de la información sobre seguridad del uso de la tecnología. ▪ La realización entrenamientos en el uso de la tecnología. ▪ La determinación de los precios de compra y los costos asociados al mantenimiento y gastos recurrentes. ▪ La coordinación del inventario de equipos. 						
5. La política de compra o reposición de tecnología de la organización debe incluir por lo menos:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición del tiempo de vida útil de la tecnología ▪ Garantía ▪ Seguridad ▪ Confiabilidad, incluyendo los problemas o fallas reportadas por otros compradores ▪ Soporte, incluyendo qué tipo de soporte y por cuánto tiempo ▪ Necesidades e intervalos de mantenimiento 						
6. Existe una política organizacional para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología. Esto incluye, entre otras cosas la necesidad de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pruebas de seguridad antes de usar la tecnología. ▪ Entrenamiento a los profesionales y técnicos previo al uso. 						
7. Todas las tecnologías cuentan con pruebas de validación previos a su aceptación dentro de la organización.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No importa si es comprado, donado o en leasing. ▪ El chequeo debe ser realizado por personal entrenado. ▪ Se debe comprobar que viene completo. ▪ Se debe comprobar que se desempeña según el manual. 						
8. La organización debe garantizarle a los usuarios de la tecnología.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que esta tenga instrucciones impresas ▪ Que el tamaño de los manuales sea fácilmente manipulables ▪ Que si son traducidos de otros idiomas sean coherentes 						
9. La organización garantiza que dentro del proceso de mantenimiento (sea interno o delegado a un tercero) se provee evidencia que el personal a cargo cuenta con un entrenamiento formal para realizar dichas actividades.						
10. Todas las tecnologías que son reparadas cuentan con un proceso de descontaminación previo a su uso (Si la situación lo amerita)						
11. La organización cuenta con una política de renovación de tecnología. Esta puede estar basada, aunque no exclusivamente, en los siguientes criterios						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el costo de la reparación es mayor que el beneficio ▪ Existe una historia de poca confiabilidad ▪ Está técnicamente obsoleta ▪ No existen repuestos 						
12. La organización garantiza que existe un sistema de reporte de eventos adversos asociados con el uso de la tecnología. Lo anterior incluye la definición y el entrenamiento sobre cómo reportar. La						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
historia de eventos adversos son distribuidos a las personas apropiadas y las recomendaciones son implementadas.						
13. Los profesionales que están directamente utilizando la tecnología están entrenados en la operación segura de las mismas, reconocen su malfuncionamiento y conocen cómo corregirlos o en su defecto, conocen cómo reportarlo.						

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La organización cuenta con un programa de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) de la gerencia de la tecnología mencionado en el presente capítulo. El PMCC comprende, más no se restringe, al cumplimiento de los siguientes estándares:

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁹³. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁹⁴: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad 						

⁹³ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

⁹⁴ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none">➤ Coordinación➤ Competencia➤ Aceptabilidad➤ Efectividad➤ Pertinencia➤ Eficiencia➤ Accesibilidad➤ Oportunidad						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
15. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
16. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ 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. 						
17. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES ESPECÍFICOS PARA SEDES AMBULATORIAS INTEGRADAS EN RED

Notas básicas para esta sección:

- La presente sección corresponde a estándares específicos dirigidos a redes de prestación de servicios de salud. El cumplimiento de estos estándares son responsabilidad de la gerencia de la red, y será en esta gerencia donde se evaluarán.
- Los presentes estándares no eximen a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual
- La planeación y gerenciamiento de los estándares descritos a continuación, si bien deben ser centralizados en un cabeza de red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, monitorización y mejora de dichos procesos, acorde a las directrices emanadas de la gerencia de la red.
- Los estándares deben ser cumplidos sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red

Los estándares específicos que la gerencia de la red debe cumplir son:

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DIRECCIONAMIENTO	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
4. Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red mencionado anteriormente.						
5. El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de dichos mecanismos.						

GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
6. Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y atenciones de los pacientes, la cual puede ser accesada por cada uno de los diferentes prestadores, en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.						
7. Cuando se tengan varias sedes, y el usuario pueda consultar en varias de estas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información esta en medio magnético o físico (papel).						
8. Los registros que son usados dentro de los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluyendo los acrónimos a ser usados tanto en la parte médica como en la administrativa. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
9. Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.						
10. La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos donde el paciente es visto dentro de un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud de los mismos, y esta información quede consignada en los registros clínicos.						
11. La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman reciban información detallada y oportuna acerca de los servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.						

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. La gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (Ej. Servicio Rx.) y de soporte administrativo (Ej. sistemas de facturación), así como evitar el uso repetido del mismo examen a los pacientes, en aquellos casos donde estos son remitidos dentro de la misma red.						
13. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde al nivel de complejidad de los prestadores						

6

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS DE SALUD DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN

INTRODUCCIÓN

El Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Habilitación / Rehabilitación, se enmarca en los lineamientos conceptuales e instrumentales del Sistema de Único de Acreditación del Sistema de Garantía de la Calidad y orienta el proceso de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- que prestan servicios de habilitación / rehabilitación.

BASES CONCEPTUALES DE LA ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE REHABILITACION

Para la formulación de los estándares, se adoptó el concepto de rehabilitación integral. Aunque las IPS de habilitación / rehabilitación (y también las instituciones de habilitación / rehabilitación no pertenecientes al sector salud) tengan misional o vocacionalmente áreas de especialidad o de énfasis y no presten servicios de habilitación / rehabilitación `integral`, deseablemente deben prestar sus servicios buscando la integralidad, lo cual implica una especial importancia de las actividades de la institución destinadas a coordinar o facilitar el acceso a los servicios de otras instituciones, profesionales o sectores, para asegurar la continuidad y la integralidad de la habilitación / rehabilitación.

La habilitación / rehabilitación integral supera el ámbito sectorial, y debe ser abordada de tal manera, pero no excluye las responsabilidades sectoriales en las áreas de competencia de cada sector. Para el caso de las instituciones de salud, éstas deben cumplir las normas de salud para la prestación de servicios y deben autoevaluarse o ser evaluadas bajo parámetros del sector. Para superar el ámbito sectorial, deben seguir los lineamientos suprasectoriales existentes y, además de cumplir las propias del sector al que pertenecen, cumplir funciones de coordinación con los otros sectores.

DISCAPACIDAD

La discapacidad se refiere al "término genérico que incluye déficits, limitación en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales)".⁹⁶

Además de la deficiencia o déficit en algún órgano o función (nivel corporal) y de la limitación en la actividad (nivel individual) -tradicionalmente tenidas en cuenta en el

⁹⁶ OMS-OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF. 2001.

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

concepto de discapacidad- esta definición de la discapacidad contempla las restricciones en la participación (nivel social) como un elemento definitorio de la discapacidad.

Por el carácter social y ambiental de la participación, las restricciones en la participación de la persona con discapacidad, varían para cada individuo y de una comunidad a otra.⁹⁷

HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN INTEGRAL

La habilitación⁹⁸ se refiere a los procesos terapéuticos, educativos y sociales aplicados a individuos que han sufrido una discapacidad antes de adquirir una habilidad propia de su desarrollo madurativo, tomando un rango de edad entre 0 y 10 años.²

La habilitación / rehabilitación integral es aquella que “a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales, busca el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración” de la persona con discapacidad “al medio familiar, social y ocupacional” desarrollando “acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional”.⁹⁹

Todo proceso de habilitación / rehabilitación integral debe tener duración limitada y objetivos claramente definidos y debe fomentar la participación de la persona con discapacidad, de sus familias y comunidad, de los profesionales de diferentes disciplinas y de los diferentes sectores.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN

En el proceso de habilitación / rehabilitación integral, los servicios se prestan a través de diferentes instituciones orientadas por los sectores a los que pertenecen. Las **instituciones prestadoras de servicios de salud** - IPS “son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas”¹⁰⁰ y las **de habilitación / rehabilitación** son las que prestan “servicios para el desarrollo de capacidades funcionales: físicas, mentales y sociales”⁴, dentro del proceso de habilitación / rehabilitación integral, que es competencia de varios sectores e instituciones.

Las competencias establecidas para los prestadores de servicios de salud en habilitación / rehabilitación son⁴:

- Prestar servicios de calidad, acordes a las políticas y lineamientos establecidos por las direcciones territoriales
- Promover derechos y deberes de la población en situación de discapacidad en los servicios prestados
- Elaborar los planes integrales de habilitación /rehabilitación
- Fomentar la participación de los usuarios en situación de discapacidad y sus familias, en la elaboración y desarrollo de los planes de intervención
- Asegurar la interdisciplinariedad e intersectorialidad de la atención
- Formar parte de la red de apoyo territorial

⁹⁷ Colombia, Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de política. Habilitación / Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. 2003

⁹⁸ Conviene destacar dos usos diferentes del término ‘habilitación’: 1) para hacer referencia a la adquisición de habilidades funcionales en el contexto de la discapacidad y su manejo, y 2) para hacer referencia a los requisitos esenciales que deben cumplir las IPS para su funcionamiento, establecidos en el Sistema Único de Habilitación y Registro. En este caso nos referimos a la primera acepción.

⁹⁹ Colombia, Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de política. Habilitación / Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. 2003

¹⁰⁰ Colombia, República de. Ley 100 de 1993. Artículo 156

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTRUCTURA DE LOS ESTÁNDARES

Explicación del orden de los estándares.

Los estándares se encuentran ordenados de la siguiente manera: una primera sección donde aparecen los Estándares del Proceso de Atención a los Usuarios y una segunda sección en la que se hallan los Estándares de Apoyo Administrativo – Gerencial a dichos procesos asistenciales.

El proceso asistencial cuenta con un gran módulo, denominado **Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial**. En este se encuentra un proceso de atención genérico de un usuario en una institución de salud de habilitación / rehabilitación.

La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativo-gerenciales que son críticos en la institución para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en cinco grupos grandes de estándares:

- **Direccionamiento:** es el trabajo que ha de realizar la institución frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de dirección de la institución.
- **Gerencia:** es el trabajo que deben desarrollar permanentemente las unidades funcionales y organismos de dirección interna de la institución, frente a las diferentes áreas y funciones claves.
- **Recursos humanos:** se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.
- **Sistema de información:** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la institución.
- **Ambiente físico:** incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la institución para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

Cada una de las secciones de los estándares (tanto asistenciales como administrativos) cuenta al final con un grupo de estándares idénticos, que corresponden al proceso de mejoramiento continuo.

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL

Propósito de los estándares

La sección de los estándares del proceso de atención pretende señalar el camino lógico de la relación usuario/paciente - institución dentro de un proceso de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos claves de la atención frente al usuario y su familia.

La institución debe garantizar que se ofrezcan servicios de calidad dentro de un ambiente de trabajo seguro.

Organización de los estándares

La institución debe tener definida una política respecto a los derechos de las personas con discapacidad, los cuales son difundidos y conocidos por todo el personal y promovidos fuera de la institución. La institución promueve ante las instituciones y grupos de su ámbito de acción, el diagnóstico y detección tempranos de la discapacidad y tiene identificado el proceso de atención del usuario desde su ingreso hasta el egreso.

Para el registro e ingreso del usuario, la institución lleva a cabo procesos de preparación para la atención, y para la admisión y registro del usuario, buscando la atención oportuna y la menor cantidad de incertidumbre en el usuario y su familia acerca de la institución y del proceso de habilitación / rehabilitación.

Se lleva a cabo una evaluación interdisciplinaria e integral de las necesidades de habilitación / rehabilitación y de educación al ingreso, y se intercambia información con el usuario acerca de la institución, del usuario, de la habilitación / rehabilitación y de sus posibles resultados. Se obtiene consentimiento informado del usuario o de su representante legal para la habilitación / rehabilitación y para la participación en estudios de investigación, cuando aplica.

Se elabora el plan de habilitación / rehabilitación del usuario que además de las necesidades de habilitación / rehabilitación y de educación identificadas, tiene en cuenta la identificación de los aspectos claves de la atención, la provisión de servicios en un ambiente de respeto a la privacidad y dignidad del usuario, las necesidades derivadas del uso de medicamentos, dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, el diagnóstico complementario cuando se requiera y la definición de las responsabilidades del personal en el proceso de habilitación / rehabilitación del usuario.

La provisión de los servicios se lleva a cabo por parte de un equipo interdisciplinario calificado, cumpliendo las guías y estándares de práctica aceptados. La institución asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera integral, única y segura.

Existe un proceso para atender y dar respuesta a las quejas y sugerencias de los usuarios impulsando el mejoramiento institucional. Se brindan información y educación al usuario y su familia acerca de la discapacidad y su evolución y sobre los aspectos relevantes para el buen resultado de la habilitación / rehabilitación.

Las actividades de habilitación / rehabilitación son evaluadas periódicamente por la entidad y los clientes, para lo cual se debe contar con procesos definidos de evaluación de los planes individuales de habilitación / rehabilitación y de los resultados generales en la población atendida. Tanto en las evaluaciones institucionales como en las evaluaciones con la familia se debe contar con la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con los esperados y de ajustar los planes individuales de habilitación / rehabilitación o los procesos de atención cuando se observan resultados no esperados repetidamente.

RESOLUCIÓN NÚMERO**DE 2006****(8 DE MAYO DE 2006)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

El egreso del usuario debe estar acompañado de la adopción de medidas para valorar y asegurar la adherencia del usuario a las actividades y tratamiento prescritos y del registro de información que incluya los resultados de la habilitación / rehabilitación y los requerimientos futuros de atención.

La institución además de planear el egreso y los requerimientos futuros de atención, adelanta procesos para buscar la continuidad de la atención del usuario y la integración intersectorial e interinstitucional para promover el acceso al medio y la participación de las personas con discapacidad.

Para el mejoramiento del proceso de atención en habilitación / rehabilitación, la institución elabora e implementa los respectivos planes de mejoramiento, les hace seguimiento mediante indicadores de desempeño y difunde y da a conocer los resultados de esos planes.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

REGISTRO E INGRESO	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
5. Existe un proceso de preparación para la atención del usuario. Este proceso incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de roles o funciones del personal de la institución en la atención de los diferentes usuarios, según su discapacidad. ▪ Priorización de los usuarios que deben atenderse y actualización de listas de espera, cuando aplica. Identificación de la información que se debe proporcionar al usuario sobre su permanencia y atención, su pronóstico, documentación requerida para iniciar la atención y aspectos administrativos y financieros.						
6. Existe un proceso de admisión y registro del usuario que incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro del usuario y obtención de la información personal, clínica y administrativa requerida por la institución. ▪ Suministro de información al usuario y su familia acerca de la institución, por lo menos en los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Administrativos ▪ Tarifas, copagos o cuotas moderadoras; derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud y los planes complementarios; personal clave para contactar en caso de necesidades de atención o de preocupación por los niveles de calidad provistos; servicios disponibles y horarios. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Asistenciales ▪ Secuencia de actividades de habilitación /rehabilitación e indicaciones sobre el sitio y el profesional o profesionales que las realizarán. ▪ Actividad de recibimiento del usuario que incluya orientación sobre la planta física de la institución y presentación ante el personal y otros usuarios, cuando aplica. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

9. La institución está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el usuario requiere técnicas especiales de atención que puedan afectar su dignidad, su seguridad o su funcionalidad¹⁰¹.					
--	--	--	--	--	--

PLANEACIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
10. Existe un proceso de desarrollo, ejecución y seguimiento del plan individual de habilitación / rehabilitación para cada usuario, que tiene en cuenta los siguientes parámetros:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de objetivos, medios, actividades y ciclos de actividades, tiempos, costos estimados ▪ Obtención del consentimiento informado para la habilitación / rehabilitación. Se le provee al usuario información acerca de los riesgos y beneficios de llevar a cabo o no, los procedimientos de habilitación / rehabilitación planeados. ▪ Obtención de consentimiento informado del usuario si va a hacer parte de un proyecto de investigación. Se le provee información sobre los objetivos, beneficios e inconvenientes del mismo y se le garantiza que su negativa a participar no va a ser barrera para una atención acorde con su discapacidad. ▪ Se deja constancia firmada por el usuario cuando éste decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante 						
11. Se identifican aspectos claves de la atención para cada usuario entre los que se incluyen:						

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

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el usuario. ▪ Actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para usuarios adultos mayores. ▪ Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta a la habilitación / rehabilitación. ▪ Soporte nutricional, cuando aplica. ▪ Cuando se requieren técnicas especiales de atención (aislamiento, inmovilización, etc.), la institución garantiza que se prestan con la justificación debida y bajo los parámetros establecidos de seguridad y respeto y evalúa su resultado de acuerdo a la decisión adoptada. 	
12. La planeación de la atención garantiza el respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes, en condiciones de privacidad. ▪ Se respeta la privacidad del usuario mientras se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. ▪ La institución asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la institución no será divulgada sin su consentimiento. 	
13. El plan de habilitación / rehabilitación debe responder a las necesidades de atención y a las necesidades de asesoría sobre medicamentos, dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, lo cual incluye:	

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo interdisciplinario, las necesidades específicas de medicamentos, dispositivos de apoyo o ayudas técnicas del usuario. El equipo interdisciplinario debe tener especial cuidado en incorporar estos elementos dentro del plan de tratamiento y consignarlos en la historia clínica. ▪ Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos y dispositivos de apoyo y ayudas técnicas 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. ▪ Mecanismos para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos y dispositivos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. 						
14. El proceso de planeación de la habilitación / rehabilitación incluye la investigación diagnóstica complementaria o confirmatoria cuando la discapacidad o la patología presente la hace necesaria.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo interdisciplinario y se comunica oportunamente al usuario y su familia, dejando constancia en la historia clínica. 						
15. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en la habilitación / rehabilitación las funciones que debe desempeñar.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

EJECUCIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACION	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
16. En la institución existen procesos desarrollados para la prestación de servicios de habilitación / rehabilitación cuyas características incluyan:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La habilitación / rehabilitación es ejecutada por un equipo interdisciplinario entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función. ▪ La participación del usuario y su familia. ▪ Revaloración periódica y reporte de avances. 						
17. La institución tiene procesos para el registro de información y mantenimiento de la historia clínica.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se registran todas las actividades de diagnóstico, atención y educación del usuario. ▪ Cumple con los requisitos legales. ▪ Manejo y conservación de la historia que garanticen su disponibilidad, seguridad y confidencialidad. 						
18. Las actividades de habilitación / rehabilitación son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en la habilitación / rehabilitación del usuario. ▪ La institución cuenta con un sistema periódico de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención y del uso de Guías de Práctica Clínica. 						
19. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los usuarios o sus familiares y de los compradores de servicios						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ La institución promueve un sistema para que sus diferentes usuarios y clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones referentes al proceso de atención ▪ Todos los reclamos y sugerencias presentados por los usuarios y sus familias o por los compradores de servicios, son evaluados, investigados, si aplica, y resueltos. ▪ Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación. 							
20. La institución realiza educación del usuario y su familia en aspectos relevantes para el buen resultado de la habilitación / rehabilitación.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta educación es impartida por un grupo interdisciplinario y cubre aspectos sobre la discapacidad, el proceso de rehabilitación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuidados en casa, salud e higiene, seguridad, uso de recursos, participación, adiestramiento en uso de ayudas técnicas y dispositivos de apoyo, etc. 							

EVALUACIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
21. La institución lleva a cabo la revisión del plan individual de habilitación / rehabilitación y sus resultados, con la periodicidad y criterios preestablecidos, y le hace los ajustes necesarios.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La institución cuenta también con un sistema periódico de evaluación interna de los casos con resultados adversos o no esperados y de adopción de medidas correctivas generales. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación a las familias y la comunidad ▪ Educación continuada a profesionales de salud ▪ Coordinación y contactos interinstitucionales e intersectoriales para diseño e implementación de procesos de habilitación / rehabilitación integral, consecución de dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, etc. 	
---	--

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
27. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de habitación / rehabilitación.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la institución y tiene asignado un responsable. ▪ Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y divulga a los trabajadores de la institución. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, cuyos valores se comparan frente a parámetros o estándares técnicos aceptados 						
28. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de habitación / rehabilitación.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas de los usuarios, las familias y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costos. ▪ Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de calidad como: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

DIRECCIONAMIENTO

Propósito de los estándares

Los órganos de direccionamiento de la institución deben estar en permanente capacidad de desarrollar, implementar y desplegar una serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad. De esta manera se promueve que estos órganos de gobierno estén involucrados explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión.

Organización de los estándares

Este capítulo define los parámetros del direccionamiento estratégico para la institución, la forma como se precisan la misión y la visión que determinan el rumbo, de una forma ética y en función de su razón de ser, de sus colaboradores y de la comunidad para la que trabaja; cómo define los principios y valores que orientan los comportamientos de la cultura deseable en la institución; cómo la alta dirección de la institución asume el papel de liderazgo para encauzar y difundir estos lineamientos y convertirlos en un plan estratégico, construido con todas las áreas, en forma priorizada, racional y viable.

Además, si está definido adecuadamente el proceso de selección y vinculación del gerente, los directivos y el equipo de trabajo asistencial; cómo estos asesoran a la junta directiva en casos necesarios y cómo se prevé la actualización de la junta directiva; cómo esta garantiza los recursos y participa en la educación y monitorización de la calidad y el mejoramiento, así como en el reclutamiento y continuidad de personal clave.

En la evaluación de calidad del direccionamiento estratégico se tienen establecidos indicadores construidos con las áreas de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los órganos directivos de la institución facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la institución.						
2. La institución desarrolla un análisis estratégico en el que se tienen en cuenta por lo menos las necesidades de los usuarios y sus familias, la lectura del entorno, la voz del cliente interno y la referenciación con la competencia.						
3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la institución de acuerdo a los resultados del análisis estratégico.						
4. Existe un proceso para formular y revisar el plan estratégico de la institución a partir del direccionamiento estratégico.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La institución garantiza que las diferentes unidades funcionales participan en la formulación del plan y en la priorización de sus objetivos. ▪ Cada unidad funcional desarrolla su propio plan en coherencia con el plan estratégico institucional. 						
5. Los líderes participan y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la institución.						
6. Existe un proceso para establecer los parámetros de ejecución del plan estratégico. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la institución a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la institución.						
7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en la salud de los usuarios que, mediante						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable. ▪ Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, del usuario y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y se divulga a los trabajadores de la institución. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados. 						
11. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de direccionamiento estratégico.						
<p>Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo.</p> <p>Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de la calidad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad ➤ Integralidad 						
12. Existe un proceso de monitorización continua del mejoramiento de calidad de los procesos de						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

direccionamiento estratégico.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad de los procesos de direccionamiento estratégico se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA

Propósito de los estándares

El proceso de atención al usuario y su familia, así como los procesos que involucran a los clientes internos, deben estar soportados por una serie de decisiones estratégicas que orienten el adecuado desarrollo y desempeño de cada uno de estos. Es responsabilidad de la gerencia de la institución, garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar este tipo de decisiones y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales. La presente sección desarrolla una serie de elementos básicos y fundamentales que soportan la adecuada toma de decisiones.

Organización de los estándares

Respecto de la cultura organizacional, cada unidad tiene identificados sus clientes internos y externos y un proceso para identificar y responder a sus necesidades y expectativas. La alta gerencia apoya la monitorización y mejoramiento de calidad mediante la interacción, acompañamiento y reconocimiento a grupos de trabajo de las unidades, así como la remoción de obstáculos al mejoramiento.

También define la manera como la institución afronta los derechos de los clientes en aspectos como la dignidad, privacidad, seguridad, particularidades del cliente y el derecho a decidir su participación en procedimientos experimentales. Así mismo, la forma como se previene y controla el comportamiento agresivo o abusos con clientes acompañantes o trabajadores. Cómo se revisan las implicaciones de los proyectos de investigación en aspectos tales como estándares éticos, diseño, beneficios, riesgos e impacto.

Define cómo para la construcción del plan estratégico se desarrolla un proceso interno y externo de identificación y tratamiento de las variables que inciden en la institución, así mismo cómo se implementa dicho plan estratégico y se despliega en las áreas de manera coherente con los grandes propósitos de la institución y se definen políticas respecto del tipo y amplitud de la atención y servicios que se han de proveer.

Orienta también la asignación adecuada de los recursos de acuerdo con el plan, los cuales se miden y controlan, en función de los procesos, del mejoramiento de la calidad. Se define su monitoreo y las responsabilidades en los diferentes niveles de la institución. Se determina también el monitoreo del proceso de gerencia en forma priorizada respecto de la atención y el tratamiento de acuerdo con el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición. Se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable. ▪ Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y divulga a los trabajadores de la institución. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados. 						
12. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo. ▪ Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos como: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad ➤ Integralidad 						
13. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>14. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

GERENCIA DEL RECURSO HUMANO**Propósito de los estándares**

El esquema de trabajo organizacional, basado en filosofías de Mejoramiento Continuo de la Calidad, debe tener presente que los trabajadores de la institución cumplen un papel preponderante como clientes internos de sus procesos o dependencias funcionales. De la manera como se enfoque la participación de estos clientes dentro de la toma de decisiones, su implementación y retroalimentación (oír la voz del cliente interno), así será el grado de cambio dentro de cada una de estas organizaciones. Una institución podrá lograr el mejoramiento continuo de sus procesos sólo en la medida en que reconozca y acepte la promoción de una cultura participativa dentro de sus trabajadores.

Organización de los estándares

La institución debe tener procesos claros acerca de los clientes internos relacionados con el cumplimiento de condiciones básicas, sistemas de evaluación, así como de selección, vinculación, capacitación, promoción y retiro. Además, debe contarse con una planeación del recurso humano que atienda el cumplimiento del plan estratégico o de cambios importantes en la institución con el apoyo de recursos financieros y tecnológicos.

Se asegura la calificación y competencia del personal médico asistencial y del personal, mediante la documentación de los requisitos de competencia, calificaciones de cada cargo, así como el proceso de inducción, entrenamiento y capacitación que incluyen las responsabilidades del cargo acordes con su relación sistémica hacia la institución y el cumplimiento de los grandes propósitos. De la evaluación permanente se retroalimenta para el mejoramiento. Respecto a la práctica profesional, se evalúa su actualización y certificación especializada y sus aportes de valor agregado.

Existe un proceso definido del manejo de las relaciones con los empleados enmarcadas en el diálogo, se evalúa sistemáticamente su satisfacción y se cuenta con procesos de salud ocupacional y seguridad industrial. Además, se mide con indicadores la gestión del recurso humano, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y de los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las actividades de capacitación y educación continuada promueven la competencia del personal ▪ Se provee información acerca de la institución, del ambiente de trabajo y de sus responsabilidades ▪ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la institución. ▪ La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al usuario y su familia. 						
5. La institución garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desempeño se revisa y documenta: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Durante el período de prueba. ➤ Periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. ▪ Se retroalimenta al personal evaluado sobre los resultados de la evaluación. ▪ De acuerdo a los resultados de la evaluación se formulan compromisos y planes de mejoramiento del desempeño, a los cuales se les hace seguimiento. 						
6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la institución en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. ▪ Investigación científica. ▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica. ▪ Conciliación de protocolos médicos. ▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a la práctica profesional. ▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. ▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none"> ▪ La atención al usuario y su familia. 						
<p>7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos se incorporan en la política de recursos humanos de la institución.</p>						
<p>8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la institución. Lo anterior incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a los registros. ▪ Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la institución. 						
<p>9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la institución.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. ▪ Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud. 						
<p>10. La institución cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
14. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Propósito de los estándares

La provisión de servicios, así como el desarrollo inherente a los procesos, se desarrolla dentro de un ambiente que impone una serie de riesgos con igual o mayor número de consecuencias adversas al bienestar de los clientes y empleados de la institución. La gerencia del ambiente físico pretende generar una serie de procesos o políticas encaminados a establecer unos mecanismos operativos de prevención y manejo de esos potenciales riesgos con el fin de garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.

Organización de los estándares

Cohérente con los grandes propósitos, la entidad debe contar con una política y procesos de gerencia del ambiente físico que contemple los recursos físicos, el mantenimiento de la seguridad y la preparación para emergencias y desastres.

Se cuenta con procesos para el control de infecciones de acuerdo con la legislación y estándares de manejo de usuarios, recolección, análisis y reporte de infecciones o enfermedades de transmisión, así como de la detección y manejo cuando es intrahospitalaria; el empleo adecuado de los equipos e insumos acorde con la legislación y procedimientos internos. De igual manera, el manejo y disposición de los desechos en forma segura.

Se debe contar con procesos definidos para el control y manejo de emergencias y desastres debidamente documentados y articulados con entidades coordinadoras, se contempla la realización de ejercicios periódicos para revisar protocolos y mantener una disciplina y organización de responsabilidades del personal en temas tales como incendios, donde se cuenta con prácticas de prevención y capacitación como para el manejo de las situaciones de emergencia, la activación de alarmas, el manejo de usuarios y su reubicación adecuada, sistemas de evacuación y desactivación de sistemas inflamables; proceso de recepción de personas involucradas en emergencia o desastre, áreas dispuestas, registro e ingreso de los usuarios, proceso de *triage*, señalización y protocolos de egresos para estas situaciones. Se debe contar también con un proceso para el manejo de usuarios extraviados dentro de la entidad, identificación de las personas con posibilidad de extravío, protocolo de búsqueda e información a la familia y policía.

Además, se miden con indicadores la gerencia del ambiente físico, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
1. La institución garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo anterior incluye: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La gerencia de los riesgos físicos. ➤ El mantenimiento de la seguridad industrial. ➤ La preparación para emergencia y desastres. ➤ La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades. ▪ Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la institución. ▪ Existe un plan para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los usuarios y de los trabajadores durante el proceso de atención y se ha difundido. 						
2. La institución cuenta con procesos diseñados y operacionalizados para garantizar la prevención y control de infecciones durante el proceso de atención del usuario¹⁰². Los procesos se basan en guías o estándares, que incluyen:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para los usuarios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Admisión y transporte de los usuarios con infección, si aplica. ➤ Implementación de técnicas de aislamiento, si aplica. ➤ Garantía del uso de técnicas asépticas en los procedimientos que lo requieran. ▪ Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y 						

¹⁰² Este estándar aplica para las instituciones de tipo hospitalario.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
 (**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

enfermedades transmisibles e infecciosas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de cuándo se considera que una infección es nosocomial. ▪ Definición de mecanismos de reporte y protocolos de investigación en casos de infección nosocomial. ▪ Reporte de las infecciones intrahospitalarias, si aplica. ▪ Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes dentro de la institución. ▪ El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo. ▪ El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la institución. ▪ Las responsabilidades para la prevención de infecciones están identificadas. ▪ El personal de la institución recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones. ▪ Existen sistemas de ventilación para prevenir la diseminación de contaminantes, si aplica. ▪ Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc). 							
3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, de los equipos médicos y los insumos, tanto para los trabajadores como para los usuarios durante el proceso de atención.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, los equipos médicos y los insumos. ▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. ▪ Provisión de energía y de insumos básicos de todo tipo, en casos de emergencia. ▪ Programaciones de limpieza. 							
4. La institución garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación, clasificación y separación de los desechos en la fuente. ▪ No reutilización de materiales clasificados como no reutilizables. ▪ 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. 							

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006**)

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

<ul style="list-style-type: none">▪ Reciclaje y comercialización de materiales.▪ El impacto potencial del manejo inadecuado de los eventos adversos en el usuario.						
<p>5. Existen procesos diseñados que garanticen que la institución cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).</p>						
<ul style="list-style-type: none">▪ Existe un plan organizacional que incluye:<ul style="list-style-type: none">➤ Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado.➤ Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables.➤ Conexión a la red de urgencias.➤ Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres.▪ Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo se integra la unidad al plan organizacional.▪ Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán:<ul style="list-style-type: none">➤ Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la institución.➤ Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos.➤ Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos.➤ Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo.▪ La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades:<ul style="list-style-type: none">➤ Establecimiento de un centro dentro de la institución para facilitar y coordinar las actividades de respuesta.➤ Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos.➤ La identificación del personal que está a cargo de los servicios.➤ Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares.➤ Provisión de un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la institución.➤ Recolección y difusión de la información necesaria.➤ Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.						

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

8. Existen procesos para evacuación y reubicación de usuarios. Si aplica, el proceso incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de los usuarios que deben ser reubicados. ▪ Comunicación de esta situación a las familias. ▪ Sistema de transporte para los usuarios. ▪ Arreglos de sitios alternos para la reubicación de los usuarios y del personal de atención. 						
9. La institución garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. ▪ Un sistema de comunicación dentro de la institución para la identificación del cliente. ▪ Designar a un responsable de la búsqueda. ▪ Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la institución. ▪ Contacto con la policía y la familia del cliente. 						

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Propósito de los estándares

La sección de los estándares de la gerencia de la información pretende señalar los elementos sustanciales de la institución para el diseño y puesta en marcha de un proceso coherente de gerencia de la información y de los recursos utilizados para su adecuado desarrollo. Implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la institución (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos. La gerencia de la información debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores.

Organización de los estándares

Los procesos de este tema son diseñados a partir de los requerimientos de información de la institución en factores como procesos de atención y necesidades de los clientes, planeación, direccionamiento y mejoramiento de la institución, gestión de recursos, productividad. Se define un plan de gerencia de la información que garantiza su gestión priorizada desde la estandarización, captura, análisis, transmisión y difusión, seguridad con niveles de acceso y almacenamiento. La institución hace seguimiento de las variaciones de desempeños de equipos y procesos.

La institución promueve la cultura de toma de decisiones sobre hechos y datos, y promueve su acceso de acuerdo con necesidades, para el análisis agregado y desagregado que permita monitorear y referenciar de manera sistemática. Además, se mide con indicadores la gerencia de la información, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO **DE 2006**
(**8 DE MAYO DE 2006** **)**

"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"

10. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia de la información.					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 					
11. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de la información se dan a conocer al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados. 					