

PHVA	NÚMERAL
	ISO 9001:2015
	4.1

REQUISITO GENERAL PARA IPS DE BAJA COMPLEJIDAD	NÚMERAL
	Estandar SUA
La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales.	93
La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	7

CRITERIOS

- Un proceso planificado para el referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de la misma.
- Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).
- Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.
- Evaluación de resultados ajustados por riesgo.
- Eventos adversos.
- Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado.

Procesos institucionales seguros:

- Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
- Política institucional de Seguridad del Paciente
- Promoción de la cultura de seguridad
- Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo
- Reporte
- Análisis y Gestión

VERIFIQUE UNO A UNO	C	CP	NC
Tienen un proceso planificado para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta?		X	
Tienen una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).?	X		
En los procesos de gestión clínica hay adherencia a guías de práctica clínica?	X		
En los procesos de gestión clínica hay diligenciamiento de historia clínica ?	X		
En los procesos de gestión clínica hay pertinencia diagnóstica?	X		
Tienen un programa para identificar eventos adversos?	X		
Tienen un programa de humanización?	X		
Realizan gestión del riesgo?	X		
Realizan gestión de la tecnología?	X		
Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado?	X		
Realizan procedimientos y acciones recíprocas de los programas	X		
Tienen una estandarización de los procedimientos de atención	X		
Evalúan la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.	X		
Monitorizan aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.	X		
Mantienen la seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud	X		
Utilizan prácticas para mejorar la actuación de los profesionales	X		
Involucran al paciente y a sus allegados en su seguridad	X		

4.2

La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	9
La organización tiene definido, y estandarizado el proceso de identificación de necesidades de Salud de todos los pacientes atendidos y evalúa su cumplimiento.	20
La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.	52
Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.	89

• Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo
• Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante. • Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario. • Se hace un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios. • Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción
• La definición del alcance y contenido mínimo de la identificación de necesidades del usuario por cada servicio de la organización. • La definición de quién puede evaluar las necesidades de los pacientes. • El equipo de salud realiza la identificación de necesidades de los pacientes de manera congruente con los aspectos culturales de la población objeto. • La identificación de necesidades de salud de los pacientes tiene en cuenta: • Necesidades físicas • Necesidades psicológicas • Necesidades educativas o de información de los usuarios (de su patología, tratamiento, autocuidado, pronóstico, etc) • Necesidades socioeconómicas • Cuando aplique, se tienen definidos criterios para evaluar las necesidades de salud a poblaciones específicas. (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedades infecciosas, pacientes en quimioterapia o radioterapia, pacientes con enfermedad mental, etc.) • La evaluación e identificación de necesidades de salud de cada paciente, se documenta en la historia clínica.
• La organización asegura que las políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.
• Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores teniendo en cuenta el alcance y delimitación de cada proceso. • Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.

Garantizan la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.	X		
Desde el ingreso, se definen mecanismos de identificación redundante.	X		
Desde el ingreso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario.	X		
Realizan análisis de barreras de ingreso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras)	X		
El análisis de barreras de ingreso incluye los diferentes servicios.	X		
Realizan mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción	X		
Tienen definido el alcance y contenido mínimo de la identificación de necesidades del usuario por cada servicio de la organización.	X		
Tienen definido quién puede evaluar las necesidades de los pacientes.	X		
El equipo de salud realiza la identificación de necesidades de los pacientes de manera congruente con los aspectos culturales de la población objeto.	X		
La identificación de necesidades de salud de los pacientes tiene en cuenta necesidades físicas	X		
La identificación de necesidades de salud de los pacientes tiene en cuenta necesidades psicológicas	X		
La identificación de necesidades de salud de los pacientes tiene en cuenta necesidades educativas o de información de los usuarios (de su patología, tratamiento, autocuidado, pronóstico, etc.)	X		
La identificación de necesidades de salud de los pacientes tiene en cuenta necesidades socioeconómicas		X	
Se tienen definidos criterios para evaluar las necesidades de salud a poblaciones específicas. (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedades infecciosas, pacientes en quimioterapia o radioterapia, pacientes con enfermedad mental, etc.)		X	
La evaluación e identificación de necesidades de salud de cada paciente, se documenta en la historia clínica.	X		
La organización asegura que las políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.	X		
La organización asegura la existencia y aplicación de directrices y/ o procedimientos para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente	X		
La organización tiene una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.	X		
La organización cuenta con un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.		X	
La organización tiene la descripción del proceso de atención al cliente	X		
La organización realiza la descripción del proceso de atención al cliente.	X		

	4.4

Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio.	101
La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.	14
Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización.	76

- Previamente a la contratación de un tercero, la organización tiene definidos los requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación. El tercero conoce previamente los criterios con los cuales va a ser evaluado.
- El tercero contratado se articula y alinea con la filosofía de acreditación e integra en los servicios prestados administrativos y asistenciales los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización.
- La organización realiza sistemáticamente evaluaciones a los terceros y, de acuerdo con los resultados, el tercero genera un plan de mejoramiento al cual la organización le hace seguimiento en el tiempo.
- Se cuentan con mecanismos participativos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el tercero.

En caso de no atención a los usuarios, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención. La organización tiene definidos los siguientes indicadores y estándares para el acceso:

- Oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.
- Tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales, incluida la toma de muestras de laboratorio y la realización de exámenes de apoyo (laboratorio e imagenología).
- Tiempos para la realización de interconsultas.
- Listas de espera para las patologías que lo ameritan.
- Demanda insatisfecha
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas

- La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.
- Aspectos éticos y normativos.
- Los cambios del entorno.
- La seguridad del paciente y los colaboradores.
- El enfoque y la gestión de riesgo.
- La humanización durante la atención del usuario y su familia.
- La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.
- Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.
- La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.
- Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente.
- La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.

Previamente a la contratación de un tercero, la organización tiene definidos los requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación. El tercero conoce previamente los criterios con los cuales va a ser evaluado.		X	
El tercero contratado se articula y alinea con la filosofía de acreditación e integra en los servicios prestados administrativos y asistenciales los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización.		X	
La organización realiza sistemáticamente evaluaciones a los terceros y, de acuerdo con los resultados, el tercero genera un plan de mejoramiento al cual la organización le hace seguimiento en el tiempo.		X	
Se cuentan con mecanismos participativos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el tercero.		X	
En caso de no atención a los usuarios, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención.	X		
La organización tiene definidos indicadores y estándares para el acceso	X		
La organización tienen un indicador de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.	X		
La organización mide los Tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales.	X		
La organización tiene encuesta la demanda insatisfecha.	X		
Si hay desviaciones se toman correctivos frente a ellas	X		
La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.	X		
Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear aspectos éticos y normativos.	X		
Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los cambios del entorno.	X		
Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear la seguridad del paciente	X		
Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear la seguridad de los colaboradores	X		
Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el enfoque y la gestión de riesgo.	X		
Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear la humanización durante la atención del usuario y su familia.	X		
Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear la planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.	X		
Realizan análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.	X		
Hay sinergia y coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.	X		

5.1.1

formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	77
La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.	78
Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	82
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización.	83

• 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.
- La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores.
- Las necesidades del usuario y su familia.
- La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable
- Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.

- Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados.
- La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización.
- Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda.
- Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación.
- Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.
- La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.

- Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.

Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.

- Resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad.
- Evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados.
- Evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento
- Evaluación de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización
- El enfoque y los resultados de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.
- Evaluación de gestión de riesgo.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

• Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo.

Tienen definido la responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente.	X		
La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.	X		
La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.	X		
Saben escuchar al cliente interno y tienen claro su responsabilidad frente a sus colaboradores.	X		
Tienen en cuenta las necesidades del usuario y su familia.	X		
La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable.	X		
Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados.			X
La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización.			X
Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda.	X		
Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación.	X		
Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.	X		
La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.	X		
Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.			X
Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados.			X
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.		X	
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización con resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad.	X		
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y los resultados clínicos ajustados.		X	
Existe la evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento.		X	
Existe el enfoque y los resultados de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.			X
Realizan evaluación de gestión de riesgo.	X		
Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	X		
Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo.		X	

P L	

Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.	85
La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.	96
Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional.	99
La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	1

- La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.
- Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.

- Revisión de prioridades en el plan estratégico.
- Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.
- Evaluación de los recursos disponibles.
- Balance oferta-demanda.
- Análisis de los presupuestos.
- Evaluación de costos.

- Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).
- La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.
- La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.
- El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.
- La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.
- Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.
- La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.

La educación continuada esta en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.			X
Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta.			X
Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.			X
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.	X		
La gerencia garantiza el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.	X		
Existe la revisión de prioridades en el plan estratégico.		X	
Realizan la evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.	X		
Realizan la evaluación de los recursos disponibles.	X		
Realizan el balance oferta-demanda.	X		
Tienen un análisis de los presupuestos.	X		
Realizan la evaluación de costos.	X		
Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).	X		
La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.	X		
La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.	X		
El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.	X		
La participación de los usuarios en investigaciones cuentan con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.	X		
Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; garantizan que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.	X		

A N	5.1.2
	5.2

La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios.	2
La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.	3
La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	79
La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	90
La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.	6
La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización	5

- La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.

- El respeto al derecho del usuario de participar o renunciar a hacerlo.

- La información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos.

- Un comité que analice y evalúe los proyectos de investigación en los que participa la institución.

- El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.

- El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.

- Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).

La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.

La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.

- La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.

- La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.

- A partir de los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad se definen acciones para el mejoramiento de los factores críticos que inciden en la transformación del clima de seguridad.

- Una estructura funcional para la seguridad del paciente.

- La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.

- Monitorización de eventos adversos.

- Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.

Si un usuario da respuesta para la investigación esta no es barrera para una atención médica acorde con su patología.	X		
La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.	X		
La institución tiene respeto al derecho del usuario de participar o rehusarse a hacerlo.	X		
La organización tiene la información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos.		X	
El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.	X		
La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	X		
La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	X		
El programa de seguridad del paciente tiene la estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.	X		
El programa de seguridad del paciente realiza la investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.	X		
La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente	X		
En el programa de seguridad del paciente a partir de los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad se definen acciones para el mejoramiento de los factores críticos que inciden en la transformación del clima de seguridad.	X		
El programa de seguridad del paciente tienen una estructura funcional para la seguridad del paciente.	X		
La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.	X		
El programa de seguridad del paciente monitorizan los eventos adversos.	X		
El programa de seguridad del paciente tiene evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.	X		

	5.2.1

La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.	81
La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.	97

• Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares
• La política de prestación de servicios esta dirigida a usuarios, familiares y colaboradores. • La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas en atención primaria en salud y salud pública, según corresponda. • La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública. • Tiene definidos el despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión. • El personal está familiarizado con la política de prevención de enfermedades y promoción de la salud y se incluye en los procesos de inducción del personal nuevo. • Se asegura un plan para la evaluación de la política, incluidas las directrices para la recolección y el análisis de datos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y se verifica su cumplimiento. • Se asegura la competencia necesaria del personal asistencial y de apoyo que tiene a su cargo la implementación de la política para llevar
• Dignidad personal. • Privacidad. • Seguridad. • Respeto. • Comunicación.
• La política de prestación de servicios está dirigida a usuarios, familiares y colaboradores. • La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas en atención primaria en salud y salud pública, según corresponda. • La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.

El programa de seguridad del paciente realiza inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares	X		
La política de prestación de servicios está dirigida a usuarios, familiares y colaboradores.	X		
Tiene definidos el despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión.	X		
El personal está familiarizado con la política de prevención de enfermedades y promoción de la salud y se incluye en los procesos de inducción del personal nuevo.	X		
Se asegura un plan para la evaluación de la política, incluidas las directrices para la recolección y el análisis de datos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y se verifica su cumplimiento.	X		
Se asegura la competencia necesaria del personal asistencial y de apoyo que tiene a su cargo la implementación de la política para llevar a cabo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.	X		
Se asegura la presencia de estructuras e instalaciones, incluidos los recursos, espacio, equipo, etc., a fin de aplicar la prevención de las enfermedades y las actividades de promoción de la salud.	X		
Son derechos de los clientes internos y del paciente y su familia la dignidad personal.	X		
Son derechos de los clientes internos y del paciente y su familia la privacidad.	X		
Son derechos de los clientes internos y del paciente y su familia la Seguridad.	X		
Son derechos de los clientes internos y del paciente y su familia el Respeto.	X		
Son derechos de los clientes internos y del paciente y su familia la Comunicación.	X		
La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. .	X		

	5.2.2

La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	80
La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	84
En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario.	33

salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.

- Tiene definidos el despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión.
- El personal está familiarizado con la política de prevención de enfermedades y promoción de la salud y se incluye en los procesos de inducción del personal nuevo.
- Se asegura un plan para la evaluación de la política, incluidas las directrices para la recolección y el análisis de datos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y se verifica su cumplimiento.
- Se asegura la competencia necesaria del personal asistencial y de apoyo que tiene a su cargo la implementación de la política para llevar a cabo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.
- Se asegura la presencia de estructuras e instalaciones, incluidos los recursos, espacio, equipo, etc., a fin de aplicar la prevención de las enfermedades y las actividades de promoción de la salud.

- Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Inducción y reinducción.
- Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas

- Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
- La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).
- La privacidad debe ser visual y auditiva.
- Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.
- La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.
- En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.
- Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.
- Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
- Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.
- Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.
- Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.
- Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios

Si se encuentran desviaciones frente a la política de humanización, se toman correctivos.	X		
Desarrollan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.	X		
Realiza Inducción y reinducción a los colaboradores	X		
Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.	X		
Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	X		
Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.	X		
La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).	X		
La privacidad es visual y auditiva.	X		
Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.	X		
La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.	X		
En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.	X		
Existen políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promueven las condiciones de silencio.	X		
Realizan inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).	X		
Realizan un abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.	X		
Las condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.	X		
Tienen definidas las estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares.	X		

5.3

La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.	21
La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos.	40
La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico.	92

articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.

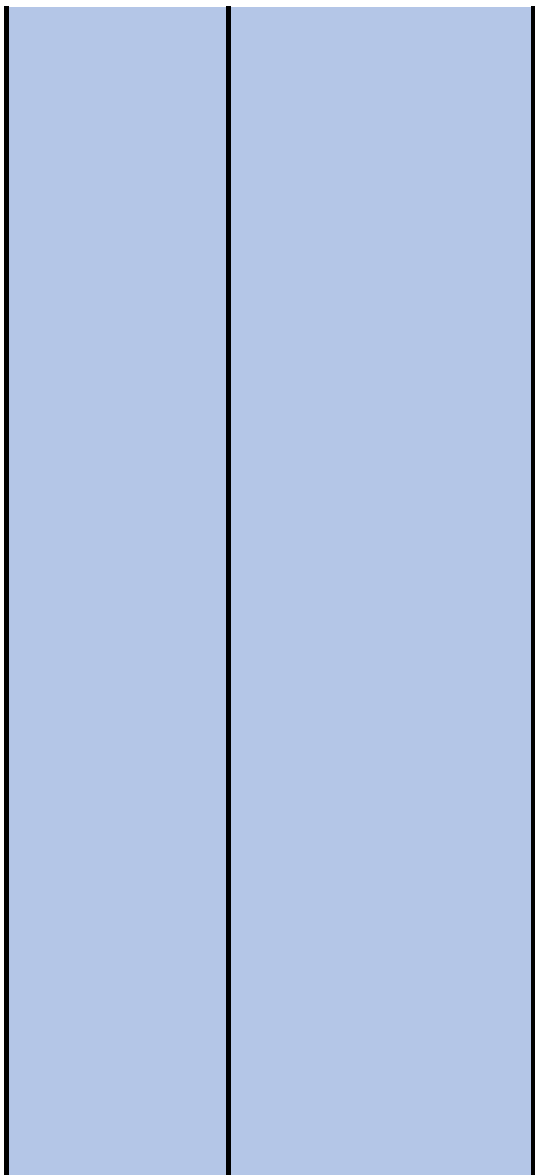
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).
- El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.

- Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones.
- Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud.
- La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo.
- La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales.
- El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.
- Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutorias.
- Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud.
- Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías.
- Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.

- Esterilización acorde con las necesidades de los servicios.

- Responde a una política organizacional.
- Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.
- Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.
- Realiza acciones de evaluación y mejora.

Tienen definidas las actividades de este estándar las cuales se despliegan a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados.	X		
Realizan gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio.	X		
Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	X		
Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones	X		
Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud.	X		
Se revisan las necesidades de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo.	X		
La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales.	X		
El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.	X		
Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutorias.	X		
Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud	X		
Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías.	X		
Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.	X		
Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.	X		
Realizan esterilización acorde con las necesidades de los servicios.	X		
El sistema de gestión del riesgo responde a una política organizacional.	X		
El sistema de gestión del riesgo cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.	X		
El sistema de gestión del riesgo incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.	X		



Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.	98
Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.	100

- Una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo.
- Una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes.
- Un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar
- Un mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización, personal en práctica formativa, docentes e investigadores.
- Un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos.
- Los clientes internos y el paciente y su familia o responsable, conocen el mecanismo para reportar cuando son agredidos durante su estancia en la organización.
- La organización cuenta con una estrategia para educar a los colaboradores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. Esto incluye a personal en prácticas formativas, docentes e investigadores.
- La organización cuenta con un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.

- Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo
- Monitorización y gestión de la cartera.
- Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.
- Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.
- Análisis de la productividad.
- Análisis de costos.
- Gestión de inventarios.
- Gestión de seguros.
- Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.
- Aplicación del código de ética en el uso de los recursos.

El sistema de gestión del riesgo realiza acciones de evaluación y mejora.			X
Existe una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo.			X
Existe una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes.			X
Existe un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar.			X
Existe un mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización, personal en práctica formativa, docentes e investigadores.			X
Existe un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos.			X
Los clientes internos, el paciente y su familia o responsable, conocen el mecanismo para reportar cuando son agredidos durante su estancia en la organización.	X		
La organización cuenta con una estrategia para educar a los colaboradores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. Esto incluye a personal en prácticas formativas, docentes e investigadores.	X		
La organización cuenta con un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.	X		
La organización cuenta con un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.			X
Realizan monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo			X
Realizan monitorización y gestión de la cartera.	X		
Existe un análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.	X		
Existe una evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.	X		
Realizan análisis de la productividad.	X		
Realizan análisis de costos.			X
Realizan la gestión de inventarios.	X		
Realizan la gestión de seguros.	X		
Tienen definidas estrategias para el fomento de la cultura del buen uso de los recursos.		X	
Existe la aplicación del código de ética en el uso de los recursos.	X		

	7.1

La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	77

- Auditoría y mejoramiento de procesos.
- Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,
- Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.

- Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados.
- La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización.
- Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda.
- Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación.
- Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.
- La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.

- La política de prestación de servicios está dirigida a usuarios, familiares y colaboradores.
- La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas en atención primaria en salud y salud pública, según corresponda.

Realizan auditoría y mejoramiento de procesos.	X		
Realizan seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,	X		
Realizan auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.	X		
Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados.			X
La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización.			X
Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda.			X
Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación.			X
Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.			X
La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.			X
La política de prestación de servicios está dirigida a usuarios, familiares y colaboradores.	X		
La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas en atención primaria en salud y salud pública, según corresponda.	X		

	7.1.1

La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.	81
Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	82
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.	94
Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional.	99

- La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.
- Tiene definidos el despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión.
- El personal está familiarizado con la política de prevención de enfermedades y promoción de la salud y se incluye en los procesos de inducción del personal nuevo.
- Se asegura un plan para la evaluación de la política, incluidas las directrices para la recolección y el análisis de datos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y se verifica su cumplimiento.
- Se asegura la competencia necesaria del personal asistencial y de apoyo que tiene a su cargo la implementación de la política para llevar a cabo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.
- Se asegura la presencia de estructuras e instalaciones, incluidos los recursos, espacio, equipo, etc., a fin de aplicar la prevención de las enfermedades y las actividades de promoción de la salud.

Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.

- Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.
- Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.
- Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.
- Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización

- Revisión de prioridades en el plan estratégico.
- Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.
- Evaluación de los recursos disponibles.
- Balance oferta-demanda.
- Análisis de los presupuestos.
- Evaluación de costos.

- Requisitos y perfil del cargo.
- Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.
- Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales

La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.	X		
Tiene definidos el despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión.			X
El personal está familiarizado con la política de prevención de enfermedades y promoción de la salud y se incluye en los procesos de inducción del personal nuevo.	X		
Se asegura un plan para la evaluación de la política, incluidas las directrices para la recolección y el análisis de datos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y se verifica su cumplimiento.	X		
Se asegura la competencia necesaria del personal asistencial y de apoyo que tiene a su cargo la implementación de la política para llevar a cabo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.	X		
Se asegura la presencia de estructuras e instalaciones, incluidos los recursos, espacio, equipo, etc., a fin de aplicar la prevención de las enfermedades y las actividades de promoción de la salud.	X		
Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados.			X
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.	X		
Promueven la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.	X		
Tienen un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.	X		
Hay apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.	X		
Hay identificación y remoción de barreras para el mejoramiento	X		
Hacen reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización	X		
Realizan revisión de prioridades en el plan estratégico.			X
Realizan evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.			X
Realizan evaluación de los recursos disponibles.	X		
Realizan balance oferta-demanda.	X		
Realizan el análisis de los presupuestos	X		
Realizan evaluación de costos.	X		
En talento humano se tienen en cuenta los requisitos y perfil del cargo.	X		
En talento humano se tiene en cuenta la identificación de los patrones de carga laboral del empleo.	X		
En talento humano se tienen en cuenta la distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.	X		

	7,1,2
	7.1.3

La asignación del talento humano (número y el tipo de profesionales, auxiliares o tecnólogos necesarios) responde a la planeación y a las fases del proceso de atención	106
En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.	130
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología.	137
En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.	138
La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.	139

Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.

- Cambios en la oferta y / o demanda de servicio.
- Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.
- Supervisión de personal en entrenamiento, si aplica.
- Asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros.
- 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

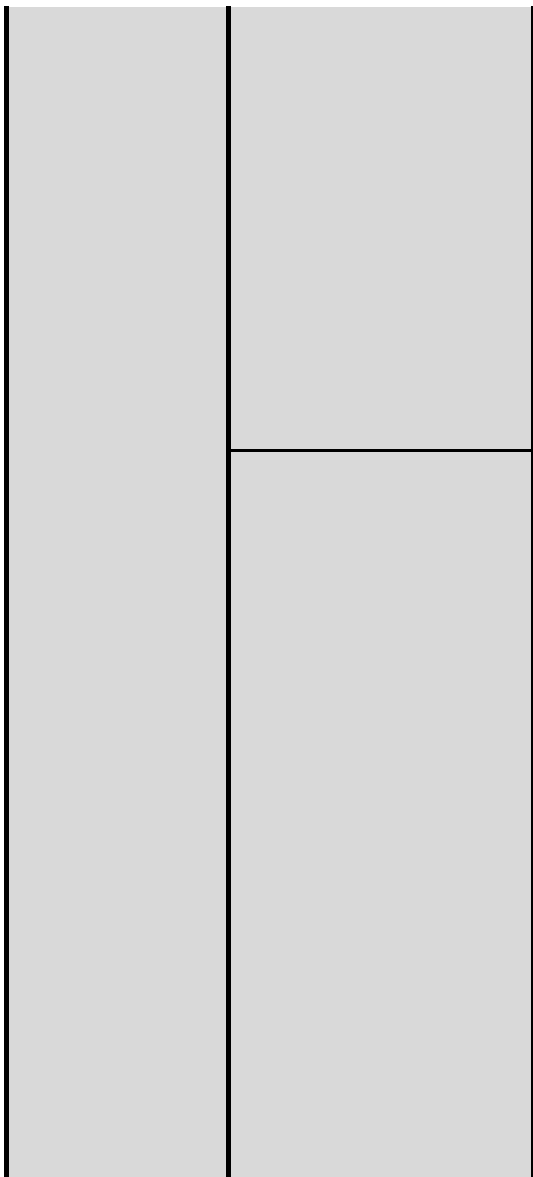
- Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, etc., incluyendo aislamiento del ruido y la contaminación.

- Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar.
- Beneficios en comparación con nuevas tecnologías.
- Confiabilidad y seguridad.
- Facilidad de operación.
- Articulación con el direccionamiento estratégico.
- Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige.

- El presente estándar no exime a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual.
- La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de la red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación. monitorización y mejora de dichos procesos, acorde a las directrices emanadas de la gerencia de la red.
- El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red.

La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.

En talento humano se tiene en cuenta los cambios en la oferta y / o demanda de servicio.	X		
En talento humano se tienen en cuenta la reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.	X		
En talento humano se tienen en cuenta la supervisión de personal en entrenamiento, si aplica.	X		
En talento humano se tienen en cuenta la asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros.	X		
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	X		
Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación.	X		
Se definen planes de contingencia para garantizar el aislamiento del ruido y la contaminación.	X		
Hay un análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar.	X		
Buscan beneficios en comparación con nuevas tecnologías.	X		
Buscan tecnología que de confiabilidad y seguridad.	X		
Buscan tecnología que sea fácil de operar.	X		
Buscan tecnología que este articulada con el direccionamiento estratégico.	X		
Tienen definidas las facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige.	X		
Cumplen con los demás estándares y secciones descritos en este manual.	X		
Si pertenece a una red, la planeación y el gerenciamiento del estándar, están centralizados en cabeza de la red.	X		
Se cumple el estándar sin importar las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red.	X		
La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas		X	
Identifican el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.		X	
La institución garantiza el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología del laboratorio, los incorporan en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	X		



La adopción de tecnologías de la información	145
Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.	151
La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.	115
La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional.	116
La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a	

- Los costos asociados.
- El entrenamiento al personal.
- Los aspectos éticos.
- La relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).

Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.

- Trato humano cálido, cortés y respetuoso.
- Consideración del entorno personal y familiar.
- Análisis del panorama de riesgos.
- Remuneraciones, incentivos y bienestar.
- Medición de fatiga y estrés laboral.
- Carga laboral, turnos y rotaciones.
- Ambiente de trabajo.
- Abordaje de la enfermedad profesional.
- Preparación para la jubilación y el retiro laboral.
- Mejoramiento de la salud ocupacional.

Estos criterios se consideran también para el personal en práctica formativa, docentes e investigadores.

- Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores.
- A partir de los resultados evaluados se generarán planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento.

- Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.
- Enfoque de riesgo.
- Mejoramiento de la seguridad industrial.

La institución garantiza que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en imágenes diagnósticas, han sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	X		
La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tienen en cuenta los costos asociados.	X		
La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tienen en cuenta el entrenamiento al personal.	X		
La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tienen en cuenta los aspectos éticos	X		
La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tienen en cuenta la relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).	X		
Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos.	X		
Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta.	X		
Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.	X		
Hay trato humano cálido, cortés y respetuoso.	X		
Hay consideración del entorno personal y familiar.	X		
Hay análisis del panorama de riesgos.	X		
Realizan remuneraciones, incentivos y bienestar.	X		
Realizan medición de fatiga y estrés laboral.	X		
Revisan la carga laboral, turnos y rotaciones.	X		
Promueven un buen ambiente de trabajo.	X		
Tiene un programa para el abordaje de la enfermedad profesional.	X		
Preparan para la jubilación y el retiro laboral.	X		
Realizan mejoramiento de la salud ocupacional.	X		
Tienen en cuenta todos los criterios para el personal en práctica formativa, docentes e investigadores.	X		
Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores.	X		
A partir de los resultados evaluados se generaran planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento.	X		
Existen procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.	X		
Existe un enfoque de riesgo.	X		
Realizan mejoramiento de la seguridad industrial.	X		
Hay preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.	X		

7.1.4

La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta.	121
La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.	122
La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental.	123

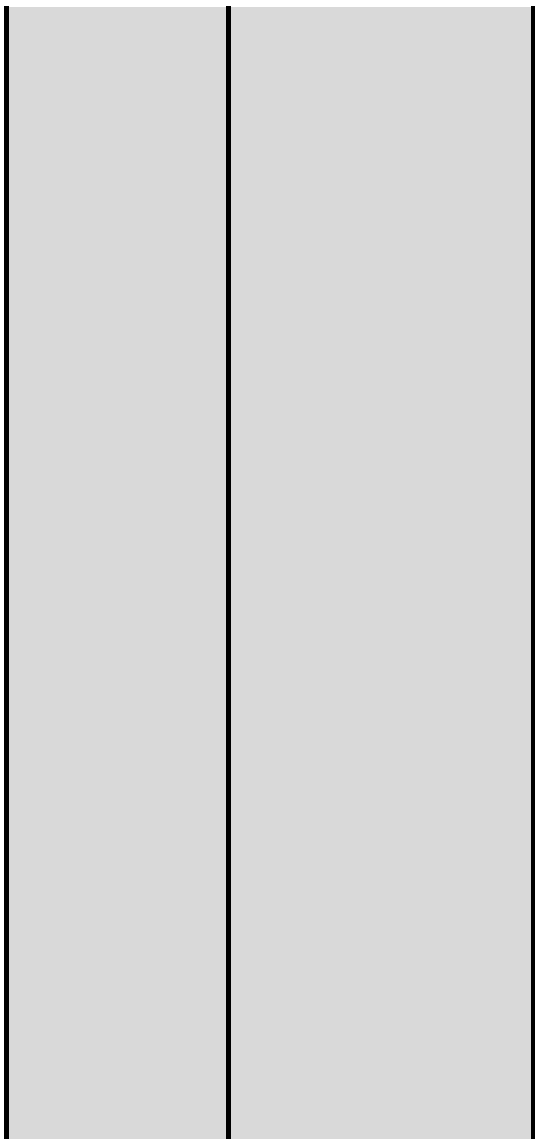
- Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.
- La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda.
- La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores.
- Programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.
- Condiciones para la humanización del ambiente físico.

- La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.
- Se cuenta con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios.
- La organización tiene establecido un mecanismo para identificar e investigar los incidentes y accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico. Derivado de lo anterior, se generan estrategias para prevenir su recurrencia.
- La organización cuenta con protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente. Estos protocolos son conocidos por el personal que lo aplica y por todos aquellos que la organización considere pertinente. El entendimiento y la aplicación de estos protocolos son evaluados de manera periódica.
- Protocolos para casos de reúso.
- Proceso de esterilización seguro.
- Directrices para el uso seguro de ropa hospitalaria y evaluación de su cumplimiento.
- Manejo seguro del servicio de alimentación.
- Condiciones del espacio físico para aislamiento.
- El cumplimiento de legislación en materia de seguridad hospitalaria.

- Política de gestión ambiental responsable.
- Fomento de una cultura ecológica.
- Uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros).
- Reciclaje.
- Riesgos de contaminación ambiental.
- Aportes de la organización a la conservación del ambiente.
- Evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización.

- Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final.
- Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según

La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda.	X		
La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores.	X		
Hay programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.	X		
Hay procesos que garantizan las condiciones para la humanización del ambiente físico.	X		
La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.	X		
Se cuenta con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios.	X		
La organización tiene establecido un mecanismo para identificar e investigar los incidentes y accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico. Derivado de lo anterior, se generan estrategias para prevenir su recurrencia.	X		
La organización cuenta con protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente. Estos protocolos son conocidos por el personal que lo aplica y por todos aquellos que la organización considere pertinente. El entendimiento y la aplicación de estos protocolos son evaluados de manera periódica.	X		
La organización tiene definido el protocolo para casos de reúso.	X		
La organización tiene definido el proceso de esterilización seguro.	X		
Existe la política de gestión ambiental responsable.	X		
Realizan fomento de una cultura ecológica.	X		
Hay un uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros).	X		
Realizan adecuadamente el reciclaje.	X		
Tienen definidos cuáles son sus riesgos de contaminación ambiental.	X		
Realizan aportes de la organización a la conservación del ambiente.	X		
Realizan evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización.	X		
Realizan la identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final.	X		
Tienen definido y realizan la aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. • Impacto ambiental.	X		
Hacen uso de los elementos de protección para el personal.	X		
Realizan reciclaje y comercialización de materiales.	X		

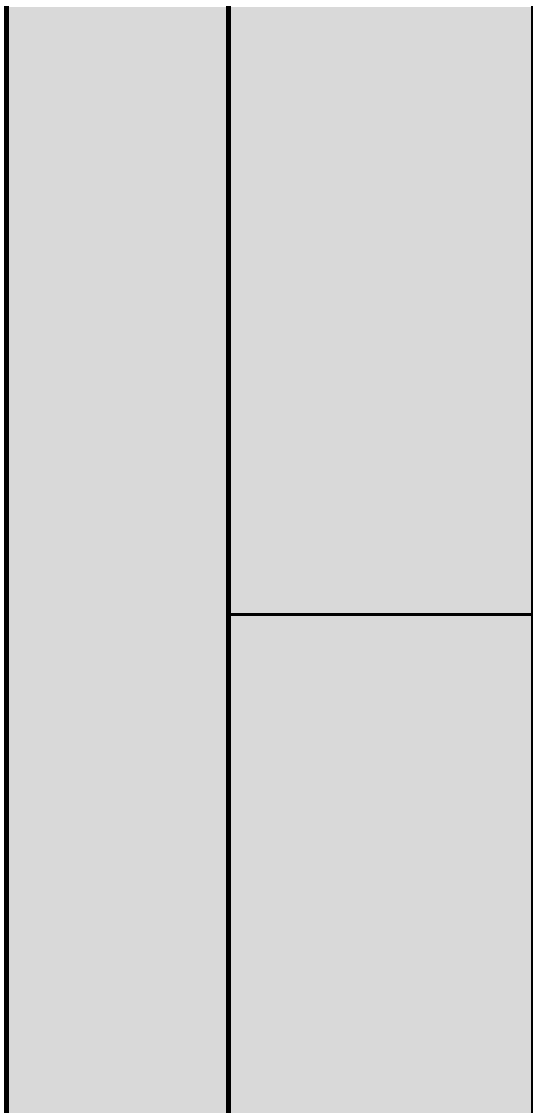


La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos.	124
La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo.	125

su clasificación.

- Impacto ambiental.
- Elementos de protección para el personal.
- Reciclaje y comercialización de materiales.
- El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.
- Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique.
- La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita, aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos.
- La organización garantiza la capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y segregación de los residuos a todo el personal de la institución.
- Monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.

Tienen definido el potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.	X		
Existe información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique.	X		
La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita, aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos.	X		
La organización garantiza la capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y segregación de los residuos a todo el personal de la institución.	X		
La organización monitoriza periódica y sistemática los riesgos y adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.	X		
Existe un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias.	X		
Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.	X		
El proceso está acorde con los códigos aprobados.	X		
Existe la educación a los empleados de la organización sobre planes en casos de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.	X		
Existe la activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.	X		
Realizan evacuación de los usuarios en riesgo.	X		
Tienen Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.	X		
Tienen definido un sistema de evacuación.	X		
Se encuentra la señalización de sistemas de evacuación.	X		
La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio.	X		



La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.	128
La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores.	129

La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.

- Condiciones de humedad, ruido, iluminación.
- Promoción de condiciones de silencio.
- Señalización adecuada, sencilla y suficiente.
- Ambiente de trabajo adecuado.
- Reducción de la contaminación visual y ambiental.
- Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios.
- Salas de espera confortables.

- Aspectos normativos.
- Análisis de la relación oferta-demanda.
- Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.
- Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.
- Condiciones del mercado.
- El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.
- El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil,

Hay un sistema de evaluación de simulacros y la definición de acciones frente a las desviaciones encontradas.	X		
La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.	X		
El ambiente físico garantiza condiciones de humedad, ruido, iluminación.	X		
El ambiente físico garantiza promoción de condiciones de silencio.	X		
El ambiente físico garantiza señalización adecuada, sencilla y suficiente.	X		
Existe ambiente de trabajo adecuado.	X		
Existe reducción de la contaminación visual y ambiental.	X		
Existen accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios.	X		
Existen salas de espera confortables.	X		
La organización cuenta con aspectos normativos.	X		
La organización cuenta con análisis de la relación oferta-demanda.	X		
La organización tiene en cuenta las necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.	X		
La organización tiene en cuenta las necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.			X
La organización tiene en cuenta las condiciones del mercado.	X		
La organización cuenta el análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.	X		
La organización cuenta con el análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.	X		
La organización cuenta con la articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.	X		
La organización tiene la definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública.	X		

7.1.5.1

La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.

132

La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología.

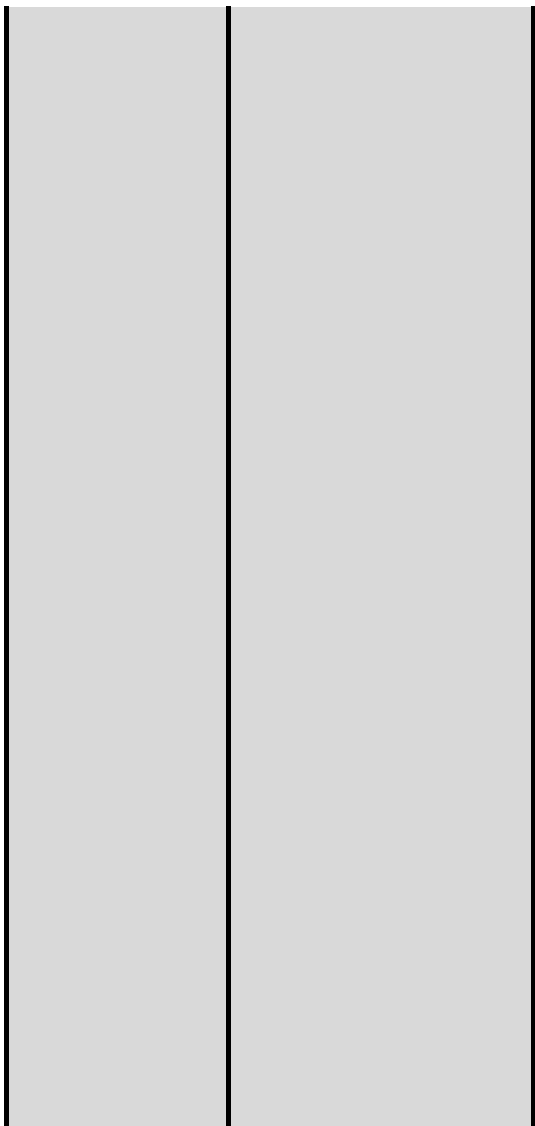
134

garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.

- La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.
- La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública.
- La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.
- La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación.
- Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.
- Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios.
- El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.
- La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.

- La evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución.
- La gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis de ruta causal, la evaluación de los reportes de tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y a las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa.
- La difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso.
- La información a usuarios sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance.
- La revisión sistemática del estado, mantenimiento y soporte técnico para el funcionamiento de la tecnología en condiciones óptimas.
- La realización de entrenamiento para el uso de la tecnología que garantiza la comprensión del profesional que la usa y el mantenimiento de las

La organización tiene la definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.	X		
La organización tiene la definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación.	X		
La organización tiene las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.	X		
Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios.	X		
La organización tiene el conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.	X		
La organización cuenta con la evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.	X		
La organización cuenta con la evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución.	X		
La gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis de ruta causal, la evaluación de los reportes de tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y a las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa.	X		
Realizan la difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso.	X		
Ofrecen información a usuarios sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance.	X		
Realizan la revisión sistemática del estado, mantenimiento y soporte técnico para el funcionamiento de la tecnología en condiciones óptimas.	X		
Realiza entrenamiento para el uso de la tecnología, que garantiza la comprensión del profesional que la usa y el mantenimiento de las condiciones de seguridad, de acuerdo con las especificaciones del proveedor, el reconocimiento del mal funcionamiento y los mecanismos para corregirlos o reportarlos.	X		



La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado.	136
La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.	153

La realización de entrenamiento para el uso de la tecnología, que garantice la comprensión del personal que la usa y el mantenimiento de las condiciones de seguridad, de acuerdo con las especificaciones del proveedor, el reconocimiento del mal funcionamiento y los mecanismos para corregirlos o reportarlos.

- La notificación inmediata de fallas y las medidas para evitar daños adicionales a la tecnología o eventos adversos a las personas.
- La evaluación del inventario, vida útil, disponibilidad de repuestos, partes, etc.
- La continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños.
- La evaluación, el seguimiento y el mejoramiento de las medidas implementadas.

- El proceso es planificado, tiene la cobertura necesaria para toda la tecnología que lo requiera y existen soportes y documentación que lo respalda.
- Se evidencia que el personal encargado de esta labor cuenta con el entrenamiento necesario.
- Se evalúan los tiempos de parada de equipos por razones de mantenimiento o daño y se toman las medidas de contingencia necesarias.
- Todas las tecnologías objeto de intervenciones de mantenimiento o reparación cuentan con un proceso de descontaminación previo a su uso, si la situación lo amerita.
- Se explican al personal usuario de las tecnologías los tiempos necesarios para el mantenimiento y las intervenciones realizadas.
- Se da información al usuario, si la situación lo requiere.

- Se cuenta con mecanismos para validar la información.
- La información es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.).
- Se articula información clínica y administrativa.
- Se presentan resultados con base en indicadores y tendencias.
- Los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo.

Utilizan una metodología para la notificación inmediata de fallas y las medidas para evitar daños adicionales a la tecnología o eventos adversos a las personas.	X		
Realizan la evaluación del inventario, vida útil, disponibilidad de repuestos, partes, etc.	X		
Tienen definida una estrategia para la continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños.	X		
Realizan la evaluación, el seguimiento y el mejoramiento de las medidas implementadas. El proceso es planificado, tiene la cobertura necesaria para toda la tecnología que lo requiera y existen soportes y documentación que lo respalda. Se evidencia que el personal encargado de esta labor cuenta con el entrenamiento necesario.	X		
	X		
	X		
Se evalúan los tiempos de parada de equipos por razones de mantenimiento o daño y se toman las medidas de contingencia necesarias.	X		
Todas las tecnologías objeto de intervenciones de mantenimiento o reparación cuentan con un proceso de descontaminación previo a su uso, si la situación lo amerita.	X		
Se explican al personal usuario de las tecnologías los tiempos necesarios para el mantenimiento y las intervenciones realizadas.	X		
Se da información al usuario, si la situación lo requiere.	X		
Se cuenta con mecanismos para validar la información.		X	
La información es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.).		X	
Se articula información clínica y administrativa.		X	
Se presentan resultados con base en indicadores y tendencias.		X	

H A C E	
	7.1.5.2
	7.2

La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.	133
La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica.	111
Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad.	119

administrativo.

- La evidencia de seguridad.
- Evaluación de la confiabilidad, incluyendo el análisis de las fallas y eventos adversos reportados por otros compradores.
- La definición del tiempo de vida útil de la tecnología.
- La garantía ofrecida.
- Las condiciones de seguridad para su uso.
- Los manuales traducidos y la información necesaria para garantizar el uso óptimo de la tecnología.
- El soporte, incluidos el tipo de soporte y el tiempo que se garantiza (repuestos, software y actualizaciones, entre otros).
- Las necesidades e intervalos de mantenimiento.
- Las alternativas disponibles. • Las proyecciones de nuevas necesidades.
- La validación por personal capacitado para comprobar que cumple con las especificaciones técnicas, está completa y funciona en forma correcta.
- Evaluación de costo beneficio, utilidad y costo efectividad de la tecnología.

- La competencia es evaluada desde el proceso de selección.
- El desempeño es evaluado y documentado durante el Período de prueba, cuando aplique.
- El mejoramiento de la competencia y el desempeño es revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización.
- En el caso de personal en prácticas formativas, docentes e investigadores se evaluará el cumplimiento de las políticas organizacionales.
- Se provee retroalimentación a los evaluados.
- El sistema de evaluación es dado a conocer a cada una de las personas desde el momento de ingreso a la organización.

Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad.

Los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo.		X	
La organización cuenta con la evidencia de seguridad.	X		
La organización cuenta con la evaluación de la confiabilidad, incluyendo el análisis de las fallas y eventos adversos reportados por otros compradores.	X		
La organización cuenta con la definición del tiempo de vida útil de la tecnología.	X		
La organización cuenta con la garantía ofrecida en la tecnología.	X		
La organización conoce las condiciones de seguridad para su uso.	X		
La organización conoce los manuales traducidos y la información necesaria para garantizar el uso óptimo de la tecnología.	X		
La organización conoce el soporte, incluidos el tipo de soporte y el tiempo que se garantiza (repuestos, software y actualizaciones, entre otros).	X		
La organización tiene una estrategia para identificar las necesidades e intervalos de mantenimiento.	X		
La organización conoce cuales son las tecnologías que existen como alternativas disponibles.	X		
La organización tiene proyecciones de nuevas necesidades.	X		
La organización tiene validación por personal capacitado para comprobar que cumple con las especificaciones técnicas, está completa y funciona en forma correcta.	X		
La organización realiza la evaluación de costo beneficio, utilidad y costo efectividad de la tecnología.	X		
En la organización la competencia es evaluada desde el proceso de selección.	X		
El mejoramiento de la competencia y el desempeño es revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización.	X		
En el caso de personal en prácticas formativas, docentes e investigadores se evaluará el cumplimiento de las políticas organizacionales.	X		
Se provee retroalimentación a los evaluados.	X		
El sistema de evaluación es dado a conocer a cada una de las personas desde el momento de ingreso a la organización.	X		
Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad.	X		

R	7.3
	7.4

En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.	114
La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.	113
Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización.	142
Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.	154

- Se realiza evaluación de la cultura organizacional.
- Se identifican los elementos clave de la cultura que deben ser mejorados.
- Se priorizan acciones de mejora para impactar la transformación cultural.

La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.

- Identificadas en los procesos de atención.
- Relacionadas con el direccionamiento y la planeación de la organización.
- De asignación de recursos.
- De docencia-servicio.
- Investigación.
- Salud pública.
- Promoción y prevención.
- Del paciente y su familia durante su atención.
- Mejoramiento de la calidad.

Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.

Se realiza evaluación de la cultura organizacional.	X		
Se identifican los elementos clave de la cultura que deben ser mejorados.	X		
Se priorizan acciones de mejora para impactar la transformación cultural.	X		
La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe).	X		
La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva y los mecanismo de esta son incorporados en la política de talento humano.	X		
Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización en promoción y prevención.	X		
Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación orientados a desplegar información a clientes internos.	X		
Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de comunicación orientados a desplegar información a clientes externos.	X		
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye la identificación de las necesidades de información.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye un proceso de implementación basado en prioridades.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye la recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones.			X



Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información

- La identificación de las necesidades de información.
- Un proceso de implementación basado en prioridades.
- La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones.
- Flujo de la información.
- Minería de datos.
- Almacenamiento, conservación y depuración de la información.
- Seguridad y confidencialidad de la información.

Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye el flujo de la información.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye la minería de datos.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye el almacenamiento, conservación y depuración de la información.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye la seguridad y confidencialidad de la información.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye el uso de la información.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye, el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye la recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye la información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye la identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información.			X
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye la definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.	X		
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye la comparación con mejores prácticas.	X		

	7.5.1
	7.5.2

Le corresponde a la gerencia de la información incorporar en los sistemas informáticos o computarizados los contenidos de los registros definidos por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos. Esto incluye mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de siglas o por confusión en las órdenes médicas.	152
Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada.	148
Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.	144
Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	146

Le corresponde a la gerencia de la información incorporar en los sistemas informáticos o computarizados los contenidos de los registros definidos por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos. Esto incluye mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de siglas o por confusión en las órdenes médicas.

- La transmisión del dato.
- La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato.
- Los permisos asignados a cada responsable.
- La validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica.
- La generación de información útil en los niveles operativos.
- La evaluación de la calidad y coherencia de datos generados.

- La organización garantiza el diseño y el seguimiento de protocolos por cumplir, en caso de variaciones observadas.
- La organización tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar variaciones no esperadas.
- Realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.
- Se hace énfasis en las decisiones para el mejoramiento continuo.
- Las acciones se comunican a los colaboradores de los procesos relacionados para que se hagan parte del mejoramiento.

- La seguridad y la confidencialidad.
- Acceso no autorizado.
- Pérdida de información.
- Manipulación.
- Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización.
- Deterioro, de todo tipo, de los archivos.
- Los registros médicos no pueden dejarse o archivar en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.
- Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso.

Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye el sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan.			X
Existen los sistemas informáticos o computarizados con contenidos de los registros definidos por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos.			X
Existen mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de siglas o por confusión en las órdenes médicas.	X		
Existen procesos para la transmisión del dato.	X		
Existen procesos para la definición de responsables de cada paso en la gestión del dato.	X		
Existen procesos para los permisos asignados a cada responsable.	X		
Existen procesos para la validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica.	X		
Existen procesos para la generación de información útil en los niveles operativos	X		
Existen procesos para la evaluación de la calidad y coherencia de datos generados.	X		
La organización garantiza el diseño y el seguimiento de protocolos por cumplir, en caso de variaciones observadas.	X		
La organización tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar variaciones no esperadas.	X		
Realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.	X		
Se hace énfasis en las decisiones para el mejoramiento continuo.			X
Las acciones se comunican a los colaboradores de los procesos relacionados para que se hagan parte del mejoramiento.	X		
Existen mecanismo de seguridad y la confidencialidad.	X		
Existen mecanismo de Acceso no autorizado.	X		
Existen mecanismo de Pérdida de información.	X		
Existen mecanismo de Manipulación.	X		
Existen mecanismo de Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización.	X		
Existen mecanismo de Deterioro, de todo tipo, de los archivos.	X		
Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.	X		

7.5.3

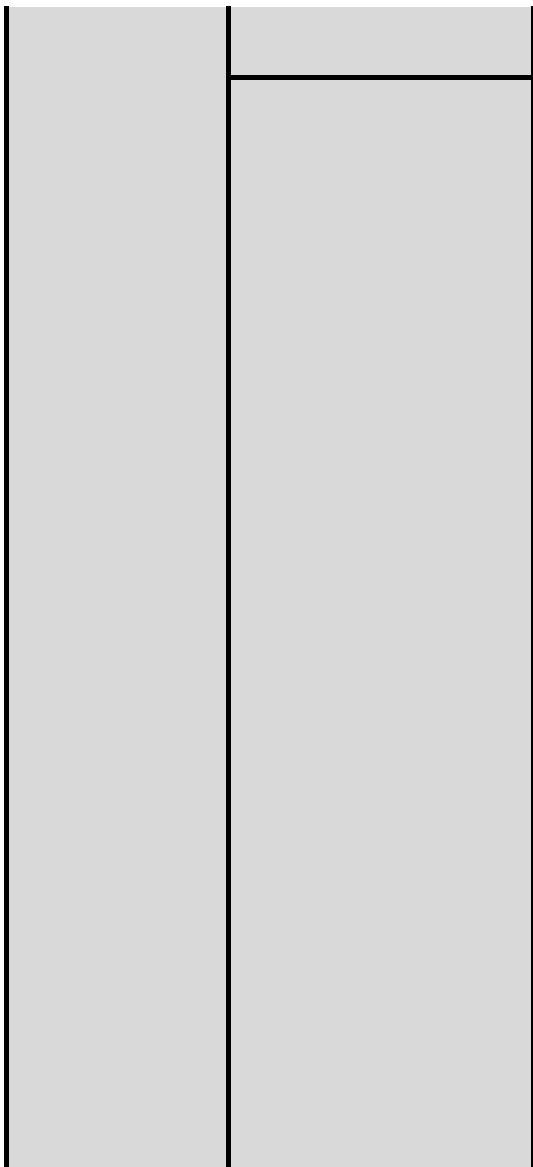
Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información.	147
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos.	150

- Existencia de copia de respaldo o “Backus” y copias redundantes de información.
- Control documental y de registros.
- Indicadores de seguridad de la información.

- Oportunidad.
- Facilidad de acceso.
- Confiabilidad y validez de la información.
- Seguridad.
- Veracidad.

- Orden. Legibilidad y concordancia clínico patológica.
- Claridad y actualización de los registros clínicos.
- Adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos.
- Auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos.
- Garantía de la custodia de los registros clínicos.
- Unicidad de los registros clínicos para cada usuario.
- Sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros clínicos.
- Esquema del proceso de transición a historia clínica electrónica.
- Sistemas de chequeo para evitar errores en la identificación de los usuarios.
- Sistemas de alarma redundante para las condiciones que lo ameriten.
- Procesos para la entrega de los resúmenes de historia clínica solicitados por las autoridades competentes o los mismos usuarios.
- La organización garantiza que en los procesos de la gerencia de información es posible verificar si el usuario ha asistido previamente a la institución, en qué fechas, qué profesional lo ha atendido, qué exámenes se le han ordenado, etc.
- Cuando se tenga un sistema mixto de registro de atenciones (electrónico y manual), se debe garantizar que haya un solo sistema de identificación del paciente, para que el contenido de las atenciones esté disponible para cualquier prestador y se le pueda hacer auditoría integral al registro.

Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso.	X		
Existe un backups y copias redundantes de información.	X		
Existen mecanismo de control documental y de registros.	X		
Existen indicadores de seguridad de la información.	X		
Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la oportunidad.	X		
Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la facilidad de acceso.	X		
Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la confiabilidad y validez de la información.	X		
Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la seguridad.	X		
Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la veracidad.	X		
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye orden, legibilidad y concordancia clínico- patológica.	X		
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye claridad y actualización de los registros clínicos.	X		
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye un adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos.	X		
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye la auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos.	X		
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye la garantía de la custodia de los registros clínicos.	X		
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye unicidad de los registros clínicos para cada usuario.	X		
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye los sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros clínicos.	X		
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye el esquema del proceso de transición a historia clínica electrónica.	X		
La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye sistemas de chequeo para evitar errores en la identificación de los usuarios.	X		



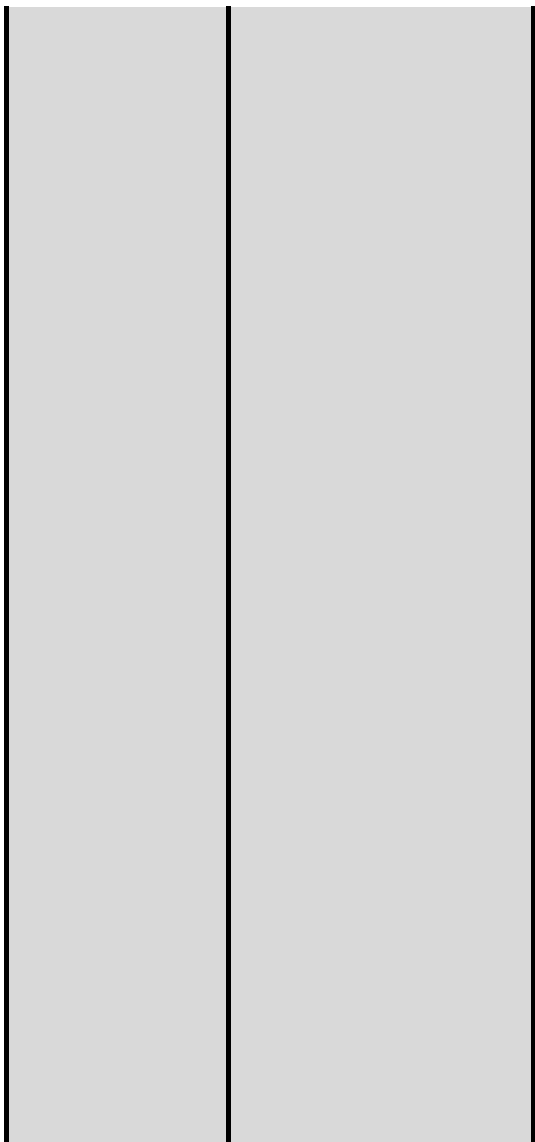
La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	13
Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia	18
El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento.	42

La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

La organización garantiza un proceso para proveer información al usuario y su familia en los siguientes aspectos:

- 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 alimentación.
- Medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación.
- La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.
- Derechos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.
- Ubicación en la habitación y en el entorno.
- Causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando.
- Medidas para involucrar al usuario y su familia en los procesos de seguridad de la atención: información, reporte de situaciones anormales, ejemplos de situaciones de riesgo, etc.
- Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la organización en el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.
- Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario del tratamiento y sus objetivos.
- El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, horarios e interacciones; se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos para identificar signos y síntomas tempranos de reacciones adversas medicamentosas.
- Información necesaria y suficiente de resultados de los exámenes o los procedimientos diagnósticos, garantizando el adecuado entendimiento por parte del usuario y/o su familia, especialmente cuando se trate de pacientes menores de edad, o con algún grado de discapacidad física y/o mental.
- La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica.
- La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes (así como el manejo de sus eventos adversos) están sujetos a las guías de práctica clínica y/o guías de realización de procedimientos diagnósticos, previamente definidos.

La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye procesos para la entrega de los resúmenes de historia clínica solicitados por las autoridades competentes o los mismos usuarios.	X		
¿La atención de del programa concuerda con los tiempos de los profesionales?	X		
¿La atención del programa concuerda con el tiempo de los usuarios?	X		
¿La programación de la atención tiene en cuenta el tiempo de cada procedimiento?	X		
¿Se tiene en cuenta la capacidad instalada para la programación de la atención?	X		
¿Están realizando análisis de la demanda de servicios?	X		
¿Realizan algún tipo de evaluación de la programación de la atención?	X		
¿Realizan algún plan de mejoramiento con relación a los resultados de la evaluación?	X		
Solicita usted informacion de un contacto encaso de emergencia?	X		
Entrega usted informacion al usuario y sus acompañantes con relacion al horario de atención?	X		
Capacita a usted al ususario y sus acompañantes con relacion a la alarmas, timbres y evacuación?	X		
Educa usted al ususario y sus acopañantes con relacion a las indicaciones y profesionales que realizarn el procedimiento?	X		
Tiene señalización para que se ubique facilmente e usuario y sus acompañantes ?	X		
Informa usted al usurio y sus acompañantes la causa del retraso y cuato tiempo deben esperar?	X		
Involucra usted al usuario y a la familia en procesos de seguridad en la atención?	X		
Tiene usted un formto o lista de chequeo donde se verifique la realización de los anteriores interrogantes?	X		
Realiza usdt algun plan de mejora o accion correctivas ante alguna situación que se le presente?	X		
Tienen algun programa de educación al usuario y a la familia?	X		
En la educación e informacion que brindar al ususario y a la familia tienen contemplado, la enfermedad, estado actual, esquema terapuetico, medicamentos ordenados, horarios de administracion e interacciones, advierten al ususario con relacion a las reacciones o efectos secuendarios de los medicamentos?	X		
Brindar informacion de los exámenes de diagnosticos, laboratorios?	X		
se aseguran de que el ususario y su familia entienden lo que les estan informando?	X		
Guardan la evidencia de la edudación que le brindan al ususario y a la familia?	X		
Hacen periodicamente evaluacion interna de las historias clinicas, verificando mejoramiento en los procesos de atencion o guias de practica clinica?	X		
Manejan un programa de seguridad del paciente?	X		
Tienen un programa para el analisis de eventos adversos?	X		
La auditoría para el mejoramiento de la calidad evalúa que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia, retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento.	X		



El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	43
Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico (papel).	66
Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, tanto en contenidos clínicos como administrativos. 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.	67
Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.	68
La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.	69
La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.	70

- La auditoría para el mejoramiento de la calidad evalúa que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia, retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento.
- Se evalúan la disponibilidad, la facilidad de consulta, la actualización y el uso de las guías y la cobertura de las mismas.
- La atención al paciente se realiza en forma multidisciplinaria, lo cual es acorde con las guías de práctica clínica de la organización.
- La organización garantiza la prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias) en forma oportuna y efectiva.
- Se evalúa la adherencia al plan de cuidado y al tratamiento.

- El usuario puede solicitar la cita en la IPS de su preferencia.

Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, tanto en contenidos clínicos como administrativos. 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.

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.

La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.

La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.

- Incluye información al usuario acerca de los aspectos concernientes a su registro, estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso.
- Incluye el uso de controles de identificación redundante.
- Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:
- Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario.
- Mecanismos redundantes de identificación del usuario.
- Definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso.

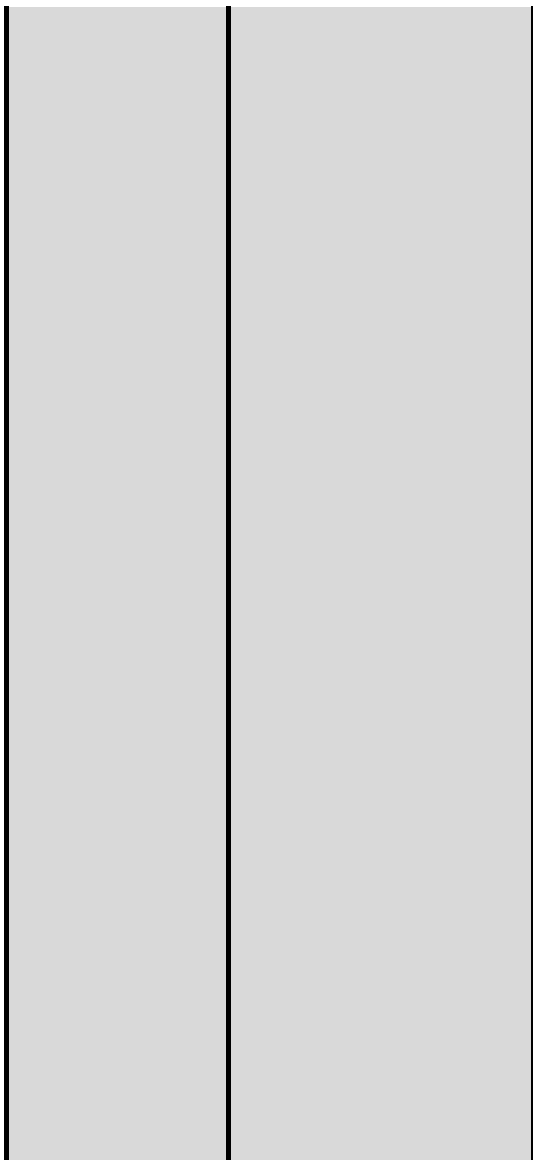
Se evalúan la disponibilidad, la facilidad de consulta, la actualización y el uso de las guías y la cobertura de las mismas.	X		
La atención al paciente se realiza en forma multidisciplinaria, lo cual es acorde con las guías de práctica clínica de la organización.	X		
La organización garantiza la prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias) en forma oportuna y efectiva.	X		
Se evalúa la adherencia al plan de cuidado y al tratamiento.	X		
El usuario puede solicitar la cita en la IPS de su preferencia.	X		
Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluidos los acrónimos a ser usados tanto en la parte médica como en la administrativa.	X		
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.	X		
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.	X		
Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.	X		
La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.	X		
La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.	X		
Incluye información al usuario acerca de los aspectos concernientes a su registro, estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso.	X		
Incluye el uso de controles de identificación redundante.	X		
Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades de Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario.	X		
Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades como mecanismos redundantes de identificación del usuario.	X		

8.1

Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.	17
Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	59
Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.	60
Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.	65
La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.	71
Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.	12

• Definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso. • Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud. • Priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios. • Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente. • Identificación de los pacientes en la urgencia. • Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario debe cumplir con el fin de que le sean realizados los procedimientos ordenados por el equipo de salud y se verifica que se cumpla con dicha preparación. El personal de recepción deberá informar al usuario que no esté adecuadamente preparado sobre los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, se apoyará por los profesionales y técnicos de la organización, en caso de presentarse alguna duda. • La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención. • La organización cuenta con un proceso de asesoría para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los usuarios carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes. • La organización monitoriza y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios. • Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas
Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.
Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.
Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.
La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.
• En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acordes con las necesidades del usuario.

Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las actividades de definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso.	X		
Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud.	X		
Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario debe cumplir con el fin de que le sean realizados los procedimientos ordenados por el equipo de salud y se verifica que se cumpla con dicha preparación. El personal de recepción deberá informar al usuario que no esté adecuadamente preparado sobre los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, se apoyará por los profesionales y técnicos de la organización, en caso de presentarse alguna duda.	X		
En la orientación al paciente y su familia (o acompañantes) incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.	X		
La organización cuenta con un proceso de asesoría para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los usuarios carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.	X		
La organización monitoriza y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios.	X		
Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.	X		
Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	X		
Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	X		
Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.	X		
Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.	X		
La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.	X		
En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acordes con las necesidades del usuario.	X		



La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.	15
En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.	26
Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin	41
La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.	45
	46

La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.

En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.

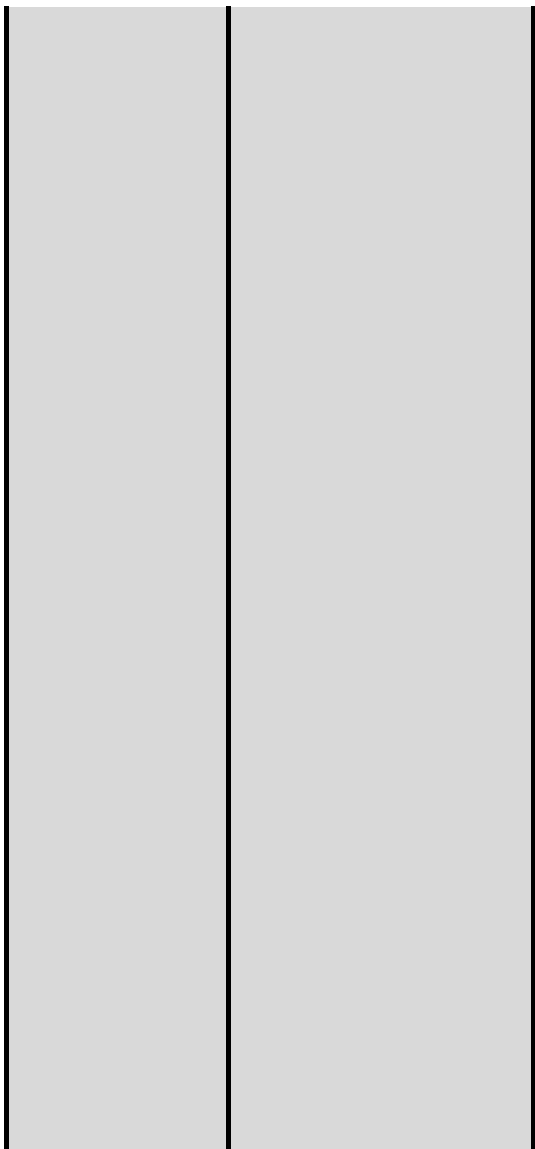
- La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida.

- Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas.
- La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento.
- Se realiza valoración nutricional.
- Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes.
- La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

- El profesional tratante debe estar informado de este derecho.
- La organización debe respetar este derecho y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al usuario si este decide volver a consultar.
- La organización cuenta con mecanismos para analizar en forma interdisciplinaria, cuando la condición lo amerite, casos complejos o complicados y ofrecer alternativas de manejo.
- La ejecución del tratamiento aborda estrategias de humanización de la atención.

- Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención.
- El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario) y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales usuarios.
- Los programas se apoyan con materiales educativos que faciliten el cumplimiento del objetivo.
- Cuando existen grupos específicos de educación diferentes al equipo de salud tratante, debe existir un mecanismo definido de retroalimentación al grupo asistencial tratante. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.
- La educación al usuario incluye su participación en la seguridad durante el proceso de la atención.

La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.	X		
En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.	X		
La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida.	X		
Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas.	X		
Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes.	X		
La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.	X		
Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.			X
El profesional tratante debe estar informado de este derecho.	X		
La organización debe respetar este derecho y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al usuario si este decide volver a consultar.	X		
La organización cuenta con mecanismos para analizar en forma interdisciplinaria, cuando la condición lo amerite, casos complejos o complicados y ofrecer alternativas de manejo.	X		
La ejecución del tratamiento aborda estrategias de humanización de la atención.	X		
Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención.	X		
El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario) y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales usuarios.	X		
Los programas se apoyan con materiales educativos que faciliten el cumplimiento del objetivo.	X		
Cuando existen grupos específicos de educación diferentes al equipo de salud tratante, debe existir un mecanismo definido de retroalimentación al grupo asistencial tratante. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.	X		
La educación al usuario incluye su participación en la seguridad durante el proceso de la atención.	X		



La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.	54
Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	30
En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.	16
	19

Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales:

La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. Los programas incluyen, cuando apliquen, mas no se restringen a:

- El sistema de asignación de citas podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, internet, etc.). La organización realiza mediciones para la mejora de la efectividad de estos medios.
- El sistema cuenta con las bases de datos actualizadas de los usuarios con derecho a recibir servicios en la (las) entidad(es) prestadora(s), cuando aplique.
- Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores en los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.
- Al momento de asignar la cita al usuario, se le informa fecha, hora, dirección y profesional asignado, así como la forma para cancelarla. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.
- La organización tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia.
- La organización garantiza que se entrega con anterioridad a la atención al usuario la información requerida para su atención.
- Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios.
- Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia.
- Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparación.

La organización cuenta con mecanismos de comunicación con los prestadores de servicios de laboratorio o imágenes, cuando los resultados no están acompañados de una lectura o están en letra ilegible, sin firma o sello, sin código del responsable y sin fecha de resultados. Igualmente, se debe garantizar que entre los dos servicios exista un mecanismo de asesoría y consejería en la interpretación de los resultados.	X		
Se evalúa la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas.	X		
Se provee información sobre cómo solicitar la cita y los trámites administrativos que debe realizar.	X		
Existen acciones coordinadas entre los servicios e instituciones para establecer parámetros de oportunidad.	X		
La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Crecimiento y desarrollo.	X		
La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en nutrición y alimentos.	X		
La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Enfermedades crónicas y degenerativas.	X		
Está estandarizado el ciclo de atención del usuario en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial.	X		
Está estandarizado el ciclo de atención del usuario es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones	X		
El sistema de asignación de citas podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, internet, etc.). La organización realiza mediciones para la mejora de la efectividad de estos medios.	X		
Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores en los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.	X		
Al momento de asignar la cita al usuario, se le informa fecha, hora, dirección y profesional asignado, así como la forma para cancelarla. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.	X		
La organización tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia.	X		
La organización garantiza que se entrega con anterioridad a la atención al usuario la información requerida para su atención.	X		
Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios.	X		
Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia.	X		

	8.5.2
	8.5.5
V E R	9.1
	9.1.2

La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.	48
La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento.	51
La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.	47
La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.	48

- Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento.

- Consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento.
- Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público.
- Capacitación sobre los cambios y el mejoramiento realizados.
- Indicadores de oportunidad y efectividad en las respuestas.

- Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso.
- Cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios.
- Para los casos en que la condición clínica, física y/o mental lo amerite, el egreso será dado en compañía de un adulto responsable, previa valoración por el médico tratante.
- Comunicación de toda la información relevante a la empresa promotora de salud, administradora, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.
- Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha y razones de referencia y personas que debe contactar, si aplica.
- Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica. Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios.
- Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios. Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios.
- Información de los trámites que los usuarios deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. ~~Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar~~
- La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas y/o registros asistenciales por parte de pares, para los casos de eventos adversos.
- Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas y/o registros asistenciales.

- Consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento.
- Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público.
- Capacitación sobre los cambios y el mejoramiento realizados.
- Indicadores de oportunidad y efectividad en las respuestas.

Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento.			X
Consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento.			X
Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público.	X		
Existen estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso.	X		
Cuentan con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios.	X		
Cuentan con un proceso estandarizado para los casos en que la condición clínica, física y/o mental lo amerite, el egreso será dado en compañía de un adulto responsable, previa valoración por el médico tratante.	X		
Cuentan con un programa estandarizado de comunicación de toda la información relevante a la empresa promotora de salud, administradora, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.	X		
Existen planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha y razones de referencia y personas que debe contactar, si aplica.	X		
La organización realiza evaluación periodica de las historias clínicas y/o registros asistenciales para los casos de eventos adversos.	X		
Realizan retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas y/o registros asistenciales.	X		
La evaluación de la adecuación de la utilización del servicio se hace con base en criterios explícitos y priorizando la seguridad del paciente.	X		
La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente la consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento.			X
La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente la Capacitación sobre los cambios y el mejoramiento realizados.			X
La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los Indicadores de oportunidad y efectividad en las respuestas.	X		

I F I C A R	9.2

Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización	83
La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares	75
La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares	88
La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares	103
La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares	131
La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo,	141

- Resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad.
- Evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados.
- Evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento
- Evaluación de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización
- El enfoque y los resultados de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.
- Evaluación de gestión de riesgo.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

- El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento por parte de los equipos de autoevaluación, equipos de mejora y demás colaboradores de la organización.
- La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados

Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a indicadores del sistema de información para la calidad?	X		
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados	X		
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento			X
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento.			X
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a el enfoque y los resultados de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.	X		
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a evaluación de gestión de riesgo.	X		
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a la toma de correctivos frente a las desviaciones encontrada			X
La gestion de las oportunidades de mejora tienen encuesta el enfoque organizacional del mejoramiento continuo?			X
Se prioriza la implementacion de oportunidades de mejora?			X
Realizan remosiòn de las barreras de mejoramiento por parte de los equipos de autoevaluación, equipos de mejora y demás colaboradores de la organización?		X	
La gestion de la articulaciòn de oportunidades de mejora que tiene relaciòn entre los diferentes procesos y grupos de estàndares.		X	
Se desarrolla el seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificaciòn del cierre de ciclo y el mantenimiento y aseguramiento de la calidad.		X	

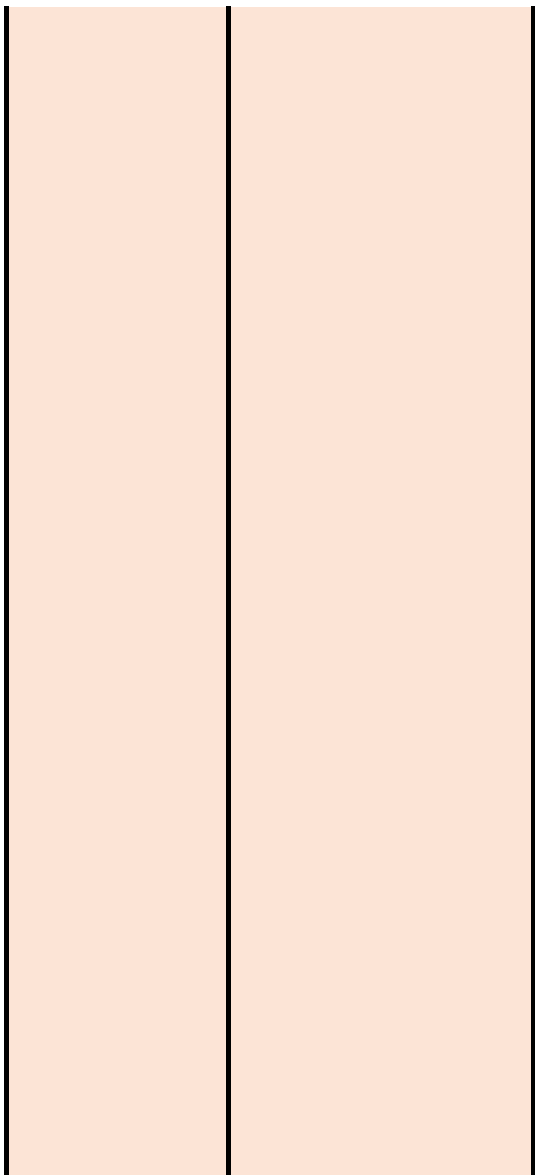
10.3

que apliquen al grupo de estándares	144
La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el talento humano, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta.	120
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados	156

- El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento.
- La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados.

- Tiene un enfoque sistémico.
- Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.
- Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.
- Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.
- Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.
- Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.
- Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.
- Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.
- Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos primarios de mejora, los equipos de mejoramiento sistémico, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación.
- Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.
- Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.
- Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.

En la gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo se desarrolla la comunicación de los resultados.			X
Tienen claro el enfoque organizacional del mejoramiento continuo.			X
Tienen implementado las oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento.			X
Realizan la articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.			X
Realizan el seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificaron del cierre de ciclo y el aseguramiento de la calidad.			X
Evalúan la efectividad de la respuesta con la comunicación de los resultados.			X
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados con un enfoque sistémico.			X
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados que está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.			X
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados que incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.			X
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados que incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.	X		
Articulan las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.			X
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados que acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.			X
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados que incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.			X
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados que incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.			X
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación.			X



La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación	157
Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.	158
Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas	160

• Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.

- Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros

- Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo.
- Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación.
- Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo.
- Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios.
- Son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.

- Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo.
- Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.
- Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.
- Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.
- Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de

Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados que cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.			X
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados donde se hace explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.			X
Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados donde se define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.			X
Determinan los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros.			X
La organización implementa las oportunidades de mejoramiento que son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo.			X
La organización implementa las oportunidades de mejoramiento que cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación.			X
La organización implementa las oportunidades de mejoramiento que se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo.			X
Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios.			X
La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo que son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.			X
Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo.			X
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.			X
Realizan seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.			X
Hacen seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.			X
Existe Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.	X		
Utilizan canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.	X		
Utilizan Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.	X		



conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.

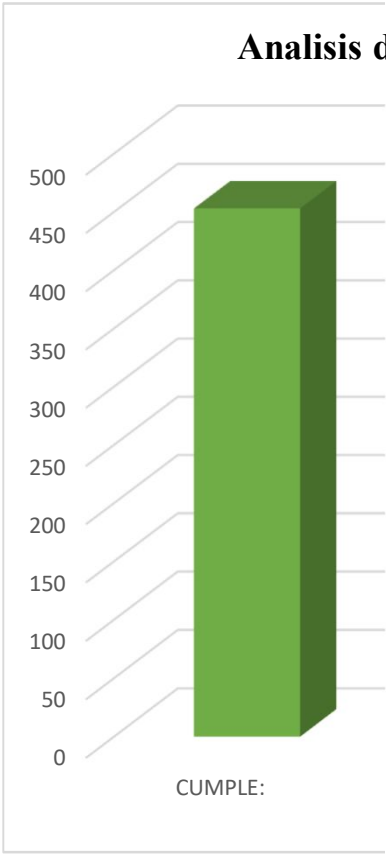
Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.

Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.			X
---	--	--	---

CUMPLE:	453
CUMPLE PARCIALMENTE:	25
NO CUMPLE:	82
	560

PHVA	ESTANDARES 5095:2018
<i>PLAN</i>	93, 7, 9, 20, 52, 89, 101, 14, 76, 78, 82, 83, 96, 99, 1, 3, 79, 90, 6, 5, 81, 97, 80, 84, 86, 33, 21, 40, 92, 98, 100, 24, 28.
<i>HACER</i>	77, 82, 94, 99, 106, 130, 136, 137, 138, 139, 140, 145, 151, 115, 116, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 129, 132, 134, 156, 153, 133, 111, 119, 114, 113, 142, 154, 143, 152, 148, 144, 146, 147, 150, 13, 18, 42, 43, 66, 67, 68, 69, 70, 17, 44, 59, 60, 65, 12, 15, 41, 45, 46, 30, 11, 16, 19, 48, 51.
<i>VERIFICAR</i>	47, 48, 83.
<i>ACTUAR</i>	75, 88, 103, 131, 141, 120, 156, 157, 158, 159, 160.

9001	C	CP	NC
4,5,6	149	15	17
7.8	292	7	30
9	8	0	5
10	4	3	30
	560		



el nivel de cumplimiento



CUMPLE
PARCIALMENTE:

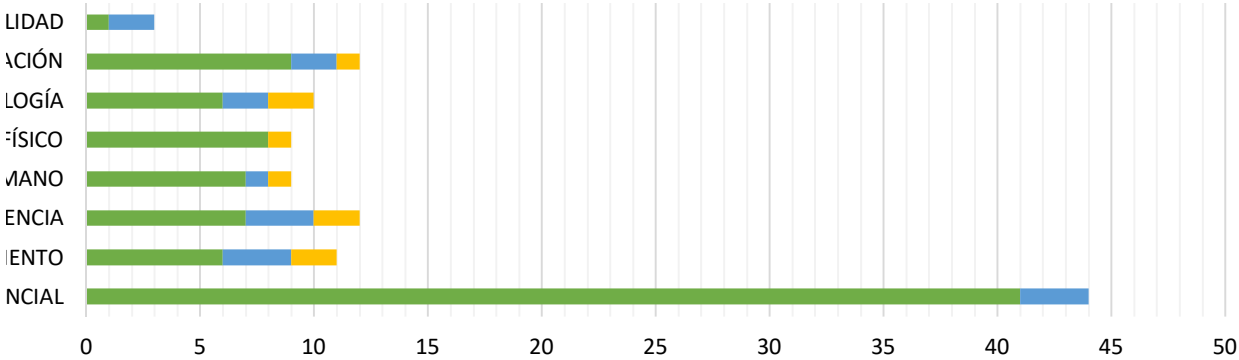


NO CUMPLE:

ESTANDARES	RANGO	C	CP	NC
ASISTENCIAL	1 a 75	41	0	3
DIRECCIONAMIENTO	76 a 88	6	2	3
GERENCIA	89 a 101	7	2	3
TALENTO HUMANO	102 a 120	7	1	1
AMB. FÍSICO	121 a 131	8	1	0
TECNOLOGÍA	132 a 141	6	2	2
INFORMACIÓN	142 a 154	9	1	2
CALIDAD	156 a 159	1	0	2

	CAL
	INFORMA
	TECNOL
	AMB. F
	TALENTO HUN
	GERE
	DIRECCIONAMI
	ASISTEI
	ASISTE
C	2
NC	
CP	

Cumplimiento de estándares



ENCIAL	DIRECCIONAMIENTO	GERENCIA	TALENTO HUMANO	AMB. FÍSICO	TECNOLOGÍA	INFORMACIÓN	CALIDAD
41	6	7	7	8	6	9	1
3	3	3	1	0	2	2	2
0	2	2	1	1	2	1	0