

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA HERRAMIENTA

Introducción	Generar un comparativo entre el modelo del Sistema de gestión de calidad, esta integración ayuda a hacer el sistema más productiva y a su vez competitiva, a partir de un análisis de las competencias de cualquier profesional, especialmente en el área de la calidad. Integrar los elementos, estándares y requisitos a los sistemas de gestión de calidad, esta integración ayuda a hacer el sistema más productiva y a su vez competitiva, a partir de un análisis de las competencias de cualquier profesional, especialmente en el área de la calidad. Esta herramienta permite evidenciar en donde se encuentran los requisitos para alcanzar un alto nivel en atención al cliente. La competitividad es un tema de vanguardia que conlleva a las empresas a mejorar sus productos y servicios a todo tipo de empresas, con miras a fortalecer su estructura, ofrecer nuevos y mejores servicios. La integración de sistemas de calidad en instituciones de calidad, garantizan oportunidad, eficiencia y seguridad. Esta herramienta fue elaborada para aplicarla en organizaciones donde se empareja con los criterios del sistema único de gestión de calidad. El diligenciamiento de la herramienta se realiza en una sola vez. Obtener la certificación ISO 9001 y la del SUA generan mejores resultados, generando competitividad, crecimiento financiero y demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de requisitos.
Objetivo	Realizar el diagnóstico del sistema de gestión integrado.
Alcance	Incluye los capítulos de la norma ISO 9001 y los estándares de la SUA. Arroja el porcentaje de cumplimiento en los criterios de evaluación.
Descripción de la herramienta	La presente herramienta busca medir el porcentaje de cumplimiento de los ítems de la norma ISO 9001 y la SUA. El usuario debe ir llenando los cuadros de los ítems hasta llenar la totalidad de los cuadros de los ítems. Al finalizar se encontrará el resultado del porcentaje de cumplimiento frente a un sistema de calidad.

Guia de diligenciamiento	1. Iniciar diligenciando los datos generales 2. Ingresa al Capítulo 4. Contexto y revisar la columna de \n 3. Continuar con los siguientes capítulos de la misma man
---------------------------------	--

VERDE	En este rango se encuentran la IPS que tienen un pc
AMARILLO	En este rango se encuentran la IPS que tienen un pr
ROJO	En este rango se encuentran La IPS que tienen un p

MIENTA DIAGNÓSTICA DE CALIDAD EN SALUD

El Sistema Único de Acreditación en salud (SUA) y la norma ISO 9001, nos permite integrar los esfuerzos para mejorar el desempeño de la empresa, agregando valor a sus servicios, haciéndola más organizada y control de sus actividades, incentivando el interés para las actividades en el área de la salud.

El Sistema Único de Acreditación en salud y la certificación bajo la norma ISO 9001, es una decisión estratégica en términos de calidad y competitividad. Se puede evidenciar que se complementan entre sí, las normas son compatibles al ser aspectos en común como son el mejoramiento continuo y la gestión centrada en el usuario. El Sistema Único de Acreditación en salud es una herramienta que la institución u organización y que debe tener en cuenta para lograr el 100% de los estándares de calidad.

Con el tiempo ha trascendido escalonadamente, exigiendo mejores beneficios y características. Las organizaciones cada día piensan en metodologías que optimicen sus procesos, con mejores servicios.

El Sistema Único de Acreditación en salud responde a las necesidades de las organizaciones que buscan prestar servicios de calidad.

Las organizaciones que prestan servicios de salud, se eligió mantener la estructura de la ISO 9001 o el Sistema Único de Acreditación (SUA) que buscan el mismo fin o que se complementan. El Sistema Único de Acreditación en salud, no cumple, no aplica según el caso. El Sistema Único de Acreditación en salud tiene un impacto en calidad, ya que este tiene en cuenta la estructura, los procesos, los recursos financieros, innovación de equipos, procedimientos y servicios, adicionalmente el SUA permite alcanzar niveles superiores de calidad por parte de las IPS.

Estado en Calidad de la organización

Estándares del manual del sistema único de acreditación en salud 2018 para todas las IPS. Sistema Único de Acreditación en Calidad/ISO 9001

El cumplimiento en estándares de calidad de la norma ISO 9001 se debe diligenciar uno a uno por capítulo, donde se encuentran las opciones cumple, no cumple, no aplica. Al final se genera un diagnóstico para los estándares de calidad. Lo que nos genera un diagnóstico de cómo se encuentra la organización y facilita el análisis del mismo.

Verifique y responder según corresponda con una " X " cada uno de los ítems.

era

Capítulo 5. Liderazgo

Capítulo 6. Planificación

Capítulo 7. Apoyo

Capítulo 8. Operación

Capítulo 9. Evaluación de desempeño

Capítulo 10. Mejora

Porcentaje de cumplimiento del 80 al 100% de los requisitos de la herramienta aplicada

Porcentaje de cumplimiento del 50 al 79.9% de los requisitos de la herramienta aplicada

Porcentaje de cumplimiento del 1 al 49,9% de los requisitos de la herramienta aplicada

HERRAMIENTA DIAGNOSTICA DE CALIDAD EN SALUD

Información de la institución

Fecha	
Nombre de la organización	
Ciudad	
Departamento	
Razon social/NIT	
Dirección	
Teléfono (s)	
Representante legal	

La IPS cuenta con certificación o acreditación de su sistema de gestión de calidad	SI		NO		
Si su respuesta es SI, responda las siguientes preguntas:					
En que año fue certificada o acreditada					
Por que entinda fue certificada					

Información de la persona de la institución que diligencia la herramienta

Nombre	Area	Cargo

HERRAMIENTA DIAGNOSTICA DE CALIDAD EN SALUD

Información de la institución

Metodologia de recoleccion de la información de la herramienta

Entrevista directa		
--------------------	--	--

4, CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
4.1	93	La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales	Un proceso planificado para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta referenciación. Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.). 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.	Tienen un proceso planificado para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta?				
				Tienen una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).?				
				En los procesos de gestión clínica hay adherencia a guías de práctica clínica?				
				En los procesos de gestión clínica hay diligenciamiento de historia clínica ?				
				En los procesos de gestión clínica hay pertinencia diagnóstica?				
				Tienen un procedimiento de evaluación de resultados ajustados por riesgo?				
				Tienen un programa para identificar eventos adversos?				
				Tienen un programa de humanización?				
				Realizan gestión del riesgo?				
				Realizan gestión de la tecnología?				
				Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado?				
				Tienen implementado un programa de Seguridad del Paciente?				
				Tienen cultura del reporte de eventos en la institución ?				
			• Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. • Política institucional de Seguridad del Paciente • Promoción de la cultura de seguridad • Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo • Reporte • Análisis y Gestión • Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo • Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de	Tienen una caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos?				
				Existe una política institucional				
				Promocionan la cultura de seguridad del paciente				
				Tienen un sistema de reporte de eventos adversos				
				Realizan aprendizaje colectivo de los eventos presentados				
				Realizan análisis y Gestión de los eventos presentados				
				Capacitan al cliente interno				

4, CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.2	7	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.	seguro del paciente entre asegurador y prestador • Estandarización de procedimientos de atención • Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos. • La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio. • Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales: • Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes • Prevenir el cansancio del personal de salud • Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado . Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad: • Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad • Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención El listado completo y la descripción de cada Práctica Segura pueden ser consultados en: La Guía técnica de Buenas Practicas en seguridad del Paciente	Realizan procedimientos y acciones recíprocas de los programas				
				Tienen una estandarización de los procedimientos de atención				
				Evalúan la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.				
				Monitorizan aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.				
				Utilizan o desarrollan un software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.				
				Mantienen la seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud				
				Utilizan prácticas para mejorar la actuación de los profesionales				
				Evalúan como gestionan la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes				
				Tienen un procedimiento identificado para prevenir el cansancio del personal de salud				
				Garantizan la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.				
4.2	9	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.	Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante. Desde el ingreso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario. • 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	Desde el ingreso, se definen mecanismos de identificación redundante.				
				Desde el ingreso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario.				
				Realizan análisis de barreras de ingreso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras)				
				El análisis de barreras de ingreso incluye los diferentes servicios.				
				Realizan mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción				
4.2	20	La organización tiene definido, y estandarizado el proceso de identificación de necesidades de Salud de todos los pacientes atendidos y evalúa su cumplimiento.	• 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.	Tienen definido el alcance y contenido mínimo de la identificación de necesidades del usuario por cada servicio de la organización.				
				Tienen definido 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				
				La identificación de necesidades de salud de los pacientes tiene en cuenta necesidades psicológicas				

4, CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

				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.)				
				La identificación de necesidades de salud de los pacientes tiene en cuenta necesidades socioeconómicas				
				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.				
42	52	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 servicios.	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.	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.				

4, CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.2	89	SUS SERVICIOS.	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	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				
4,2	89	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.	* Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores. * Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas. * La descripción del proceso de atención al cliente.	La organización tiene una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.				
				La organización cuenta con un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.				
				La organización tiene la descripción del proceso de atención al cliente				
4,2	101	Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar	* 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.	La organización realiza la descripción del proceso de atención al cliente.				
				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.				
4,3	29	La organización debe determinar los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de la calidad para establecer su alcance La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones	Cuando se determina este alcance, la organización debe considerar: a) las cuestiones externas e internas referidas en el apartado 4.1; b) los requisitos de las partes interesadas pertinentes indicados en el apartado 4.2; c) los productos y servicios de la organización. * Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente. * Abordaje interdisciplinario de casos complejos.* Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas. * Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad. * Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad. * Apoyo espiritual o religioso. * Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar. * Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen. * La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar. * Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar. * Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas	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 la determinación del alcance la rganización tiene en cuenta las cuestiones internas y externas				
				En la determinación del alcance la organización considera los requisitos de las partes interesadas pertinentes				
				En la determinación del alcance la organización considera los productos y servicios prestados.				
				La organización identifica el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.				
				La organización considera el abordaje interdisciplinario de casos complejos.				
				La organización considera los criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.				
				En la organización se proveen actividades lúdicas para infantes, adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.				
				La organización da consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad.				
				La organización brinda apoyo espiritual o religioso.				
				Existe un proceso para informar al personal asistencial que papel desempeña en el tratamiento implicado				
				Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.				
				La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones prestadas al paciente.				

4, CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

				Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada por la institución.				
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas				
4,4	14	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.	* 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.	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 indicadores y estándares para el acceso				
				La organización tienen un indicador de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.				
				La organización mide los Tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales.				
				La organización mide los tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios incluida la toma de muestras de laboratorio y la realización de exámenes de apoyo (laboratorio e imagenología).				
				La organización mide los tiempos para la realización de interconsultas.				
				La organización mide los tiempos de espera para las patologías que lo ameritan.				
				La organización tiene encuesta la demanda insatisfecha				
				Si hay desviaciones se toman correctivos frente a ellas				

CAPITULO 5. LIDERAZGO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
5.1.1	76	Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización	• 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. • 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.	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.				
				Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear aspectos éticos y normativos.				
				Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los cambios del entorno.				
				Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear la seguridad del paciente				
				Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear la seguridad de los colaboradores				
				Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el enfoque y la gestión de riesgo.				
				Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear la humanización durante la atención del usuario y su familia.				
				Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear la planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.				
				Realizan análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.				
				Hay sinergia y coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.				
				Tienen definido la 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.				
				La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.				
				Saben escuchar al cliente interno y tienen claro su responsabilidad frente a sus colaboradores.				
				Tienen encuenta 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.				
				Realizan ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento continuo de a organización.				
5.1.1	77	La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	• 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.	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.				
5.1.1	78	La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.	• Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.	Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.				

CAPITULO 5. LIDERAZGO

		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	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	Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados.				
--	--	---	---	---	--	--	--	--

CAPITULO 5. LIDERAZGO

5.1.1	82	organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	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.				
5.1.1	83	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.	• 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.	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.				
				Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y los resultados clínicos ajustados.				
				Existe la evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento				
				Existe la evaluación de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización				
				Existe el enfoque y los resultados de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.				
				Realizan evaluación de gestión de riesgo.				
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
5.1.1	85	Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.	• 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. • 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.	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.				
				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.				
				Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta.				
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
5.1.1	94	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.	• 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.	Promueven la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.				
				Existe un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.				
				Hay apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.				
				Realizan la identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.				
				Realizan el reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.				
5.1.1	96	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.	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.	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 garantiza el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.				
5.1.1	99	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.	• 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.	Existe la revisión de prioridades en el plan estratégico.				
				Realizan la evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.				
				Realizan la evaluación de los recursos disponibles.				
				Realizan el balance oferta-demanda.				
				Tienen un análisis de los presupuestos.				
				Realizan la evaluación de costos.				

CAPITULO 5. LIDERAZGO

5.1,2	1	La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	* 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 organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.	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 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. 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. Si un usuario da respuesta para la investigación esta no es barrera para una atención médica acorde con su patología. La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.				
5.1,2	2	La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza:	*El respeto al derecho del usuario de participar o rehusarse a hacerlo. * La información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos. * Un comité que analice y avale los proyectos de investigación en los que participa la institución. * El análisis de los eventos adversos derivados de los estudios de investigación. * Las competencias técnicas del personal que hace parte del equipo de investigación. * Los principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas.	La institución tiene respeto al derecho del usuario de participar o rehusarse a hacerlo. La organización tiene la información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos. La organización tiene un comité que analice y avale los proyectos de investigación en los que participa la institución. La organización garantiza el análisis de los eventos adversos derivados de los estudios de investigación. La organización garantiza las competencias técnicas del personal que hace parte del equipo de investigación. La organización garantiza los principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas.				
5.1,2	3	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.	* 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).	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).				
	79	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, 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, 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.				
5.1,2	90	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 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 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.				
5.2	6	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.	* 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.	El programa de seguridad del paciente tiene la estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos. 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. La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente 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.				
				El programa de seguridad del paciente tienen una estructura funcional para la seguridad del paciente.				

CAPITULO 5. LIDERAZGO

5,2,1	5	La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización	* 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. * Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares	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. El programa de seguridad del paciente monitorizan los eventos adversos. El programa de seguridad del paciente tiene evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior. El programa de seguridad del paciente realiza inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares					
5,2,1	81	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.	* 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. * 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.	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. 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.					
5,2,1	97	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. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia	* Dignidad personal. * Privacidad. * Seguridad. * Respeto. * Comunicación.	Son derechos de los clientes internos y del paciente y su familia la dignidad personal. Son derechos de los clientes internos y del paciente y su familia la privacidad. Son derechos de los clientes internos y del paciente y su familia laSeguridad. Son derechos de los clientes internos y del paciente y su familia el Respeto. Son derechos de los clientes internos y del paciente y su familia la Comunicación.					
		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.	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.	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. .					
5,2,2	80			Si se encuentran desviaciones frente a la política himanizada se toman correctivos.					
5,3	84	La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	* 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.	Desarrollan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Realiza Inducción y reinducción a los colaboradores Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.					
5,3	86	En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los	* El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se generan la sinergia y la coordinación en torno al usuario entre las diferentes sedes. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. * El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos. * 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.	El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se generan la sinergia y la coordinación en torno al usuario entre las diferentes sedes. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.					

CAPITULO 5. LIDERAZGO

		logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente	- La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de una red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, la monitorización y la mejora de dichos procesos, de acuerdo con 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 planeación y el gerenciamiento del estándar, esr centralizada en cabeza de una red, la institucion hace parte de la planeación, la monitorización y la mejora de dichos procesos, de acuerdo con las directrices emanadas de la gerencia de la red.				
				El estándar es cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red.				
5,3	87	Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización.	- Personal clínico-docente con formación en pedagogía. - Experiencia docente. - Políticas de formación y educación continuada. - Políticas de investigación. - Plan de desarrollo docente. - Definición clara de roles. - Asignación de responsabilidades. - Definición de recursos aportados por las partes. Evaluación de competencias. - Evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección.	Son parametros de la relación docencia servicio el Personal clínico-docente con formación en pedagogía.				
				Son parametros de la relación docencia servicio la Experiencia docente.				
				Son parametros de la relación docencia servicio las Políticas de formación y educación continuada.				
				Son parametros de la relación docencia servicio las Políticas de investigación.				
				Son parametros de la relación docencia servicio el Plan de desarrollo docente.				
				Son parametros de la relación docencia servicio la Definición clara de roles.				
				Son parametros de la relación docencia servicio la Asignación de responsabilidades.				
				Son parametros de la relación docencia servicio la Definición de recursos aportados por las partes. Evaluación de competencias.				
				Son parametros de la relación docencia servicio la Evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección.				
5,3	102	La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación.	- Considera requisitos y normatividad vigente, especialmente la relacionada con acreditación educativa. - Identificación de recursos para la práctica formativa. - Desarrollo de investigaciones acorde con su complejidad y vocación institucional que generen conocimiento. - Actividades específicas para el seguimiento de la relación docencia-servicio y al personal en prácticas formativas. - Balance y costo-beneficio de la relación docencia-servicio y de la investigación. - Balance y adecuación de la infraestructura para la prestación de servicios y el desarrollo de actividades de personal en práctica formativa.	Considera requisitos y normatividad vigente, especialmente la relacionada con acreditación educativa.				
				La organización Identifica recursos para la práctica formativa.				
				La organización desarrolla investigaciones acorde con su complejidad y vocación institucional que generen conocimiento.				
				La organización realiza actividades específicas para el seguimiento de la relación docencia-servicio y al personal en prácticas formativas.				
				La organización realiza un balance y costo-beneficio de la relación docencia-servicio y de la investigación.				
				La organización realiza un balance y adecuación de la infraestructura para la prestación de servicios y el desarrollo de actividades de personal en práctica formativa.				

CAPITULO 6. PLANIFICACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
6.1	32	La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.	• Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, en el que se le explican el objetivo, los beneficios y los inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología, aunque debe primar la autonomía del paciente. • Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante. • El consentimiento informado debe incluir, como mínimo, los beneficios, los riesgos y las alternativas, de acuerdo con el procedimiento específico. • Los profesionales responsables del consentimiento informado reciben capacitación y entrenamiento y son evaluados respecto a: • Suficiencia del contenido de la información. • Habilidades de comunicación y diálogo. • En los casos de reintervenciones, se actualiza el consentimiento informado. • Se evalúa el diligenciamiento adecuado, oportuno y veraz del consentimiento informado. • Se capacita a los profesionales tratantes acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado y de la verificación de la comprensión por parte del paciente.	Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, en el que se le explican el objetivo, los beneficios y los inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología, aunque debe primar la autonomía del paciente.				
				Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.				
				El consentimiento informado incluye, como mínimo, los beneficios, los riesgos y las alternativas, de acuerdo con el procedimiento específico.				
				Los profesionales responsables del consentimiento informado reciben capacitación y entrenamiento?				
				Se evalúa la suficiencia del contenido de la información suministrada por el profesional responsable				
				Se evalúan las Habilidades de comunicación y diálogo del profesional responsable?				
				En los casos de reintervenciones, se actualiza el consentimiento informado.				
				Se evalúa el diligenciamiento adecuado, oportuno y veraz del consentimiento informado.				
				Se capacita a los profesionales tratantes acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado				
				El profesional tratante verifica la comprensión por parte del paciente.				
6.1	33	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, su privacidad y dignidad:	• 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. • Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares. • Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes. • Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor. • 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. • Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc. • Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares. • Desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica, especialmente en el caso de niños, adulto mayor y de contribución para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas (lectura, manualidades, etc.). • El desarrollo de las actividades de este estándar se despliega a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados. • Gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio. • 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 es 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.				
				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.				
				Hay humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.				
				Existen políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promueven las condiciones de silencio.				
				Realizan inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).				
				Realizan un abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.				
				Las condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.				
				Tienen definidas las estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares.				
				Tienen definidas las estrategias de cuidado con orientación lúdica, especialmente en el caso de niños, adulto mayor y de contribución para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas (lectura, manualidades, etc.).				

CAPITULO 6. PLANIFICACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				Tienen definidas las actividades de este estándar las cuales se despliegan a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados.				
				Realizan gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio.				
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
6.1	21	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.	* Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones * Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud. * La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo. * La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales. * El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. * Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas. * * Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud * Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías. * Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.	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.				
				Se revisan las necesidades de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo.				
				La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales.				
				El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.				
				Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas. * *				
				Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud				
				Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías.				
				Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.				
				Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.				
6.1	22	La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.	* Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad. * La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo con la decisión adoptada. * La organización prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones. * Todas las personas que tengan contacto directo con pacientes en condiciones de aislamiento deben recibir capacitación y /o entrenamiento para minimizar los riesgos a los usuarios; esto incluye equipo de salud, personal en práctica formativa, docentes e	El aislamiento determinado por la institución mantiene la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.				
				La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo con la decisión adoptada.				
				La organización prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones.				

CAPITULO 6. PLANIFICACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
			Investigadores, entre otros.	Todas las personas que tengan contacto directo con pacientes en condiciones de aislamiento deben recibir capacitación y /o entrenamiento para minimizar los riesgos a los usuarios; esto incluye equipo de salud, personal en práctica formativa, docentes e investigadores, entre otros.				
6.1	23	Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.	• Se define el enfoque de riesgo. • Se priorizan los riesgos críticos. • Se mide el impacto. • Se gestionan y evalúan los resultados	La organización define el enfoque de riesgo.				
				La organización priorizan los riesgos críticos.				
				La organización mide el impacto.				
				En la organización se gestionan y evalúan los resultados				
6.1	34	La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente	• Diseño del plan farmacológico de tratamiento. • Aplicación de la política de uso racional de antibiótico. • Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere. • Participación del servicio farmacéutico. • Participación de infectología si la complejidad lo requiere. • Reconciliación de medicamentos al ingreso. • Farmacovigilancia. • Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración. • Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos. • Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio) • Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos. • Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	La organización garantiza el diseño del plan farmacológico de tratamiento.				
				La organización tiene una política de uso racional de antibiótico.				
				Hay participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.				
				Hay participación del servicio farmacéutico.				
				Hay participación de infectología si la complejidad lo requiere.				
				Se realiza reconciliación de medicamentos al ingreso.				
				Existe el programa de Farmacovigilancia.				
				Existen señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración.				
				Se realiza revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.				
				Existen mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio)				
				Existen mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar.				
				Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.				
				Existen mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.				
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
6.1	36	El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrahospitalario o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.	• El personal que realiza la toma o que transporta las muestras está capacitado y es sujeto de seguimiento de la adherencia a los procedimientos establecidos. • La organización tiene estandarizados y controla los tiempos y condiciones de traslado. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	El personal que realiza la toma o que transporta las muestras está capacitado y es sujeto de seguimiento de la adherencia a los procedimientos establecidos.				
				La organización tiene estandarizados y controla los tiempos y condiciones de traslado de las muestras de laboratorio clínico				
				La organización toma correctivos frente a las desviaciones encontradas en el laboratorio clínico.				
				La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de infecciones desde la admisión y transporte intra e interinstitucional de los pacientes.				
				Se realiza estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento.				
				Hay garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral.				

CAPITULO 6. PLANIFICACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
6.1	40	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	• Admisión y transporte intra e interinstitucional de los pacientes con infección. • Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento. • Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral. • Profilaxis antibiótica. • Uso racional de antibióticos. • Uso de perfil de resistencia antibacteriana. • Protocolos de desinfección. • Reportes de cultivos de superficie. • Acciones del comité de vigilancia epidemiológica. • Acciones en el caso de brotes infecciosos. • Ajuste de guías de práctica clínica con base en perfil de resistencia bacteriana. • Proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas: 1. Definición de infecciones asociadas al cuidado de la salud. 2. Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria. 3. Implementación, medición y gestión de indicadores de infección de acuerdo con la complejidad y por servicio. Como mínimo, los indicadores de acreditación de referencia, ejemplo: infección asociada a catéter central, infección de sitio operatorio, endometritis postparto, neumonía asociada a ventilador, infección asociada a sonda vesical. • Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes de la organización. • El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización. • El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo. • Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones. • El personal de la organización recibe inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones. • Sistema de ventilación para contaminantes, si aplica. • Esterilización acorde con las necesidades de los servicios.	Realizan profilaxis antibiótica.				
				Existe el uso racional de antibióticos.				
				Existe el uso de perfil de resistencia antibacteriana.				
				Existe el protocolo de desinfección.				
				Realizan reportes de cultivos de superficie.				
				Tiene definidas las acciones del comité de vigilancia epidemiológica.				
				Tienen definidas las acciones en el caso de brotes infecciosos.				
				Realizan ajuste de guías de práctica clínica con base en perfil de resistencia bacteriana.				
				Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas:				
				Tienen definido las infecciones asociadas al cuidado de la salud.				
				Existen mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria.				
				Se encuentran implementados, medidos y gestionados los indicadores de infección de acuerdo con la complejidad y por servicio. Como mínimo, los indicadores de acreditación de referencia, ejemplo: infección asociada a catéter central, infección de sitio operatorio, endometritis postparto, neumonía asociada a ventilador, infección asociada a sonda vesical.				
				Realizan el reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes de la organización.				
				Exite el plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.				
				Existe el plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.				
				Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.				
				El personal de la organización recibe inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones.				
				Existe un sistema de ventilación para contaminantes				

CAPITULO 6. PLANIFICACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				Realizan esterilización acorde con las necesidades de los servicios.				
6.1	92	La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico	• 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.	El sistema de gestión del riesgo responde a una política organizacional.				
				El sistema de gestión del riesgo cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.				
				El sistema de gestión del riesgo incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.				
				El sistema de gestión del riesgo realiza acciones de evaluación y mejora.				
6.1	98	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	• 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.	Existe una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo.				
				Existe una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes.				
				Existe un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar.				
				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.				
				Existe un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos.				
				Los clientes internos, 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.				
				La organización cuenta con un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.				
				La organización cuenta con un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.				
6.1	100	Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.	• 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. • 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.	Realizan monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo				
				Realizan monitorización y gestión de la cartera.				
				Existe un análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.				
				Existe una evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.				
				Realizan análisis de la productividad.				
				Realizan análisis de costos.				
				Realizan la gestión de inventarios.				
				Realizan la gestión de seguros.				
				Tienen definidas estrategias para el fomento de la cultura del buen uso de los recursos.				
				Existe la aplicación del código de ética en el uso de los recursos.				
				Realizan auditoría y mejoramiento de procesos.				

CAPITULO 6. PLANIFICACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				Realizan seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,				
				Realizan auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.				
6.2	24	Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta. En cualquier tipo de organización,	• Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado. Los protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud • En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener: • Cuáles son los objetivos de la guía. • Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia. • Definición de mecanismos de consenso. • Registro de los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo. • Formulación explícita de recomendaciones. • Cada cuánto se hará la actualización. • Aplicabilidad. • Cada cuánto y cómo se monitorizará la adherencia a la guía, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario. • Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reintroducción, de cada trabajador; hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados. • La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.	Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado. Los protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud Las guías son explícitas y contienen objetivos de la guía. Las guías son explícitas y contienen identificación, clasificación e interpretación de la evidencia. Las guías son explícitas y contienen la definición de mecanismos de consenso. Las guías son explícitas y contienen el registro de los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo. Las guías son explícitas y contienen la formulación de recomendaciones. Tienen definido cada cuánto se hará la actualización. Tienen definida la aplicabilidad de cada guía. Tienen definido cada cuánto y cómo se monitorizará la adherencia a la guía, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario. Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reintroducción, de cada trabajador; hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.				
6.2	28	El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.	• En laboratorio clínico, se garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia. • Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados. • Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas. • Existen mecanismos de alarma para resultados críticos.	En laboratorio clínico, se garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia. Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados. Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas. Existen mecanismos de alarma para resultados críticos.				
		La organización garantiza que en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos	Competencias del personal responsable de la atención y mecanismos para su evaluación. • Marcadón de elementos. • Información clínica mínima que deben contener las solicitudes de exámenes (inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario) • Registro de las órdenes que no cumplen con el criterio anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes. • Medición de la oportunidad de los reportes. • Aceptación o rechazo de muestras o imágenes. Si se aceptan muestras comprometidas o imágenes dudosas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y precaución al interpretar el resultado. Incluye: 1. Análisis para identificar las causas que motivaron el daño de la muestra o imagen. 2. Información al usuario para la retoma de la muestra o imagen. • Esta información debe formar parte del programa de Seguridad del Paciente. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas	Tienen definidas las competencias del personal responsable de la atención y mecanismos para su evaluación. Tienen definida la marcación de elementos. La información clínica mínima contiene las solicitudes de exámenes (inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario) Existe registro de las órdenes que no cumplen con el criterio anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes. Realizan medición de la oportunidad de los reportes. Hay aceptación o rechazo de muestras o imágenes. Si se aceptan muestras comprometidas o imágenes dudosas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y precaución al interpretar el resultado. Existe el análisis para identificar las causas que motivaron el daño de la muestra o imagen.				

CAPITULO 6. PLANIFICACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				Dan información al usuario para la retoma de la muestra o imagen.				
				Toda la información relacionada con estos eventos es parte del programa de Seguridad del Paciente.				
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
6.2	38	La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información	Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto. • Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de los exámenes y los procedimientos solicitados, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuarlos por orden de prioridad. • La entrega de todos los resultados de exámenes y procedimientos de manera escrita. En los casos excepcionales, cuando la entrega se haga telefónicamente al equipo de salud, se lleva un registro de quien dicta y quien recibe. En ningún caso, el resultado puede ser entregado de manera verbal al usuario. • Proceso de almacenamiento y conservación del reporte original, aun cuando los resultados escritos sean una transcripción o grabación y esta no sea realizada por quien efectuó el análisis de los exámenes. • Proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia y la trazabilidad entre los diferentes registros. • Se garantiza la entrega de todos los reportes al usuario o al médico tratante según lo definido en el proceso, con pautas específicas para la entrega de aquellos resultados que puedan influir en la integridad de las personas (ej.: cáncer, VIH, abuso de cualquier tipo, procedimientos parte de un proceso legal, etc.). • Un proceso para evaluar la correlación entre la clínica y los resultados de los exámenes realizados. • La asesoría permanente a los profesionales que lo requieran para la correcta interpretación de los resultados. • Procedimientos para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados. En estos casos, se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados dejando constancia de dicha anomalía. • El análisis de errores en cualquiera de las fases de la entrega de resultados para tomar acciones correctivas. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. • Esta información debe formar parte del programa de seguridad del paciente.	Tienen definidos los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto.				
				Si hay demoras se generará un proceso de clasificación y ordenamiento de los exámenes y los procedimientos solicitados, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuarlos por orden de prioridad.				
				La entrega de todos los resultados de exámenes y procedimientos de manera escrita. En los casos excepcionales, cuando la entrega se haga telefónicamente al equipo de salud, se lleva un registro de quien dicta y quien recibe. En ningún caso, el resultado puede ser entregado de manera verbal al usuario.				
				Existe un proceso de almacenamiento y conservación del reporte original, aun cuando los resultados escritos sean una transcripción o grabación y esta no sea realizada por quien efectuó el análisis de los exámenes.				
				Existe un proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia y la trazabilidad entre los diferentes registros.				
				Se garantiza la entrega de todos los reportes al usuario o al médico tratante según lo definido en el proceso, con pautas específicas para la entrega de aquellos resultados que puedan influir en la integridad de las personas (ej.: cáncer, VIH, abuso de cualquier tipo, procedimientos parte de un proceso legal, etc.).				
				Existe un proceso para evaluar la correlación entre la clínica y los resultados de los exámenes realizados.				
				Dan asesoría permanente a los profesionales que lo requieran para la correcta interpretación de los resultados.				
				Existen procedimientos para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados. En estos casos, se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados dejando constancia de dicha anomalía.				
				Realizan el análisis de errores en cualquiera de las fases de la entrega de resultados para tomar acciones correctivas.				
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
				El análisis de errores y los correctivos forman parte del programa de seguridad del paciente.				
6.2	39	El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado	• Se lleva registro de las acciones de control de calidad y de las acciones correctivas establecidas por la organización, las cuales son conocidas y analizadas • Se lleva un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos • El laboratorio tiene un sistema para comparar los resultados del control de calidad externo de las pruebas de proficiencia contra estándares válidos de desempeño, para todas las pruebas que realiza en el laboratorio. • El laboratorio debe verificar periódicamente la validez del intervalo de análisis de los métodos usados. • Debe llevar un registro de las fechas y los resultados obtenidos. • En la sección de Microbiología, el laboratorio debe llevar registros del control de los medios de cultivo, coloraciones y antibiogramas mediante organismos ATCC • En la sección de hematología, el laboratorio debe procesar mínimo tres niveles de controles de calidad, de manera diaria, y debe llevar un registro correspondiente. En la sección de coagulaciones, el número de niveles de control debe ser mínimo dos. • Se deben llevar los registros contemplados en los criterios señalados. • En la sección de Inmunología, el laboratorio debe realizar verificaciones del procedimiento mediante el procesamiento de controles (positivos y negativos) cada vez que se realicen las pruebas. • El laboratorio debe llevar un registro de las acciones tomadas cuando los resultados del control de calidad externo no cumplan con los límites aceptables. Química, dos niveles; inmunoensayos, mínimo tres niveles. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Se lleva registro de las acciones de control de calidad y de las acciones correctivas establecidas por la organización, las cuales son conocidas y analizadas				
				Se lleva un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos				
				El laboratorio tiene un sistema para comparar los resultados del control de calidad externo de las pruebas de proficiencia contra estándares válidos de desempeño, para todas las pruebas que realiza en el laboratorio.				
				El laboratorio verifica periódicamente la validez del intervalo de análisis de los métodos usados.				
				Llevar un registro de las fechas y los resultados obtenidos.				
				En la sección de Microbiología, el laboratorio lleva registros del control de los medios de cultivo, coloraciones y antibiogramas mediante organismos ATCC				
				En la sección de hematología, el laboratorio procesa mínimo tres niveles de controles de calidad, de manera diaria, y debe llevar un registro correspondiente. En la sección de coagulaciones, el número de niveles de control debe ser mínimo dos.				
				Se llevan los registros contemplados en los criterios señalados.				
				En la sección de Inmunología, el laboratorio realiza verificaciones del procedimiento mediante el procesamiento de controles (positivos y negativos) cada vez que se realicen las pruebas.				
				El laboratorio lleva un registro de las acciones tomadas cuando los resultados del control de calidad externo no cumplan con los límites aceptables. Química, dos niveles; inmunoensayos, mínimo tres niveles.				

CAPITULO 6. PLANIFICACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
6,2	91	Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	Existen políticas organizacionales que definen el tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.				
6,3	27	El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.	• Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados. • Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones de carácter clínico. • Existen mecanismos de alarma para resultados críticos.	Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados.				
				Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones de carácter clínico.				
				Existen mecanismos de alarma para resultados críticos.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
7.1	77	La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	• 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.	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.				
7.1.1	81	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.	• 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. • 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.	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.				
				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.				
7.1.1	82	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.	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.	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.				
7.1.1	94	Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:		Promueven la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.				
				Tienen un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.				
				Hay apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.				
				Hay identificación y remoción de barreras para el mejoramiento				
				Hacen reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización				
				Realizan revisión de prioridades en el plan estratégico.				
				Realizan evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
7.1.1	99	Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional. Lo anterior se logra a través de:	• 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.	Realizan evaluación de los recursos disponibles.				
				Realizan balance oferta-demanda.				
				Realizan el análisis de los presupuestos				
				Realizan evaluación de costos.				
7.1.2	106	La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención y tiene en cuenta:	• 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. • 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, reincorporación, capacitación, 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	En talento humano se tienen en cuenta los requisitos y perfil del cargo.				
				En talento humano se tiene en cuenta la identificación de los patrones de carga laboral del empleo.				
				En talento humano se tienen en cuenta la distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.				
				En talento humano se tiene en cuenta los cambios en la oferta y / o demanda de servicio.				
				En talento humano se tienen en cuenta la reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.				
				En talento humano se tienen en cuenta la supervisión de personal en entrenamiento, si aplica.				
				En talento humano se tienen en cuenta la asignación de reemplazos en casos de inducción, reincorporación, capacitación, 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				
7.1.3	130	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.	• Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, etc., incluyendo aislamiento del ruido y la contaminación.	Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación.				
				Se definen planes de contingencia para garantizar el aislamiento del ruido y la contaminación.				
7.1.3	133	La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.	• 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 completo y funciona en forma correcta. • Evaluación de costo-beneficio, utilidad y costo-efectividad de la tecnología.	Hay evidencia de seguridad.				
				Realizan evaluación de la confiabilidad, incluyendo el análisis de las fallas y eventos adversos reportados por otros compradores.				
				Tienen definido el tiempo de vida útil de la tecnología.				
				Tienen definido la garantía ofrecida.				
				Tienen definidas las condiciones de seguridad para su uso.				
				Los manuales se encuentran traducidos y hay la información necesaria para garantizar el uso óptimo de la tecnología.				
				Se encuentra el soporte, incluidos el tipo de soporte y el tiempo que se garantiza (repuestos, software y actualizaciones, entre otros).				
				Tienen definidas las necesidades e intervalos de mantenimiento.				
				tienen definidas las alternativas disponibles.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				Tienen definidas las proyecciones de nuevas necesidades.				
				Realizan la validación por personal capacitado para comprobar que cumple con las especificaciones técnicas, está completo y funciona en forma correcta.				
				Realizan evaluación de costo-beneficio, utilidad y costo-efectividad de la tecnología.				
7.1.3	137	La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología	• 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	Hay un análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. Buscan beneficios en comparación con nuevas tecnologías. Buscan tecnología que de confiabilidad y seguridad. Buscan tecnología que sea fácil de operar. Buscan tecnología que este articulación con el direccionamiento estratégico. Tienen definidas las facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige.				
7.1.3	138	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.	• 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.	Cumplen con los demás estándares y secciones descritos en este manual. Si pertenece a una red, la planeación y el gerenciamiento del estándar, estan centralizados en cabeza de la red. Se cumple el estándar sin importar las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red.				
7.1.3	139	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.	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.	La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas 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.				
				La institución garantiza el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología los incorporan en las guías y/o protocolos de manejo clínico.				
				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.				
		La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.	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.				
				La institución debe garantizar el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en banco de sangre, ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.				
7.1.3	140			La institución debe garantizar el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.				
7.1.3	145	La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:	• Los costos asociados. • El entrenamiento al personal. • Los aspectos éticos. • La relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).	La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tienen en cuenta los costos asociados. La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tienen en cuenta el entrenamiento al personal. La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tienen en cuenta los aspectos éticos La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tienen en cuenta la relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
		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	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.	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.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
7,1,3	151	La organización cuenta con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.		Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.				
7,1,4	115	La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores	• 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.	Hay trato humano cálido, cortés y respetuoso.				
				Hay consideración del entorno personal y familiar.				
				Hay análisis del panorama de riesgos.				
				Realizan remuneraciones, incentivos y bienestar.				
				Realizan medición de fatiga y estrés laboral.				
				Revisan la carga laboral, turnos y rotaciones.				
				Promueven un buen ambiente de trabajo.				
				Tiene un programa para el abordaje de la enfermedad profesional.				
				Preparan para la jubilación y el retiro laboral.				
				Realizan mejoramiento de la salud ocupacional.				
7,1,4	116	La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional	• Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores. • A partir de los resultados evaluados se generaran planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento.	Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores.				
				A partir de los resultados evaluados se generaran planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento.				
7,1,4	121	La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental	• Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. • Enfoque de riesgo. • Mejoramiento de la seguridad industrial. • Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos. • La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda. • 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.	Existen procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.				
				Existe un enfoque de riesgo.				
				Realizan mejoramiento de la seguridad industrial.				
				Hay 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.				
				Hay programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.				
				Hay procesos qe garantizan las 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.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
7.1.4	122	La organización garantiza el manejo seguro 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.	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.				
				La organización tiene definido el protocolos para casos de reúso.				
				La organización tiene definido el proceso de esterilización seguro.				
				La organización tiene definidas las directrices para el uso seguro de ropa hospitalaria y evaluación de su cumplimiento.				
				La organización garantiza el manejo seguro del servicio de alimentación.				
				La organización garantiza condiciones del espacio físico para aislamiento.				
				La organización garantiza el cumplimiento de legislación en materia de seguridad hospitalaria				
7.1.4	123	La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental	• 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.	Existe la política de gestión ambiental responsable.				
				Realizan fomento de una cultura ecológica.				
				Hay un uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros).				
				Realizan adecuadamente el reciclaje.				
				Tienen definidos cuales son sus riesgos de contaminación ambiental.				
				Realizan aportes de la organización a la conservación del ambiente.				
				Realizan evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización.				
7.1.4	124	La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos	• Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final. • Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. • Impacto ambiental. • Elementos de protección para el personal. • Reciclaje y comercialización de materiales. • El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. • 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.	Realizan la identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final.				
				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.				
				Hacen uso de los elementos de protección para el personal.				
				Realizan reciclaje y comercialización de materiales.				
				Tienen definido el potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.				
				Existe 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.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				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.				
				La rganización monitorea periódica y sistemática los riesgos y adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.				
7.1.4	125	La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	• Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres. • El plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica. • Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres, a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementan. • La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna. • La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación. • Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan. • Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. • La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres. • Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye: y Disposición de áreas para la recepción de los afectados. y Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso. y Aplicación de un sistema de triage. • Señalización del área acomodada para atender al grupo de usuarios. • Activación de protocolos de salida de los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos. • Existe un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias. • Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios. • El proceso está acorde con los códigos aprobados. • 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. • Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. • Evacuación de los usuarios en riesgo. • Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. • Sistemas de evacuación. • Señalización de sistemas de evacuación. • Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. • La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio. • Un sistema de evaluación de simulacros y la definición de acciones frente a las desviaciones encontradas.	Existe el desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres.				
				El plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica.				
				Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres, a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementan.				
				La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna.				
				La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación.				
				Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan.				
				Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.				
				La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.				
				Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye: y Disposición de áreas para la recepción de los afectados. y Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso. y Aplicación de un sistema de triage.				
				Señalización del área acomodada para atender al grupo de usuarios.				
				Activación de protocolos de salida de los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos.				
				Existe un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias.				
				Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.				
				El proceso está acorde con los códigos aprobados.				
				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.				
				Existe la activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.				
				Realizan evacuación de los usuarios en riesgo.				
				Tienen Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.				
				Tienen definido un sistemas de evacuación.				
				Se encuentra la señalización de sistemas de evacuación.				
				Hay procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio.				
				•Hay un sistema de evaluación de simulacros y la definición de acciones frente a las desviaciones encontradas.				
7.1.4	126	Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten).	• Identificación de usuarios que deben ser reubicados. • Comunicación de esta situación a las familias. • Sistema de transporte de los usuarios. • Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención	Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para identificación de usuarios que deben ser reubicados.				
				Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para la comunicación de esta situación a las familias.				
				Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para el sistema de transporte de los usuarios				
				Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para los arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención				
7.1.4	127	La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación.	• Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. • Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación. • Mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes. • Un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente. • Designación de un responsable de la búsqueda. • Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización. • Contacto con la Policía y la familia del paciente.	La identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución.				
				Existe señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación.				
				Existen mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes.				
				Existe un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente.				
				Existe la designación de un responsable de la búsqueda.				
				Existe el protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización.				
				Teiene un definido contacto con la Policía y la familia del paciente si es necesario .				
7.1.4	128	La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.	La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.	La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.				
7.1.4	129	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.	• 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.	El ambiente físico garantiza condiciones de humedad, ruido, iluminación.				
				El ambiente físico garantiza promoción de condiciones de silencio.				
				El ambiente físico garantiza señalización adecuada, sencilla y suficiente.				
				Existe ambiente de trabajo adecuado.				
				Existe reducción de la contaminación visual y ambiental.				
				Existen accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios.				
				Existen salas de espera confortables.				
				La organización cuenta con aspectos normativos.				
				La organización cuenta con análisis de la relación oferta-demanda.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
7.1.5.1	132	La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.	• 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, 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 habitación 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 organización tiene en cuenta las necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.				
				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.				
				La organización tiene en cuenta las condiciones del mercado.				
				La organización cuenta el análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.				
				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.				
				La organización cuenta con la articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.				
				La organización tiene la definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública.				
				La organización tiene la definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.				
				La organización tiene la definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habitación y rehabilitación.				
				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.				
				Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios.				
				La organización tiene el conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.				
				La organización cuenta con la evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.				
7.1.5.1	134	La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso 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 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.	La organización cuenta con 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.				
				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.				
				Ofrecen información a usuarios sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance.				
				Realizan la revisión sistemática del estado, mantenimiento y soporte técnico para el funcionamiento de la tecnología en condiciones óptimas.				
				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.				
				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.				
				Realizan la evaluación del inventario, vida útil, disponibilidad de repuestos, partes, etc.				
				Tienen definida una estrategia para la continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños.				
				Realizan la evaluación, el seguimiento y el mejoramiento de las medidas implementadas.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
7.1.5.1	136	La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado:	• 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.	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 da información al usuario, si la situación lo requiere.				
7.1.5.1	153	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.	• 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.	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.				
7.1.5.2	133	La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.	• 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 organización cuenta con la evidencia de seguridad.				
				La organización cuenta con la evaluación de la confiabilidad, incluyendo el análisis de las fallas y eventos adversos reportados por otros compradores.				
				La organización cuenta con la definición del tiempo de vida útil de la tecnología.				
				La organización cuenta con la garantía ofrecida en la tecnología.				
				La organización conoce las condiciones de seguridad para su uso.				
				La organización conoce los manuales traducidos y la información necesaria para garantizar el uso óptimo de la tecnología.				
				La organización conoce el soporte, incluidos el tipo de soporte y el tiempo que se garantiza (repuestos, software y actualizaciones, entre otros).				
				La organización tiene una estrategia para identificar las necesidades e intervalos de mantenimiento.				
				La organización conoce cuales son las tecnologías que existen como alternativas disponibles.				
				La organización tiene proyecciones de nuevas necesidades.				
				La organización tiene validación por personal capacitado para comprobar que cumple con las especificaciones técnicas, está completa y funciona en forma correcta.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				La organización realiza la evaluación de costo beneficio, utilidad y costo efectividad de la tecnología.				
7,2	111	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.	• La competencia es evaluada desde el proceso de selección. • El desempeño es evaluado y documentado durante el periodo 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.	En la organización la competencia es evaluada desde el proceso de selección.				
				El desempeño es evaluado y documentado durante el periodo 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.				
		La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores.	• El entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios tales como: • Cumplimiento de las responsabilidades a su cargo. • Pasos o fases del proceso de atención. • Derechos y deberes de los pacientes en el proceso de atención. • Seguridad del paciente. • Humanización del servicio. • Habilidades comunicativas. • Enfoque de riesgo • Gestión de tecnologías. • Protocolos y guías de atención. • Investigación científica. • Entrenamiento de estudiantes	La organización cuenta con estrategias de entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios como cumplimiento de las responsabilidades a su cargo.				
				La organización cuenta con estrategias de entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios como pasos o fases del proceso de atención.				
				La organización cuenta con estrategias de entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios como seguridad del paciente.				
				La organización cuenta con estrategias de entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios como humanización del servicio.				
				La organización cuenta con estrategias de entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios como habilidades comunicativas.				
				La organización cuenta con estrategias de entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios como enfoque de riesgo.				
				La organización cuenta con estrategias de entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios como gestión de tecnologías.				
				La organización cuenta con estrategias de entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios como protocolos y guías de atención.				
				La organización cuenta con estrategias de entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios como investigación científica.				
				La organización cuenta con estrategias de entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios como entrenamiento de estudiantes.				
7,3	119	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.	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.	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.				
7,3	114	En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.	• 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.	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).				
7,4	113	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	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.	La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
		humano.		La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva y los mecanismo de esta tson incorporados en la política de talento humano.				
7,4	142	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.	• 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 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, identificadas en los procesos de atención.				
				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, relacionadas con el direccionamiento y la planeación de la organización.				
				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 asignación de recursos.				
				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 docencia-servicio.				
				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 investigación.				
				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 salud pública.				
				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.				
				Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información del paciente y su familia durante su atención				
				Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información del mejoramiento de la calidad.				
7,4	154	Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.	Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.	Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación orientados a desplegar información a clientes internos.				
				Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de comunicación orientados a desplegar información a clientes externos.				
7,5	143	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. • Un proceso de implementación basado en prioridades. • La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones. • Flujo de la información. • Minería de datos. • Almacenamiento, conservación y depuración de la información. • Seguridad y confidencialidad de la información. • Uso de la información. • El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información. • Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información. • Cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta. • La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización. • Identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información. • Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Comparación con mejores prácticas. • Sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan.	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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				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. 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. 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. 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. 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.				
7.5.1	149	Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	• Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con la organización. • La información consolidada está disponible para la comparación con respecto a mejores prácticas. • Existen indicadores a los que se hace seguimiento sistemático. • Los indicadores clínicos y operativos son divulgados, conocidos y utilizados por el personal directamente responsable.	Existe un proceso que soporta la toma de decisiones relacionadas con la organización. La información consolidada está disponible para la comparación con respecto a mejores prácticas. Existen indicadores a los que se hace seguimiento sistemático. Los indicadores clínicos y operativos son divulgados, conocidos y utilizados por el personal directamente responsable.				
7.5.1	152	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.	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.	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. Existen mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de siglas o por confusión en las órdenes médicas.				
7.5.2	148	Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada	• 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.	Existen procesos para la transmisión del dato. Existen procesos para la definición de responsables de cada paso en la gestión del dato. Existen procesos para los permisos asignados a cada responsable. Existen procesos para la validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica. Existen procesos para la generación de información útil en los niveles operativos Existen procesos para la evaluación de la calidad y coherencia de datos generados.				
7.5.3	144	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.	• 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 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.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
146		Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	• La seguridad y la confidencialidad. • Acceso no autorizado. • Pérdida de información. • Manipulación. • Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización. • Deterioro, de todo tipo, de los archivos. • Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado. • Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso. • Existencia de backups y copias redundantes de información. • Control documental y de registros. • Indicadores de seguridad de la información.	Existen mecanismo de seguridad y la confidencialidad.				
				Existen mecanismo de Acceso no autorizado.				
				Existen mecanismo de Pérdida de información.				
				Existen mecanismo de Manipulación.				
				Existen mecanismo de Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización.				
				Existen mecanismo de Deterioro, de todo tipo, de los archivos.				
				Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.				
				Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso.				
				Existe un backups y copias redundantes de información.				
				Existen mecanismo de control documental y de registros.				
				Existen indicadores de seguridad de la información.				
147		Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:	• Oportunidad. • Facilidad de acceso. • Confiabilidad y validez de la información • Seguridad. • Veracidad	Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la oportunidad.				
				Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la facilidad de acceso.				
				Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la confiabilidad y validez de la información.				
				Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la seguridad.				
				Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la veracidad.				
150		La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Incluye:	• 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 gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye orden, legibilidad y concordancia clínico-patológica.				
				La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye claridad y actualización de los registros clínicos.				
				La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye un adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos.				
				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.				
				La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye la garantía de la custodia de los registros clínicos.				
				La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye unicidad de los registros clínicos para cada usuario.				
				La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye los sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros clínicos.				

CAPITULO 7. APOYO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
			servicios de gestión de la información • 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.	La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye el esquema del proceso de transición a historia clínica electrónica.				
				La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye sistemas de chequeo para evitar errores en la identificación de los usuarios.				
				La gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye sistemas de alarma redundante para las condiciones que lo ameriten.				
				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.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
8.1	13	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 atención de del programa concuerda con los tiempo de los profesionales? La atención del programa concuerda con el tiempo de los usuarios? La programación de la atención tiene en cuenta el tiempo de cada procedimiento? Se tiene en cuenta la capacidad instalada para la programación de la atención? Están realizando análisis de la demanda de servicios? Realizan algún tipo de evaluación de la programación de la atención? Realizan algún plan de mejoramiento con relación a los resultados de la evaluación?	¿La atención de del programa concuerda con los tiempos de los profesionales?				
				¿La atención del programa concuerda con el tiempo de los usuarios?				
				¿La programación de la atención tiene en cuenta el tiempo de cada procedimiento?				
				¿Se tiene en cuenta la capacidad instalada para la programación de la atención?				
				¿Están realizando análisis de la demanda de servicios?				
				¿Realizan algún tipo de evaluación de la programación de la atención?				
				¿Realizan algún plan de mejoramiento con relación a los resultados de la evaluación?				
	18	Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia. La organización garantiza un proceso para proveer información al usuario y su familia	1. Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos. 2. Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación. 3. Medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación. 4. La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento. 5. Derechos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos. 6. Ubicación en la habitación y en el entorno. 7. Causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando. 8. 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.	Solicita usted informacion de un contacto encaso de emergencia?				
				Entrega usted informacion al usuario y sus acompañantes con relacion al horario de atención?				
				Capacita a usted al ususario y sus acompañantes con relacion a la alarmas, timbres y evacuación?				
				Educa usted al ususario y sus acopañantes con relacion a las indicaciones y profesionales que realizam el procedimiento?				
				Entrega usted información con relación a los derechos, servicios que ofrece, medicamentos y cuales cubre el pos, planes complementarios, prepagadas.?				
				Tiene señalización para que se ubique facilmente e usuario y sus acompañantes ?				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
			* 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	Informa usted al usuario y sus acompañantes la causa del retraso y cuanto tiempo deben esperar?				
				Involucra usted al usuario y a la familia en procesos de seguridad en la atención?				
				Tiene usted un formto o lista de chequeo donde se verifique la realización de los anteriores interrogantes?				
				Realiza usted algún plan de mejora o acción correctivas ante alguna situación que se le presente?				
	42	El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo:	• El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma: 1. Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario del tratamiento y sus objetivos. 2. 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. • Acompañamiento y asesoría especializada para información de resultados en los casos de pacientes con enfermedades catastróficas, especialmente cáncer, ETS, VIH o SIDA: 1. Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso (cuidados en casa, si aplica). 2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo su participación en la prevención de infecciones. • Participación activa del usuario en promover su propia seguridad. • La organización evalúa el entendimiento por parte de los usuarios de toda la información y la educación recibidas durante el proceso de atención. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Tienen algún programa de educación al usuario y a la familia?				
				En la educación e información que brindar al usuario y a la familia tienen contemplado, la enfermedad, estado actual, esquema terapéutico, medicamentos ordenados, horarios de administración e interacciones, advierten al usuario con relación a las reacciones o efectos secundarios de los medicamentos?				
				Brindar información de los exámenes de diagnósticos, laboratorios?				
				se aseguran de que el usuario y su familia entienden lo que les están informando?				
				Guardan la evidencia de la educación que le brindan al usuario y a la familia?				
				Hacen periódicamente evaluación interna de las historias clínicas, verificando mejoramiento en los procesos de atención o guías de práctica clínica?				
				Manejan un programa de seguridad del paciente?				
			• 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 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	Tienen un programa para el análisis de eventos adversos?				
	43	El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia	• 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	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.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
		Existencia de prácticas basadas en la mejor evidencia disponible.	Indice la atención, el reclutamiento 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.	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.				
	63	Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.				
	64	El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos	El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos	El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos				
	66	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).	• El usuario puede solicitar la cita en la IPS de su preferencia.	El usuario puede solicitar la cita en la IPS de su preferencia.				
	67	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. Los registros deben garantizar su	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. Los registros deben garantizar su	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.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
	67	En la atención al usuario, 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.	En la atención al usuario, 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.	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.				
	68	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.	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.	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.				
	69	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, 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, 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				
	70	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.	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.	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 de				
				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.				
				Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades como mecanismos redundantes de identificación 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.				
				Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud.				
				Realizan priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios.				

17

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

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:
1. Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario.
2. Mecanismos redundantes de identificación del usuario.
3. Definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso.
4. Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud.
5. Priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios.
6. Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente.
7. Identificación de los pacientes en la urgencia.
8. Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario debe cumplir con el fin de que le sean realizados los

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
	41	que se le orienta sobre que debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.	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. 9. La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención. 10. 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. 11. La organización monitoriza y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios. 12. Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución. 13. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Realizan priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente. Realizan 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. 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. 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.				
	44	La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas).	• La organización adopta la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, cuando aplique, incluyendo la seguridad y conservación de pruebas legales. • La organización tiene documentadas las estrategias para la detección e intervención de estos casos de violencia y controla la adherencia a su aplicación. • La organización tiene un protocolo para la notificación de este tipo de eventos, incluida la constancia del reporte en la historia clínica. • Los profesionales han sido capacitados para detectar los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	La organización adopta la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, cuando aplique, incluyendo la seguridad y conservación de pruebas legales. La organización tiene documentadas las estrategias para la detección e intervención de estos casos de violencia y controla la adherencia a su aplicación. La organización tiene un protocolo para la notificación de este tipo de eventos, incluida la constancia del reporte en la historia clínica. Los profesionales han sido capacitados para detectar los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas en los diferentes procesos				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
	59	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.	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.	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.				
	60	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.	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.	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.				
	65	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.	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.	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.				
	71	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.	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.	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.				
	12	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.	* En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acordes con las necesidades del usuario.	En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acordes con las necesidades del usuario.				
	15	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.	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.	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.				
	26	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.	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.	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.				
41		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.	• 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.	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.				
				La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
45		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.	• 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.	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.				
				La ejecución del tratamiento aborda estrategias de humanización de la atención.				
46		La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.	• 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.	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.				
8.2.2	25	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.				
			• Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica. • Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la	Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
8,2,3	29	La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.	muerte y la donación de órganos, cuando aplique. • Apoyo espiritual o religioso. • En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica prequirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc. • Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios. • Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos. • Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar. • Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen. • La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar. • Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.				
				Apoyo espiritual o religioso.				
				En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica prequirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.				
				Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.				
				Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.				
				Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.				
				Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.				
				La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.				
				Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.				
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
			• Sobre la base de una evaluación de las necesidades para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, se informa al paciente acerca de los esfuerzos conjuntos para el manejo de su enfermedad y, junto con el usuario, se presenta un plan para las actividades correspondientes. • La organización asegura que las intervenciones de información y desarrollo de competencias son documentadas, ejecutadas y evaluadas, incluida la evaluación de los resultados obtenidos en relación con los resultados esperados. • La organización asegura que los datos sobre las	Sobre la base de una evaluación de las necesidades para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, se informa al paciente acerca de los esfuerzos conjuntos para el manejo de su enfermedad y, junto con el usuario, se presenta un plan para las actividades correspondientes.				
				La organización asegura que las intervenciones de información y desarrollo de competencias son documentadas, ejecutadas y evaluadas, incluida la evaluación de los resultados obtenidos en relación con los resultados esperados.				
				La organización asegura que los datos sobre las necesidades y el plan sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades se transmiten a todas las organizaciones encargadas de la salud del usuario y, cuando sea pertinente, a las entidades de carácter nacional o territorial del Estado para la conformación de las bases de datos clínicos de calidad o epidemiológicos.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
8.2.3	31	La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.	La organización asegura que los datos sobre las necesidades y el plan sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades se transmiten a todas las organizaciones encargadas de la salud del usuario y, cuando sea pertinente, a las entidades de carácter nacional o territorial del Estado para la conformación de las bases de datos clínicos de calidad o epidemiológicos. • La organización asegura que en los registros clínicos del paciente se consigna la información del usuario sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud. • La organización asegura que los usuarios, los familiares, el personal y los visitantes tienen acceso a la información sobre estrategias de prevención de enfermedades y actividades de promoción de la salud. • Existe un registro de acciones extramurales que dan respuesta a los criterios del estándar. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	La organización asegura que en los registros clínicos del paciente se consigna la información del usuario sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud.				
				La organización asegura que los usuarios, los familiares, el personal y los visitantes tienen acceso a la información sobre estrategias de prevención de enfermedades y actividades de promoción de la salud.				
				Existe un registro de acciones extramurales que dan respuesta a los criterios del estándar.				
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				
8.2.3	35	La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.	• La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al usuario y su familia. La constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica. • Hay un proceso definido para referencia de las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente, e incluye: • Una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas, identificadas, almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados. • Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante. • Se instruye al usuario sobre la preparación para la toma de los exámenes. • Con el fin de garantizar la seguridad en la atención, los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable y fecha de resultados. • Se provee información a los usuarios y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados o en estado de inconciencia. • La organización garantiza un proceso en el que se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de diagnóstico. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al usuario y su familia. La constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica.				
				Hay un proceso definido para referencia de las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente, e incluye:				
				Una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas, identificadas, almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados.				
				Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante.				
				Se instruye al usuario sobre la preparación para la toma de los exámenes.				
				Con el fin de garantizar la seguridad en la atención, los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable y fecha de resultados.				
				Se provee información a los usuarios y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados o en estado de inconciencia.				
				La organización garantiza un proceso en el que se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de diagnóstico.				
				Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
8.2.4		La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados	La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados	La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados				
8.3.1		La organización debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	La organización debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	La organización debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.				
8.3.2		Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo, la organización debe considerar:	a) La naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo; b) las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables; c) las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo; d) las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo; e) las necesidades de recursos internos y externos para el diseño y desarrollo de los productos y servicios; f) la necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan activamente en el proceso de diseño y desarrollo; g) la necesidad de la participación activa de los clientes y usuarios en el proceso de diseño y desarrollo; h) los requisitos para la posterior provisión de productos y servicios; i) el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por los clientes y otras partes interesadas pertinentes; j) la información documentada necesaria para demostrar que se han cumplido los requisitos del diseño y desarrollo.	La organización considera la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo;				
				La organización considera las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables;				
				La organización considera las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo;				
				La organización considera las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo;				
				La organización considera las necesidades de recursos internos y externos para el diseño y desarrollo de los productos y servicios;				
				La organización considera la necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan activamente en el proceso de diseño y desarrollo;				
				La organización considera la necesidad de la participación activa de los clientes y usuarios en el proceso de diseño y desarrollo;				
				La organización considera los requisitos para la posterior provisión de productos y servicios;				
				La organización considera el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por los clientes y otras partes interesadas pertinentes;				
				La organización considera la información documentada necesaria para demostrar que se han cumplido los requisitos del diseño y desarrollo.				
				La organización determina los requisitos funcionales y de desempeño;				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
8.3.3		La organización debe determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a diseñar y desarrollar. La organización debe considerar:	a) los requisitos funcionales y de desempeño; b) la información proveniente de actividades previas de diseño y desarrollo similares; c) los requisitos legales y reglamentarios; d) normas o códigos de prácticas que la organización se ha comprometido a implementar; e) las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios. Las entradas deben ser adecuadas para los fines del diseño y desarrollo, estar completas y sin ambigüedades. Las entradas del diseño y desarrollo contradictorias deben resolverse. La organización debe conservar la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.	La organización determina la información proveniente de actividades previas de diseño y desarrollo similares;				
				La organización determina los requisitos legales y reglamentarios;				
				La organización determina normas o códigos de prácticas que la organización se ha comprometido a implementar;				
				La organización determina las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios.				
				Las entradas deben ser adecuadas para los fines del diseño y desarrollo, estar completas y sin ambigüedades.				
				Las entradas del diseño y desarrollo contradictorias deben resolverse.				
				La organización debe conservar la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.				
8.3.4		La organización debe aplicar controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurarse de que:	a) se definen los resultados a lograr; b) se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos; c) se realizan actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas; d) se realizan actividades de validación para asegurarse de que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto; e) se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación; f) se conserva la información documentada de estas actividades. NOTA Las revisiones, la verificación y la validación del diseño y desarrollo tienen propósitos distintos. Pueden realizarse de forma separada o en cualquier combinación, según sea idóneo para los productos y servicios de la organización.	La organización define los resultados a lograr.				
				La organización realiza las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos;				
				La organización realiza actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas;				
				La organización realiza actividades de validación para asegurarse de que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto;				
				En la organización se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación;				
				En la organización se conserva la información documentada de estas actividades.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				Las revisiones, la verificación y la validación del diseño y desarrollo tienen propósitos distintos. Pueden realizarse de forma separada o en cualquier combinación, según sea idóneo para los productos y servicios de la organización.				
8,3,5		La organización debe asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo:	a) cumplen los requisitos de las entradas; b) son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios; c) incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación; d) especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta. La organización debe conservar información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.	Cumplen los requisitos de las entradas				
				La organización se asegura de que las salidas del diseño y desarrollo son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios;				
				La organización asegura incluir o hacer referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación;				
				La organización especifica las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.				
				La organización debe conservar información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.				
		La organización debe identificar, revisar y controlar los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos.	La organización debe conservar la información documentada sobre: a) los cambios del diseño y desarrollo; b) los resultados de las revisiones; c) la autorización de los cambios; d) las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.	La organización debe conservar la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo;				
				La organización debe conservar la información documentada sobre los resultados de las revisiones;				
				La organización debe conservar la información documentada sobre la autorización de los cambios;				
				La organización debe conservar la información documentada sobre las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos				
				La organización debe conservar la información documentada sobre las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.				
5,1	4	La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.	* Si la organización tiene responsabilidades en la atención de grupos poblacionales o contrata servicios con terceros, cuenta con mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación	La organización cuenta con mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación				
8,4	10	En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención	En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de	En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
		en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.				
8,4	53	En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos:	1. La organización cuenta con guías y criterios explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros. 2. La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente. 3. Brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al usuario. 4. La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente. 5. Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones encontradas	La organización cuenta con guías y criterios explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros.				
				La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente.				
				Brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al usuario.				
				La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente.				
				Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones encontradas				
			REMISIÓN AL LABORATORIO O IMÁGENES DIAGNÓSTICAS • Se cuenta con una serie de reglas que condicionan cómo y qué información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. • Se instruye, si la condición lo amerita, al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes. Esta indicación no sustituye la que debe brindarse por parte del proceso de asignación de citas. • Se informa al usuario la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. • La organización debe definir previamente si los resultados	Se cuenta con una serie de reglas que condicionan cómo y qué información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes.				
				Se instruye, si la condición lo amerita, al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes. Esta indicación no sustituye la que debe brindarse por parte del proceso de asignación de citas.				
				Se informa al usuario la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita.				
				La organización debe definir previamente si los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. En cualquiera de los dos casos se le debe informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega.				
				Una vez obtenidos los resultados de los exámenes se debe garantizar que:				
				Siempre debe quedar constancia en la historia clínica del paciente de los resultados y las conductas seguidas por el profesional tratante.				
				Se provee información a los usuarios y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad o discapacitados mentales.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN									
ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	
					C	NC	NA		
8.4.1	54	Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales:	• La organización debe definir previamente si los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. En cualquiera de los dos casos se le debe informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. • Una vez obtenidos los resultados de los exámenes se debe garantizar que: • Siempre debe quedar constancia en la historia clínica del paciente de los resultados y las conductas seguidas por el profesional tratante. • Se provee información a los usuarios y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad o discapacitados mentales. • La organización podrá definir, teniendo en cuenta situaciones específicas, si la entrega y si la retroalimentación sobre los resultados de los exámenes amerita la presencia física del paciente en una cita de control. • Deberá contarse con algún mecanismo posterior de seguimiento sobre el entendimiento de la información dada por el profesional al usuario. • 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. • Se aplican los mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollan medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos, si aplica. REMISIÓN A URGENCIAS • Previo al traslado, se debe garantizar que la organización a donde se remite cuenta con la disponibilidad del servicio. • En el proceso de traslado se debe tener una información mínima que incluye: quién transporta, cómo se transporta, por qué se transporta, dónde se transporta y quién recibe en la organización a donde se remite. El presente criterio no reemplaza aquel que solicita que en todos los casos se acompañe al paciente con una información clínica relevante. Se evalúa la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas. REMISIÓN A SERVICIOS DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS • Orienta al usuario sobre dónde y en qué horarios se suministran los medicamentos. • La organización cuenta con mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Lo anterior no implica que la organización que remite es la responsable directa de la entrega de medicamentos, solo verifica los criterios de calidad mencionados. REMISIÓN A SERVICIO AMBULATORIO DE DIFERENTE COMPLEJIDAD • Los profesionales explican al usuario la pertinencia de por qué es necesario contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento. • Se provee información sobre cómo solicitar la cita y los trámites administrativos que debe realizar. • Existen acciones coordinadas entre los servicios e instituciones para establecer parámetros de oportunidad. REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN • Si el paciente es remitido directamente a una hospitalización, se debe garantizar la coordinación de este proceso desde el centro asistencial. • Se cuenta con registros de quién coordina el trámite, quién lo va a recibir, dónde se va a recibir y la disponibilidad de una cama hospitalaria, así como de la evidencia del cumplimiento de las condiciones necesarias para la continuidad de la atención. • La organización se asegura de que el usuario fue atendido por la organización a la cual fue remitido. REMISIÓN A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN • La organización debe contar con procesos y criterios explícitos, conocidos por el personal de la organización, soportados preferiblemente en los sistemas de información (sistemas de alarmas, recordatorios, etc.), para remitir los pacientes a programas especiales de promoción y prevención. El profesional remitente debe conocer si se le hizo o no la atención. INFORMACIÓN AL MEDICO O LA ORGANIZACIÓN REMITENTE • Cuando la organización es la receptora de un paciente referido, el médico o la organización que remitió al paciente es informada acerca de la atención del usuario referido. • La orden de remisión del profesional debe contener un	La organización podrá definir, teniendo en cuenta situaciones específicas, si la entrega y si la retroalimentación sobre los resultados de los exámenes amerita la presencia física del paciente en una cita de control.					
				Deberá contarse con algún mecanismo posterior de seguimiento sobre el entendimiento de la información dada por el profesional al usuario.					
				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.					
				Se aplican los mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollan medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos, si aplica.					
				Previo al traslado, se debe garantizar que la organización a donde se remite cuenta con la disponibilidad del servicio.					
				En el proceso de traslado se debe tener una información mínima que incluye: quién transporta, cómo se transporta, por qué se transporta, dónde se transporta y quién recibe en la organización a donde se remite. El presente criterio no reemplaza aquel que solicita que en todos los casos se acompañe al paciente con una información clínica relevante.					
				Se evalúa la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas.					
				Orienta al usuario sobre dónde y en qué horarios se suministran los medicamentos.					
				La organización cuenta con mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Lo anterior no implica que la organización que remite es la responsable directa de la entrega de medicamentos, solo verifica los criterios de calidad mencionados.					
				Los profesionales explican al usuario la pertinencia de por qué es necesario contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento.					
				Se provee información sobre cómo solicitar la cita y los trámites administrativos que debe realizar.					
				Existen acciones coordinadas entre los servicios e instituciones para establecer parámetros de oportunidad.					
				Si el paciente es remitido directamente a una hospitalización, se debe garantizar la coordinación de este proceso desde el centro asistencial.					

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
			resumen de las condiciones clínicas del paciente y de las indicaciones. • Si el profesional tiene alguna duda o sugerencia frente a los servicios solicitados, la organización tiene estandarizados mecanismos de comunicación y acuerdo entre los profesionales remitentes, dejando siempre constancia del consenso logrado.	Se cuenta con registros de quién coordina el trámite, quién lo va a recibir, dónde se va a recibir y la disponibilidad de una cama hospitalaria, así como de la evidencia del cumplimiento de las condiciones necesarias para la continuidad de la atención.				
				La organización se asegura de que el usuario fue atendido por la organización a la cual fue remitido.				
				La organización debe contar con procesos y criterios explícitos, conocidos por el personal de la organización, soportados preferiblemente en los sistemas de información (sistemas de alarmas, recordatorios, etc.), para remitir los pacientes a programas especiales de promoción y prevención. El profesional remitente debe conocer si se le hizo o no la atención.				
				Cuando la organización es la receptora de un paciente referido, el médico o la organización que remitió al paciente es informada acerca de la atención del usuario referido.				
				La orden de remisión del profesional debe contener un resumen de las condiciones clínicas del paciente y de las indicaciones.				
				Si el profesional tiene alguna duda o sugerencia frente a los servicios solicitados, la organización tiene estandarizados mecanismos de comunicación y acuerdo entre los profesionales remitentes, dejando siempre constancia del consenso logrado.				
8.4.1		Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.	Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.	Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.				
8.4.2		Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.	Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.	Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.				
8.4.3		En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán garantizar los siguientes procesos:	• La organización cuenta con protocolos y criterios explícitos para los casos que se remiten: motivos de referencia, fechas, lugares, información del usuario, cuándo y dónde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respaldados por la existencia de la documentación necesaria que respalde este proceso. • La organización garantiza que las remisiones a laboratorios de diferente complejidad cuentan con la información clínica relevante del paciente. • Brinda información clara y completa al usuario o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio al al que se refieren las muestras. • Existe un protocolo de mantenimiento y conservación de las muestras previo al envío. • Existe un proceso que garantiza la seguridad de las muestras que se han referido y que no se presente confusión respecto a la muestra e identidad. • Existe un protocolo de recepción de muestras transportadas y se llevan estadísticas de segundas muestras por problemas preanalíticos.	La organización cuenta con protocolos y criterios explícitos para los casos que se remiten: motivos de referencia, fechas, lugares, información del usuario, cuándo y dónde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respaldados por la existencia de la documentación necesaria que respalde este proceso. La organización garantiza que las remisiones a laboratorios de diferente complejidad cuentan con la información clínica relevante del paciente. Brinda información clara y completa al usuario o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio al al que se refieren las muestras. Existe un protocolo de mantenimiento y conservación de las muestras previo al envío. Existe un proceso que garantiza la seguridad de las muestras que se han referido y que no se presente confusión respecto a la muestra e identidad.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				Existe un protocolo de recepción de muestras transportadas y se llevan estadísticas de segundas muestras por problemas preanalíticos.				
8,5	30	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:	• Salud sexual y reproductiva. • Crecimiento y desarrollo. • Programas nutricionales y alimentarios. • Salud visual. • Salud oral. • Enfermedades crónicas y degenerativas. • Salud mental. • Enfermedades de transmisión por vectores. • Prevención de enfermedades infecciosas (enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias, entre otras).	La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Salud sexual y reproductiva.				
				La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Crecimiento y desarrollo.				
				La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en nutrición y alimentos.				
				La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Salud visual.				
				La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Salud oral.				
				La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Enfermedades crónicas y degenerativas.				
				La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Salud mental.				
				La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Enfermedades de transmisión por vectores.				
				La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Prevención de enfermedades infecciosas (enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias, entre otras).				
8,5,1	11	Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.	Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.	Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso				
				Está estandarizado el ciclo de atención del usuario en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial.				
				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				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
8.5.1	16	Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	* El sistema de asignación de citas podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, internet, etc.). La organización realiza mediciones para la mejora de la efectividad de estos medios. * El sistema cuenta con las bases de datos actualizadas de los usuarios con derecho a recibir servicios en la (las) * entidad(es) prestadora(s), cuando aplique. * Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores en los cuales los solicitantes tienen derecho de atención. * Al momento de asignar la cita al usuario, se le informa fecha, hora, dirección y profesional asignado, así como la forma para cancelarla. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita. * La organización tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia. * La organización garantiza que se entrega con anterioridad a la atención al usuario la información requerida para su atención. * La organización tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios con solicitud de exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas o de aquellos servicios que no requieran cita previa para su realización.	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.				
8.5.1	19	En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos:	* Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios. * Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia. * Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparación. * Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento.	Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios.				
				Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia.				
				Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparación.				
				Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento.				
8.5.2	48	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.	* Consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento. * Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público.	Consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento.				
				Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público.				
		La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes o de los	La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes o de los	La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
8,5,3		proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios. Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar de esto al cliente o proveedor externo y conservar la información documentada sobre lo ocurrido.	proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios. Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar de esto al cliente o proveedor externo y conservar la información documentada sobre lo ocurrido.	La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios.				
		NOTA La propiedad de un cliente o de un proveedor externo puede incluir materiales, componentes, herramientas y equipos, instalaciones, propiedad intelectual y datos personales.	NOTA La propiedad de un cliente o de un proveedor externo puede incluir materiales, componentes, herramientas y equipos, instalaciones, propiedad intelectual y datos personales.	Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar de esto al cliente o proveedor externo y conservar la información documentada sobre lo ocurrido.				
8,5,4		La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.	La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.	La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.				
		NOTA La preservación puede incluir la identificación, la manipulación, el control de la contaminación, el embalaje, el almacenamiento, la transmisión de la información o el transporte, y la protección.	NOTA La preservación puede incluir la identificación, la manipulación, el control de la contaminación, el embalaje, el almacenamiento, la transmisión de la información o el transporte, y la protección.	La preservación incluye la identificación, la manipulación, el control de la contaminación, el embalaje, el almacenamiento, la transmisión de la información o el transporte, y la protección.				
8,5,5	51	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. Incluye:	• 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 dicha labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional. • Plan de cuidado escrito que incluye la explicación acorde con el nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación y signos y síntomas de alerta temprana de posibles complicaciones, si aplica. • El profesional tratante debe proveer información básica al usuario y su familia como resultado de su atención. Especial importancia se le da a los cuidados y el autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.). • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Existen estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso.				
				Cuentan con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios.				
				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.				
				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.				
				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.				
				Realizan reporte de los resultados del cuidado y tratamiento.				
				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.				
				La 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 dicha labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional.				
		En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se 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	En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se 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	En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.				

CAPITULO 8. OPERACIÓN

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUEN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
8,5,5	56	El profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.	El profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.	Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.				
8,5,5	57	En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.	En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.	En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.				
8,5,5	58	La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.	La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.	La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios.				
				Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.				
8,5,6		La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.	La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.	La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos.				
				La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.				
8,6		La organización debe implementar las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. La liberación de los productos y servicios al cliente no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sea aprobado de otra manera por una autoridad pertinente y cuando sea aplicable, por el cliente. La organización debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. La información documentada debe incluir:	a) evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación; b) trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.	La información documentada incluye evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación				
				La información documentada incluye trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.				
8.7	62	La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos.				
				Hay participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.				

CAPITULO 9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
9,1	47	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.	• 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. • La organización cuenta con un mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes agudos y para los inscritos en programas de enfermedades crónicas. Así mismo, cuenta con un sistema de evaluación de las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados. • La organización evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional.	La organización realiza evaluación periódica de las historias clínicas y/o registros asistenciales para los casos de eventos adversos.				
				Realizan retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas y/o registros asistenciales.				
				La organización mide la adherencia al tratamiento para los pacientes agudos?				
				La organización mide la adherencia al tratamiento para los inscritos en programas de enfermedades crónicas?				
				La organización evalúa las causas de no adherencia?				
				La organización propone, implementa y evalúa sus resultados?				
				La organización evalúa sus resultados clínicos?				
				La organización tiene definido con quien comparar sus indicadores clínicos teniendo en cuenta referentes nacionales e internacionales?				
9,1,1	49	La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	• La organización garantiza que el personal asistencial conoce la definición y el proceso referidos en el estándar. • El personal que interviene en el proceso lo aplica, acorde con lo definido por la organización. • La evaluación de la adecuación de la utilización del servicio se hace con base en criterios explícitos y priorizando la seguridad del paciente.	La organización garantiza que el personal asistencial conoce la definición y el proceso referidos en el estándar.				
				El personal que interviene en el proceso lo aplica, acorde con lo definido por la organización.				
9,1,2	48	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.	• 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.	La evaluación de la adecuación de la utilización del servicio se hace con base en criterios explícitos y priorizando la seguridad del paciente.				
				La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente la consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento.				
				La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente el Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público.				
				La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente la Capacitación sobre los cambios y el mejoramiento realizados.				
9,1,3	50	La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad	• Portafolio de servicios de la institución. • Detección de necesidades y expectativas del usuario y	La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los Indicadores de oportunidad y efectividad en las respuestas.				
				La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta portafolio de servicios de la institución.				
				La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta detección de necesidades y expectativas del usuario y su familia.				

CAPITULO 9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
		Mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios:	- su familia. - Mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento. - Indicadores de efectividad y oportunidad.	La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento. La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta indicadores de efectividad y oportunidad.				
9,2	83	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.	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.	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?				
				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				
				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				
				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				
				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 revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización				
9,2	83	Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.	- 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. - 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.	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 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.				
				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.				
				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				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en la monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en la Monitorización y gestión de la cartera.				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en la Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en la Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en laAnálisis de la productividad.				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en laAnálisis de costos.				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en la Gestión de inventarios.				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en laGestión de seguros.				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en laFomento de la cultura del buen uso de los recursos.				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en la Aplicación del código de ética en el uso de los recursos.				
9,3,1				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en laAuditoría y mejoramiento de procesos.				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en laSeguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,				
				Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo en la Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.				

CAPITULO 9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
9,3,2		La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.				
		La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:	a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas; b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad; c) la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a: 1) la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes; 2) el grado en que se han logrado los objetivos de la calidad; 3) el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios; 4) las no conformidades y acciones correctivas; 5) los resultados de seguimiento y medición; 6) los resultados de las auditorías; 7) el desempeño de los proveedores externos; d) la adecuación de los recursos; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades (véase 6.1); f) las oportunidades de mejora.	La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas?				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes?				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar la información sobre el desempeño y la eficacia?				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar la información sobre el desempeño y la eficacia tendencias relativas a la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar la información sobre el desempeño y la eficacia tendencias relativas ael grado en que se han logrado los objetivos de la calidad;				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar la información sobre el desempeño y la eficacia tendencias relativas ael desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar la información sobre el desempeño y la eficacia tendencias relativas a las no conformidades y acciones correctivas;				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar la información sobre el desempeño y la eficacia tendencias relativas a los resultados de seguimiento y medición;				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar la información sobre el desempeño y la eficacia tendencias relativas a los resultados de las auditorías;				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar la información sobre el desempeño y la eficacia tendencias relativas a el desempeño de los proveedores externos;				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar la adecuación de los recursos;				
9,3,3		Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con: a) las oportunidades de mejora; b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad; c) las necesidades de recursos.	a) las oportunidades de mejora; b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad; c) las necesidades de recursos. La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.	La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades				
				La revisión por la dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados para asegurar las oportunidades de mejora.				
				Las salidas de la revisión por la dirección incluye las decisiones y acciones relacionadas con las oportunidades de mejora?				
				Las salidas de la revisión por la dirección incluye las decisiones y acciones relacionadas con cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad?				
				Las salidas de la revisión por la dirección incluye las decisiones y acciones relacionadas con las necesidades de recursos				

CAPITULO 9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO								
ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE UNO A UNO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				La organización conserva la información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección?				

CAPITULO 10. MEJORA

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
10,1		La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente.	a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas futuras; b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados; c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. NOTA Los ejemplos de mejora pueden incluir corrección, acción correctiva, mejora continua, cambio abrupto, innovación y reorganización.	La organización mejora sus productos y servicios para cumplir con los requisitos?				
				La organización considera las necesidades y expectativas futura en la mejora de sus productos?				
				Como oportunidad de mejora la organización corrige efectos no deseados?				
				Como oportunidad de mejora la organización previene efectos no deseados?				
				Como oportuna de mejora la organización reduce efectos no deseados?				
		10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe	a) reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable: 1) tomar acciones para controlarla y corregirla; 2) hacer frente a las consecuencias; b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante: 1) la revisión y el análisis de la no conformidad; 2) la determinación de las causas de la no conformidad; 3) la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir; c) implementar cualquier acción necesaria; d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada; e) si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados, durante la planificación; y f) si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad., Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	Ante una no conformidad la organización toma decisiones para confrontarla y corregirla?				
				Ante una no conformidad la organización hace frente a las consecuencias?				
				Ante una no conformidad evalua la necesidad de eliminar las causas de la misma?				
				Se realiza revisión y analisis de la no conformidad cuando se presenta?				
				Se determinan las causas de la no conformidad?				
				Se determina si existen no conformidades similares o que potencialmente puedan ocurrir?				
				Ante una no conformidad se implementa acciones necesarias?				
				Ante una no conformidad se revisa la eficacia de la accion correctiva?				
				Ante una no conformidad se actualizan riesgos y oportunaes determinados durante la planificacion si es necesario				
				Ante una no conformidad si es necesario se realizan cambios al sistema de gestion de la calidad?				
				Las acciones correctivas son apropiadas para los efectos de las no conformidades encontradas?				
10,2	10.2.2	La organización debe conservar información documentada tomando evidencia de:	a) la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente; b) los resultados de cualquier acción correctiva.	La organización tiene evidencia de la naturaleza de las no conormidades?				
				La organización tiene evidencia de los resultados de las acciones correctivas realizadas a esa no conformidad?				
10,3	75 88 103 131 141	La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	- 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.	La gestion de las oportunidades de mejora tienen encuesta el enfoque organizacional del mejoramiento continuo?				
				Se prioriza la implementacion de oportunidades de mejora?				
				Realizan remosiòn de las barreras de mejoramiento por parte de los equipos de autoevaluación, equipos de mejora y demás colaboradores de la organización?				
				La gestion de la articulación de oportunidades de mejora que tiene relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.				
				Se desarrolla el seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y aseguramiento de la calidad.				

CAPITULO 10. MEJORA								
ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
				En la gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo se desarrolla la comunicación de los resultados.				
10,3	120	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.	• 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 verificaron del cierre de ciclo y el aseguramiento de la calidad.	Tienen claro el enfoque organizacional del mejoramiento continuo.				
				Tienen implementado las oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento.				
				Realizan la articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.				
				Realizan el seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificaron del cierre de ciclo y el aseguramiento de la calidad.				

CAPITULO 10. MEJORA

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
			La comunicación de los resultados.	Evaluan a efectividad de la respuesta con la comunicación de los resultados.				
10,3	156	Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia 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 de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, 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. - 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.	Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados con un enfoque sistémico.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
				Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados que incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación.				
				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.				
				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.				
				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.				
				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.				
10,3	157	La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:	- 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.	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.				
				La organización implementa las oportunidades de mejoramiento que cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación.				
				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.				
				Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios.				
				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.				
10,3	158	Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.	- 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	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.				
				Realizan seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.				
				Hacen seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.				

CAPITULO 10. MEJORA								
ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
			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 decisiones. • Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo.	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 decisiones.				
				Generan resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo.				

CAPITULO 10. MEJORA

ISO	SUA	REQUISITO	CRITERIOS	VERIFIQUE	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
					C	NC	NA	
	159	Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran:	• Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique. • Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal. • Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento. • Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.	Se comunican los resultados de mejoramiento de la calidad con el equipo de salud, los proveedores, las EPS, el paciente y su familia, con la comunidad y con otras entidades.				
				Existe Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.				
				Utilizan canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.				
				Utilizan Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.				
10,3	160	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.	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.				

HERRAMIENTA DIAGNOSTICA DE CALIDAD EN

ISO	Total items	Cumple	No cumple	No aplica	Total items d
4	78	0	0	0	C
5	116	0	0	0	C
6	164	0	0	0	C
7		0	0	0	C
8		0	0	0	C
9		0	0	0	C
10		0	0	0	C
TOTAL	358	0	0	0	C

CONCEPTO	
PORCENTAJE	#¡DIV/0!
RANGO DE CUMPLIMIENTO	
VERDE	En este rango se encuentran la IPS que tienen un porcentaje de cumplimiento del 80 al aplicada
AMARILLO	En este rango se encuentran la IPS que tienen un porcentaje de cumplimiento del 50 al aplicada
ROJO	En este rango se encuentran La IPS que tienen un porcentaje de cumplimiento del 1 al aplicada
OBSERVACIONES (FORTALEZAS, HALLAZGOS)	
HALLAZGOS: (FRENTA A LOS HALLAZGOS EN ESTE ESPACIO CONSIGNADOS SE DEBE LEVAN	
FORTALEZAS:	
DEBILIDADES:	
CONCLUSIONES	
CONCEPTO FINAL	
CUMPLE	
NO CUMPLE	

[illegible]

SALUD

Iligenciados	% cumplimiento
--------------	----------------

)	
)	
)	
)	
)	
)	
)	
p)	

[illegible]

[illegible]