

# 6

## MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS DE SALUD DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN

### INTRODUCCIÓN

El Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Habilitación / Rehabilitación, se enmarca en los lineamientos conceptuales e instrumentales del Sistema de Único de Acreditación del Sistema de Garantía de la Calidad y orienta el proceso de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- que prestan servicios de habilitación / rehabilitación.

### BASES CONCEPTUALES DE LA ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE REHABILITACION

Para la formulación de los estándares, se adoptó el concepto de rehabilitación integral. Aunque las IPS de habilitación / rehabilitación (y también las instituciones de habilitación / rehabilitación no pertenecientes al sector salud) tengan misional o vocacionalmente áreas de especialidad o de énfasis y no presten servicios de habilitación / rehabilitación `integral`, deseablemente deben prestar sus servicios buscando la integralidad, lo cual implica una especial importancia de las actividades de la institución destinadas a coordinar o facilitar el acceso a los servicios de otras instituciones, profesionales o sectores, para asegurar la continuidad y la integralidad de la habilitación / rehabilitación.

La habilitación / rehabilitación integral supera el ámbito sectorial, y debe ser abordada de tal manera, pero no excluye las responsabilidades sectoriales en las áreas de competencia de cada sector. Para el caso de las instituciones de salud, éstas deben cumplir las normas de salud para la prestación de servicios y deben autoevaluarse o ser evaluadas bajo parámetros del sector. Para superar el ámbito sectorial, deben seguir los lineamientos suprasectoriales existentes y, además de cumplir las propias del sector al que pertenecen, cumplir funciones de coordinación con los otros sectores.

### DISCAPACIDAD

La discapacidad se refiere al "término genérico que incluye déficits, limitación en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales)".<sup>96</sup>

Además de la deficiencia o déficit en algún órgano o función (nivel corporal) y de la limitación en la actividad (nivel individual) -tradicionalmente tenidas en cuenta en el

<sup>96</sup> OMS-OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF. 2001.

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

concepto de discapacidad- esta definición de la discapacidad contempla las restricciones en la participación (nivel social) como un elemento definitorio de la discapacidad.

Por el carácter social y ambiental de la participación, las restricciones en la participación de la persona con discapacidad, varían para cada individuo y de una comunidad a otra.<sup>97</sup>

### **HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN INTEGRAL**

La habilitación<sup>98</sup> se refiere a los procesos terapéuticos, educativos y sociales aplicados a individuos que han sufrido una discapacidad antes de adquirir una habilidad propia de su desarrollo madurativo, tomando un rango de edad entre 0 y 10 años.<sup>2</sup>

La habilitación / rehabilitación integral es aquella que “a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales, busca el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración” de la persona con discapacidad “al medio familiar, social y ocupacional” desarrollando “acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional”.<sup>99</sup>

Todo proceso de habilitación / rehabilitación integral debe tener duración limitada y objetivos claramente definidos y debe fomentar la participación de la persona con discapacidad, de sus familias y comunidad, de los profesionales de diferentes disciplinas y de los diferentes sectores.

### **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN**

En el proceso de habilitación / rehabilitación integral, los servicios se prestan a través de diferentes instituciones orientadas por los sectores a los que pertenecen. Las **instituciones prestadoras de servicios de salud** - IPS “son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas”<sup>100</sup> y las **de habilitación / rehabilitación** son las que prestan “servicios para el desarrollo de capacidades funcionales: físicas, mentales y sociales”<sup>4</sup>, dentro del proceso de habilitación / rehabilitación integral, que es competencia de varios sectores e instituciones.

Las competencias establecidas para los prestadores de servicios de salud en habilitación / rehabilitación son<sup>4</sup>:

- Prestar servicios de calidad, acordes a las políticas y lineamientos establecidos por las direcciones territoriales
- Promover derechos y deberes de la población en situación de discapacidad en los servicios prestados
- Elaborar los planes integrales de habilitación /rehabilitación
- Fomentar la participación de los usuarios en situación de discapacidad y sus familias, en la elaboración y desarrollo de los planes de intervención
- Asegurar la interdisciplinariedad e intersectorialidad de la atención
- Formar parte de la red de apoyo territorial

<sup>97</sup> Colombia, Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de política. Habilitación / Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. 2003

<sup>98</sup> Conviene destacar dos usos diferentes del término ‘habilitación’: 1) para hacer referencia a la adquisición de habilidades funcionales en el contexto de la discapacidad y su manejo, y 2) para hacer referencia a los requisitos esenciales que deben cumplir las IPS para su funcionamiento, establecidos en el Sistema Único de Habilitación y Registro. En este caso nos referimos a la primera acepción.

<sup>99</sup> Colombia, Ministerio de la Protección Social. Lineamientos de política. Habilitación / Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. 2003

<sup>100</sup> Colombia, República de. Ley 100 de 1993. Artículo 156

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

## ESTRUCTURA DE LOS ESTÁNDARES

### Explicación del orden de los estándares.

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

El proceso asistencial cuenta con un gran módulo, denominado **Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial**. En este se encuentra un proceso de atención genérico de un usuario en una institución de salud de habilitación / rehabilitación.

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

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

Cada una de las secciones de los estándares (tanto asistenciales como administrativos) cuenta al final con un grupo de estándares idénticos, que corresponden al proceso de mejoramiento continuo.

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

## **ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL**

### **Propósito de los estándares**

La sección de los estándares del proceso de atención pretende señalar el camino lógico de la relación usuario/paciente - institución dentro de un proceso de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos claves de la atención frente al usuario y su familia.

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

### **Organización de los estándares**

La institución debe tener definida una política respecto a los derechos de las personas con discapacidad, los cuales son difundidos y conocidos por todo el personal y promovidos fuera de la institución. La institución promueve ante las instituciones y grupos de su ámbito de acción, el diagnóstico y detección tempranos de la discapacidad y tiene identificado el proceso de atención del usuario desde su ingreso hasta el egreso.

Para el registro e ingreso del usuario, la institución lleva a cabo procesos de preparación para la atención, y para la admisión y registro del usuario, buscando la atención oportuna y la menor cantidad de incertidumbre en el usuario y su familia acerca de la institución y del proceso de habilitación / rehabilitación.

Se lleva a cabo una evaluación interdisciplinaria e integral de las necesidades de habilitación / rehabilitación y de educación al ingreso, y se intercambia información con el usuario acerca de la institución, del usuario, de la habilitación / rehabilitación y de sus posibles resultados. Se obtiene consentimiento informado del usuario o de su representante legal para la habilitación / rehabilitación y para la participación en estudios de investigación, cuando aplica.

Se elabora el plan de habilitación / rehabilitación del usuario que además de las necesidades de habilitación / rehabilitación y de educación identificadas, tiene en cuenta la identificación de los aspectos claves de la atención, la provisión de servicios en un ambiente de respeto a la privacidad y dignidad del usuario, las necesidades derivadas del uso de medicamentos, dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, el diagnóstico complementario cuando se requiera y la definición de las responsabilidades del personal en el proceso de habilitación / rehabilitación del usuario.

La provisión de los servicios se lleva a cabo por parte de un equipo interdisciplinario calificado, cumpliendo las guías y estándares de práctica aceptados. La institución asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera integral, única y segura.

Existe un proceso para atender y dar respuesta a las quejas y sugerencias de los usuarios impulsando el mejoramiento institucional. Se brindan información y educación al usuario y su familia acerca de la discapacidad y su evolución y sobre los aspectos relevantes para el buen resultado de la habilitación / rehabilitación.

Las actividades de habilitación / rehabilitación son evaluadas periódicamente por la entidad y los clientes, para lo cual se debe contar con procesos definidos de evaluación de los planes individuales de habilitación / rehabilitación y de los resultados generales en la población atendida. Tanto en las evaluaciones institucionales como en las evaluaciones con la familia se debe contar con la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con los esperados y de ajustar los planes individuales de habilitación / rehabilitación o los procesos de atención cuando se observan resultados no esperados repetidamente.

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

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

El egreso del usuario debe estar acompañado de la adopción de medidas para valorar y asegurar la adherencia del usuario a las actividades y tratamiento prescritos y del registro de información que incluya los resultados de la habilitación / rehabilitación y los requerimientos futuros de atención.

La institución además de planear el egreso y los requerimientos futuros de atención, adelanta procesos para buscar la continuidad de la atención del usuario y la integración intersectorial e interinstitucional para promover el acceso al medio y la participación de las personas con discapacidad.

Para el mejoramiento del proceso de atención en habilitación / rehabilitación, la institución elabora e implementa los respectivos planes de mejoramiento, les hace seguimiento mediante indicadores de desempeño y difunde y da a conocer los resultados de esos planes.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006  
 ( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

<b>DERECHOS DE LOS PACIENTES / USUARIOS</b>	<b>Calificación de la institución</b>					
	5	4	3	2	1	NA
<b>1. En la institución existe una declaración sobre los derechos y deberes de las personas con discapacidad, que se aplica en el proceso de atención y en las acciones extramurales.</b>						
<b>2. La institución garantiza que su personal conoce, promueve y respeta los derechos y deberes de las personas con discapacidad.</b>						

<b>ACCESO</b>	<b>Calificación de la institución</b>					
	5	4	3	2	1	NA
<b>3. La institución promueve la detección y diagnóstico tempranos de la discapacidad en su ámbito de influencia (centros educativos, instituciones y profesionales de salud, comunidad de usuarios, otras organizaciones, etc.).</b>						
<b>4. El proceso de atención del usuario, desde el contacto inicial hasta su egreso, está definido y es conocido por todo el personal asistencial de la institución.</b>						

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

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

<b>REGISTRO E INGRESO</b>	<b>Calificación de la institución</b>					
	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>NA</b>
<b>5. Existe un proceso de preparación para la atención del usuario. Este proceso incluye:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificación de roles o funciones del personal de la institución en la atención de los diferentes usuarios, según su discapacidad.</li> <li>▪ Priorización de los usuarios que deben atenderse y actualización de listas de espera, cuando aplica.</li> </ul> Identificación de la información que se debe proporcionar al usuario sobre su permanencia y atención, su pronóstico, documentación requerida para iniciar la atención y aspectos administrativos y financieros.						
<b>6. Existe un proceso de admisión y registro del usuario que incluye:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro del usuario y obtención de la información personal, clínica y administrativa requerida por la institución.</li> <li>▪ Suministro de información al usuario y su familia acerca de la institución, por lo menos en los siguientes aspectos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Administrativos</li> </ul> </li> <li>▪ Tarifas, copagos o cuotas moderadoras; derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud y los planes complementarios; personal clave para contactar en caso de necesidades de atención o de preocupación por los niveles de calidad provistos; servicios disponibles y horarios.               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Asistenciales</li> </ul> </li> <li>▪ Secuencia de actividades de habilitación /rehabilitación e indicaciones sobre el sitio y el profesional o profesionales que las realizarán.</li> <li>▪ Actividad de recibimiento del usuario que incluya orientación sobre la planta física de la institución y presentación ante el personal y otros usuarios, cuando aplica.</li> </ul>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<p><b>7. La institución lleva a cabo un proceso de evaluación inicial de las necesidades de habilitación / rehabilitación del usuario, que incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico: físico, funcional, psicológico, familiar, social, signos de abuso o negligencia, otros.</li> <li>▪ Para los exámenes necesarios la institución tiene definidas las reglas para solicitud, ejecución y reporte y ha definido la información que se le debe proporcionar a los usuarios sobre cómo prepararse para los mismos.</li> <li>▪ Identificación de factores personales y ambientales que influyen en la habilitación /rehabilitación</li> <li>▪ Identificación de servicios e instalaciones necesarios para la habilitación / rehabilitación</li> <li>▪ Necesidades y expectativas del usuario y su familia</li> <li>▪ Confirmación del diagnóstico preliminar</li> </ul> <p>La evaluación es realizada por un equipo interdisciplinario y coordinada por un profesional tratante responsable. El equipo en cuestión está calificado para la atención que está prestando y es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que lleva a cabo.</p>						
<p><b>8. La institución cuenta con un proceso de evaluación de las necesidades de educación e información del usuario y su familia y de identificación de sus expectativas frente a la discapacidad y la habilitación / rehabilitación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La evaluación es llevada a cabo por un equipo interdisciplinario.</li> <li>▪ Cuenta con la participación del usuario y su familia.</li> <li>▪ Incluye la identificación del grado de conocimiento que tienen el usuario y su familia sobre su discapacidad y la habilitación / rehabilitación.</li> </ul>						



## RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

<b>9. La institución está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el usuario requiere técnicas especiales de atención que puedan afectar su dignidad, su seguridad o su funcionalidad<sup>101</sup>.</b>						

PLANEACIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<b>10. Existe un proceso de desarrollo, ejecución y seguimiento del plan individual de habilitación / rehabilitación para cada usuario, que tiene en cuenta los siguientes parámetros:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definición de objetivos, medios, actividades y ciclos de actividades, tiempos, costos estimados</li> <li>▪ Obtención del consentimiento informado para la habilitación / rehabilitación. Se le provee al usuario información acerca de los riesgos y beneficios de llevar a cabo o nó, los procedimientos de habilitación / rehabilitación planeados.</li> <li>▪ Obtención de consentimiento informado del usuario si va a hacer parte de un proyecto de investigación. Se le provee información sobre los objetivos, beneficios e inconvenientes del mismo y se le garantiza que su negativa a participar no va a ser barrera para una atención acorde con su discapacidad.</li> <li>▪ Se deja constancia firmada por el usuario cuando éste decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante</li> </ul>						
<b>11. Se identifican aspectos claves de la atención para cada usuario entre los que se incluyen:</b>						

<sup>101</sup> Un ejemplo de aplicación de este estándar está en discapacidades cognitivas y del comportamiento, farmacodependencia o alcoholismo, que requieran inmovilización, aislamiento, terapia electroconvulsiva, psicocirugía, anticoncepción u otras



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

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo interdisciplinario, las necesidades específicas de medicamentos, dispositivos de apoyo o ayudas técnicas del usuario. El equipo interdisciplinario debe tener especial cuidado en incorporar estos elementos dentro del plan de tratamiento y consignarlos en la historia clínica.</li> <li>▪ Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos y dispositivos de apoyo y ayudas técnicas que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.</li> <li>▪ Mecanismos para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos y dispositivos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.</li> </ul>						
<p><b>14. El proceso de planeación de la habilitación / rehabilitación incluye la investigación diagnóstica complementaria o confirmatoria cuando la discapacidad o la patología presente la hace necesaria.</b></p>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esta investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo interdisciplinario y se comunica oportunamente al usuario y su familia, dejando constancia en la historia clínica.</li> </ul>						
<p><b>15. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en la habilitación / rehabilitación las funciones que debe desempeñar.</b></p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006  
 ( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

EJECUCIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACION	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<b>16. En la institución existen procesos desarrollados para la prestación de servicios de habilitación / rehabilitación cuyas características incluyan:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La habilitación / rehabilitación es ejecutada por un equipo interdisciplinario entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función.</li> <li>▪ La participación del usuario y su familia.</li> <li>▪ Revaloración periódica y reporte de avances.</li> </ul>						
<b>17. La institución tiene procesos para el registro de información y mantenimiento de la historia clínica.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se registran todas las actividades de diagnóstico, atención y educación del usuario.</li> <li>▪ Cumple con los requisitos legales.</li> <li>▪ Manejo y conservación de la historia que garanticen su disponibilidad, seguridad y confidencialidad.</li> </ul>						
<b>18. Las actividades de habilitación / rehabilitación son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en la habilitación / rehabilitación del usuario.</li> <li>▪ La institución cuenta con un sistema periódico de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención y del uso de Guías de Práctica Clínica.</li> </ul>						
<b>19. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los usuarios o sus familiares y de los compradores de servicios</b>						

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

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La institución promueve un sistema para que sus diferentes usuarios y clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones referentes al proceso de atención</li> <li>▪ Todos los reclamos y sugerencias presentados por los usuarios y sus familias o por los compradores de servicios, son evaluados, investigados, si aplica, y resueltos.</li> <li>▪ Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación.</li> </ul>											
<p><b>20. La institución realiza educación del usuario y su familia en aspectos relevantes para el buen resultado de la habilitación / rehabilitación.</b></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esta educación es impartida por un grupo interdisciplinario y cubre aspectos sobre la discapacidad, el proceso de rehabilitación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuidados en casa, salud e higiene, seguridad, uso de recursos, participación, adiestramiento en uso de ayudas técnicas y dispositivos de apoyo, etc.</li> </ul>											

EVALUACIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<p><b>21. La institución lleva a cabo la revisión del plan individual de habilitación / rehabilitación y sus resultados, con la periodicidad y criterios preestablecidos, y le hace los ajustes necesarios.</b></p>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La institución cuenta también con un sistema periódico de evaluación interna de los casos con resultados adversos o no esperados y de adopción de medidas correctivas generales.</li> </ul>						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006  
 ( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

<b>EGRESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN / INTEGRACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL</b>	<b>Calificación de la institución</b>					
	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>NA</b>
<b>22. Existe un proceso para planear el egreso y la continuidad de la habilitación / rehabilitación, que incluye:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificación de necesidades.</li> <li>▪ Identificación de recursos.</li> <li>▪ Convenios/acuerdos interinstitucionales.</li> <li>▪ Coordinación de acceso a los servicios necesarios.</li> <li>▪ Explicación al usuario y su familia acerca de los cuidados que debe seguir, medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, alimentación, si aplica.</li> <li>▪ Entrega a la empresa administradora del plan de salud del usuario de la información relevante para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.</li> <li>▪ Remisión para el seguimiento, si aplica, que incluya: lugar, fecha y razones de la remisión; personas a contactar; informe de los resultados de la habilitación / rehabilitación.</li> </ul>						
<b>23. Para cada usuario que egresa, existe un documento con el informe final del proceso de habilitación / rehabilitación y los requerimientos futuros de atención.</b>						
<b>24. La institución tiene un proceso para informar al profesional o a la institución que remitió al usuario, sobre los resultados de la habilitación / rehabilitación.</b>						
<b>25. La institución cuenta con un proceso para evaluar la adherencia del usuario a su tratamiento y para contribuir a ella.</b>						
<b>26. La institución desarrolla procesos para la promoción de los derechos y deberes de las personas con discapacidad y para promover su acceso al medio y la participación:</b>						

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educación a las familias y la comunidad</li> <li>▪ Educación continuada a profesionales de salud</li> <li>▪ Coordinación y contactos interinstitucionales e intersectoriales para diseño e implementación de procesos de habilitación / rehabilitación integral, consecución de dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, etc.</li> </ul>	
---	--

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<b>27. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de habitación / rehabilitación.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la institución y tiene asignado un responsable.</li> <li>▪ Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario y su familia.</li> <li>▪ La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y divulga a los trabajadores de la institución.</li> <li>▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, cuyos valores se comparan frente a parámetros o estándares técnicos aceptados</li> </ul>						
<b>28. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de habitación / rehabilitación.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas de los usuarios, las familias y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costos.</li> <li>▪ Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de calidad como:             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seguridad</li> <li>➤ Continuidad</li> <li>➤ Coordinación</li> </ul> </li> </ul>						





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

## **DIRECCIONAMIENTO**

### **Propósito de los estándares**

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

### **Organización de los estándares**

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<b>1. Los órganos directivos de la institución facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la institución.</b>						
<b>2. La institución desarrolla un análisis estratégico en el que se tienen en cuenta por lo menos las necesidades de los usuarios y sus familias, la lectura del entorno, la voz del cliente interno y la referenciación con la competencia.</b>						
<b>3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la institución de acuerdo a los resultados del análisis estratégico.</b>						
<b>4. Existe un proceso para formular y revisar el plan estratégico de la institución a partir del direccionamiento estratégico.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La institución garantiza que las diferentes unidades funcionales participan en la formulación del plan y en la priorización de sus objetivos.</li> <li>▪ Cada unidad funcional desarrolla su propio plan en coherencia con el plan estratégico institucional.</li> </ul>						
<b>5. Los líderes participan y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la institución.</b>						
<b>6. Existe un proceso para establecer los parámetros de ejecución del plan estratégico. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la institución a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la institución.</b>						
<b>7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en la salud de los usuarios que, mediante</b>						

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

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

<b>procesos de auditoría de la calidad, le hace seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica evaluar aspectos como:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oportunidad de la atención por tipos de servicios.</li> <li>▪ Utilización de servicios por usuario</li> <li>▪ Satisfacción global del usuario con la atención recibida.</li> <li>▪ Calidad de la atención.</li> </ul>						
<b>8. Existe un proceso para establecer parámetros de gestión para el personal, alineados con el direccionamiento estratégico de la institución.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El personal sustenta su gestión ante la junta directiva o ante comités creados para tal fin.</li> </ul>						
<b>9. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.</b>						
<p>El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos.</li> <li>▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas.</li> <li>▪ Asesoría para políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención.</li> <li>▪ Información y capacitación en temas técnicos y administrativos claves para la institución.</li> </ul>						

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<b>10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable.</li> <li>▪ Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, del usuario y su familia.</li> <li>▪ La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y se divulga a los trabajadores de la institución.</li> <li>▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados.</li> </ul>						
<b>11. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de direccionamiento estratégico.</b>						
<p>Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo.</p> <p>Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de la calidad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seguridad</li> <li>➤ Continuidad</li> <li>➤ Coordinación</li> <li>➤ Competencia</li> <li>➤ Aceptabilidad</li> <li>➤ Efectividad</li> <li>➤ Pertinencia</li> <li>➤ Eficiencia</li> <li>➤ Accesibilidad</li> <li>➤ Oportunidad</li> <li>➤ Integralidad</li> </ul>						
<b>12. Existe un proceso de monitorización continua del mejoramiento de calidad de los procesos de</b>						

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

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

<b>direccionamiento estratégico.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>						
<p><b>13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad de los procesos de direccionamiento estratégico se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</b></p>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</li> </ul>						

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

## **GERENCIA**

### **Propósito de los estándares**

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

### **Organización de los estándares**

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

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

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

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

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006  
 ( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

<b>4. La institución garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de las metas y objetivos de cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o con las fases del proceso de atención.</b>						
Las metas y objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Son consistentes con los valores, misión y visión de la institución.</li> <li>▪ Proveen orientación para el proceso de atención al usuario.</li> <li>▪ Son consistentes con el proceso de atención.</li> </ul>						
<b>5. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las actividades específicas de monitorización y mejoramiento.</li> <li>▪ La evaluación del logro de las metas y objetivos</li> </ul>						
<b>6. Existe un proceso en la institución para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes y el código de ética establecido por la institución. El respeto por el cliente incluye:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dignidad personal.</li> <li>▪ Privacidad.</li> <li>▪ Seguridad.</li> </ul>						
<b>7. Existe un proceso organizacional para promover y lograr un trato digno entre usuarios, familiares y trabajadores. El proceso contempla:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una política clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y compañeros de trabajo.</li> <li>▪ identificar y resolver las situaciones de trato inadecuado durante los procesos de atención.</li> </ul>						



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

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Información y capacitación a los trabajadores y clientes que presentaron o sufrieron conductas de trato inadecuado.</li> <li>▪ Información y educación a los usuarios y sus familias y a los trabajadores, para reportar y solucionar este tipo de conductas.</li> </ul>							
<b>8. Existen procesos para desarrollar las políticas organizacionales para definir el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>						
<b>9. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la institución y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de:</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisión de prioridades en el plan.</li> <li>▪ Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.</li> <li>▪ Evaluación de los recursos disponibles.</li> </ul>							
<b>10. Existe un proceso para la protección y control de los recurso</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>						
<p>Lo anterior se logra a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medición de la productividad.</li> <li>▪ Costeo.</li> <li>▪ Monitorización de los presupuestos.</li> <li>▪ Manejo de inventarios.</li> <li>▪ Manejo de seguros.</li> <li>▪ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.</li> <li>▪ Auditoría de procesos.</li> <li>▪ Seguimiento de contingencias cubiertas por diferentes fondos y seguros.</li> <li>▪ Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.</li> <li>▪ Seguimiento de las políticas de contratación con ARS y EPS.</li> </ul>							

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<b>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable.</li> <li>▪ Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario y su familia.</li> <li>▪ La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y divulga a los trabajadores de la institución.</li> <li>▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados.</li> </ul>						
<b>12. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo.</li> <li>▪ Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos como: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seguridad</li> <li>➤ Continuidad</li> <li>➤ Coordinación</li> <li>➤ Competencia</li> <li>➤ Aceptabilidad</li> <li>➤ Efectividad</li> <li>➤ Pertinencia</li> <li>➤ Eficiencia</li> <li>➤ Accesibilidad</li> <li>➤ Oportunidad</li> <li>➤ Integralidad</li> </ul> </li> </ul>						
<b>13. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia.</b>						

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

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>						
<p><b>14. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</b></p>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</li> </ul>						

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

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

**GERENCIA DEL RECURSO HUMANO****Propósito de los estándares**

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

**Organización de los estándares**

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

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

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

## RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<b>1. Existen procesos para identificar las necesidades de los clientes internos de la institución y para responder a ellas.</b>						
Estos procesos tienen en cuenta aspectos como: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Legislación relevante.</li> <li>▪ Calidad de vida en el trabajo.</li> <li>▪ Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial.</li> <li>▪ Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal.</li> <li>▪ Evaluación de desempeño.</li> <li>▪ Evaluación periódica de expectativas y necesidades que influyan en el clima organizacional.</li> <li>▪ Políticas de compensación.</li> <li>▪ Estímulos e incentivos.</li> <li>▪ Bienestar laboral.</li> <li>▪ Necesidades de comunicación organizacional.</li> <li>▪ Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la institución.</li> <li>▪ Los procesos mencionados en el estándar deben incluir los aspectos directamente relacionados con la atención del usuario durante cada paso o fase de su atención.</li> </ul>						
<b>2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El proceso descrito considera, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Los cambios en la misión de la institución.</li> <li>➢ Los cambios en el plan estratégico.</li> <li>➢ Los cambios en la estructura organizacional.</li> <li>➢ Los cambios en la planta física.</li> <li>➢ Los cambios en la complejidad de los servicios.</li> <li>➢ La disponibilidad de recursos.</li> </ul> </li> </ul>						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006  
 ( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La legislación relevante.</li> <li>➤ La tecnología disponible.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La asignación de personal en todos los niveles de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñada de acuerdo con:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Los requisitos y perfil del cargo.</li> <li>➤ La identificación de los patrones de carga laboral del empleo.</li> <li>➤ La reubicación y promoción del personal cuando así se requiera.</li> <li>➤ La planeación del recurso humano en la institución está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y en el diseño del proceso de atención.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>3. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la institución contratante la verificación de dichas competencias.</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo e incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto. Se relacionan con:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Experiencia.</li> <li>➤ Licenciamiento o certificación, si aplica.</li> </ul> </li> <li>▪ Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conocimiento y habilidades.</li> <li>➤ Relaciones interpersonales.</li> <li>➤ Habilidades de liderazgo y administrativas.</li> <li>➤ Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>4. La institución cuenta con un sistema de planeación de la capacitación y educación continuada a</b></p>	

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

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

<b>partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y de los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las actividades de capacitación y educación continuada promueven la competencia del personal</li> <li>▪ Se provee información acerca de la institución, del ambiente de trabajo y de sus responsabilidades</li> <li>▪ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la institución.</li> <li>▪ La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al usuario y su familia.</li> </ul>						
<b>5. La institución garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El desempeño se revisa y documenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Durante el período de prueba.</li> <li>➤ Periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa.</li> </ul> </li> <li>▪ Se retroalimenta al personal evaluado sobre los resultados de la evaluación.</li> <li>▪ De acuerdo a los resultados de la evaluación se formulan compromisos y planes de mejoramiento del desempeño, a los cuales se les hace seguimiento.</li> </ul>						
<b>6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la institución en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa.</li> <li>▪ Investigación científica.</li> <li>▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica.</li> <li>▪ Conciliación de protocolos médicos.</li> <li>▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a la práctica profesional.</li> <li>▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo.</li> <li>▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados.</li> </ul>						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006  
 ( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La atención al usuario y su familia.</li> </ul>						
<p><b>7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos se incorporan en la política de recursos humanos de la institución.</b></p>						
<p><b>8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la institución. Lo anterior incluye:</b></p>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acceso a los registros.</li> <li>▪ Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la institución.</li> </ul>						
<p><b>9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la institución.</b></p>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados.</li> <li>▪ Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.</li> </ul>						
<p><b>10. La institución cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.</b></p>						



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

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

<b>ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Calificación de la institución</b>					
	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>NA</b>
<b>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable.</li> <li>▪ Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario, su familia y los trabajadores en general.</li> <li>▪ La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y se divulga a los trabajadores de la institución.</li> <li>▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo interdisciplinario e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</li> </ul>						
<b>12. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo.</li> <li>▪ Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos como:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seguridad</li> <li>➤ Continuidad</li> <li>➤ Coordinación</li> <li>➤ Competencia</li> <li>➤ Aceptabilidad</li> <li>➤ Efectividad</li> <li>➤ Pertinencia</li> <li>➤ Eficiencia</li> <li>➤ Accesibilidad</li> <li>➤ Oportunidad</li> </ul> </li> </ul>						
<b>13. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de</b>						

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

<b>calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos.</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>					
<b>14. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</li> </ul>					

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

## **ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO**

### **Propósito de los estándares**

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

### **Organización de los estándares**

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

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006  
( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<p><b>1. La institución garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lo anterior incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La gerencia de los riesgos físicos.</li> <li>➤ El mantenimiento de la seguridad industrial.</li> <li>➤ La preparación para emergencia y desastres.</li> <li>➤ La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades.</li> </ul> </li> <li>▪ Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la institución.</li> <li>▪ Existe un plan para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los usuarios y de los trabajadores durante el proceso de atención y se ha difundido.</li> </ul>						
<p><b>2. La institución cuenta con procesos diseñados y operacionalizados para garantizar la prevención y control de infecciones durante el proceso de atención del usuario<sup>102</sup>. Los procesos se basan en guías o estándares, que incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para los usuarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Admisión y transporte de los usuarios con infección, si aplica.</li> <li>➤ Implementación de técnicas de aislamiento, si aplica.</li> <li>➤ Garantía del uso de técnicas asépticas en los procedimientos que lo requieran.</li> </ul> </li> <li>▪ Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y</li> </ul>						

<sup>102</sup> Este estándar aplica para las instituciones de tipo hospitalario.

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

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

<p>enfermedades transmisibles e infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definición de cuándo se considera que una infección es nosocomial.</li> <li>▪ Definición de mecanismos de reporte y protocolos de investigación en casos de infección nosocomial.</li> <li>▪ Reporte de las infecciones intrahospitalarias, si aplica.</li> <li>▪ Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes dentro de la institución.</li> <li>▪ El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.</li> <li>▪ El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la institución.</li> <li>▪ Las responsabilidades para la prevención de infecciones están identificadas.</li> <li>▪ El personal de la institución recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones.</li> <li>▪ Existen sistemas de ventilación para prevenir la diseminación de contaminantes, si aplica.</li> <li>▪ Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc).</li> </ul>									
<b>3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, de los equipos médicos y los insumos, tanto para los trabajadores como para los usuarios durante el proceso de atención.</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, los equipos médicos y los insumos.</li> <li>▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia.</li> <li>▪ Provisión de energía y de insumos básicos de todo tipo, en casos de emergencia.</li> <li>▪ Programaciones de limpieza.</li> </ul>									
<b>4. La institución garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificación, clasificación y separación de los desechos en la fuente.</li> <li>▪ No reutilización de materiales clasificados como no reutilizables.</li> <li>▪ Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación.</li> <li>▪ Impacto ambiental.</li> </ul>									

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

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reciclaje y comercialización de materiales.</li> <li>▪ El impacto potencial del manejo inadecuado de los eventos adversos en el usuario.</li> </ul>	
<p><b>5. Existen procesos diseñados que garanticen que la institución cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existe un plan organizacional que incluye:               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado.</li> <li>➤ Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables.</li> <li>➤ Conexión a la red de urgencias.</li> <li>➤ Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres.</li> </ul> </li> <li>▪ Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo se integra la unidad al plan organizacional.</li> <li>▪ Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán:               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la institución.</li> <li>➤ Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos.</li> <li>➤ Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos.</li> <li>➤ Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo.</li> </ul> </li> <li>▪ La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades:               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de un centro dentro de la institución para facilitar y coordinar las actividades de respuesta.</li> <li>➤ Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos.</li> <li>➤ La identificación del personal que está a cargo de los servicios.</li> <li>➤ Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares.</li> <li>➤ Provisión de un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la institución.</li> <li>➤ Recolección y difusión de la información necesaria.</li> <li>➤ Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.</li> </ul> </li> </ul>	

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

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.</li> </ul>						
<b>6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. Si aplica, el proceso incluye:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diseño de un área para la recepción del personal.</li> <li>▪ Registro de los nombres y números de identificación de los clientes en el momento del ingreso.</li> <li>▪ Aplicación de un sistema de triage.</li> <li>▪ Señalización del área dispuesta para atender al grupo de usuarios.</li> </ul>						
<b>7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos.</li> <li>▪ El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seguridad <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Prevención de incendios.</li> <li>❖ Educación a los empleados de la institución sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.</li> </ul> </li> <li>➤ Emergencia <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la institución, así como al departamento de bomberos.</li> <li>❖ Evacuación de los usuarios en riesgo.</li> <li>❖ Instrucciones para el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.</li> <li>❖ Sistemas de evacuación.</li> <li>❖ Señalización de sistemas de evacuación.</li> <li>❖ Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendios.</li> </ul>						

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

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

<b>8. Existen procesos para evacuación y reubicación de usuarios. Si aplica, el proceso incluye:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificación de los usuarios que deben ser reubicados.</li> <li>▪ Comunicación de esta situación a las familias.</li> <li>▪ Sistema de transporte para los usuarios.</li> <li>▪ Arreglos de sitios alternos para la reubicación de los usuarios y del personal de atención.</li> </ul>						
<b>9. La institución garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución.</li> <li>▪ Un sistema de comunicación dentro de la institución para la identificación del cliente.</li> <li>▪ Designar a un responsable de la búsqueda.</li> <li>▪ Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la institución.</li> <li>▪ Contacto con la policía y la familia del cliente.</li> </ul>						



## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la institución					
	5	4	3	2	1	NA
<b>10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable.</li> <li>▪ Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario y su familia y los trabajadores en general</li> <li>▪ La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y se divulga a los trabajadores de la institución.</li> <li>▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados</li> </ul>						
<b>11. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico.</b>						

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

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo. Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de calidad como:             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seguridad                 <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Continuidad</li> <li>❖ Coordinación</li> <li>❖ Competencia</li> <li>❖ Aceptabilidad</li> <li>❖ Efectividad</li> <li>❖ Pertinencia</li> <li>❖ Eficiencia</li> <li>❖ Accesibilidad</li> <li>❖ Oportunidad</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>						
<b>12. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>						
<b>13. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico se dan a conocer al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</li> </ul>						

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

## **GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

### **Propósito de los estándares**

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

### **Organización de los estándares**

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006  
 ( 8 DE MAYO DE 2006 )

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

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

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

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

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

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

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

la institución. ➤ Deterioro físico de los archivos.					
<b>5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La transmisión debe garantizar la: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Oportunidad.</li> <li>➤ Facilidad de acceso.</li> <li>➤ Confiabilidad y validez de la información.</li> <li>➤ Confidencialidad y seguridad.</li> </ul> </li> </ul>					
<b>6. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.</b>					
<b>7. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los usuarios y su familia.</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los usuarios, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad.</li> <li>▪ La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas.</li> </ul>					

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

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

<b>ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	<b>Calificación de la institución</b>					
	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>NA</b>
<b>8. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información.</b>						
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable.<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario, su familia y los trabajadores de la institución</li><li>➢ La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y divulga a los trabajadores de la institución.</li><li>➢ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados.</li></ul></li></ul>						
<b>9. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de la información.</b>						
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud, además de criterios de riesgo, volumen y costo.</li><li>▪ Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de calidad como:<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Seguridad</li><li>➢ Continuidad</li><li>➢ Coordinación</li><li>➢ Competencia</li><li>➢ Aceptabilidad</li><li>➢ Efectividad</li><li>➢ Pertinencia</li><li>➢ Eficiencia</li><li>➢ Accesibilidad</li><li>➢ Oportunidad</li></ul></li></ul>						

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

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

<b>10. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia de la información.</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>					
<b>11. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de la información se dan a conocer al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</li> </ul>					