

5

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

INTRODUCCIÓN

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

RECOMENDACIONES PARA LA ADECUADA LECTURA Y ENTENDIMIENTO DEL PRESENTE MANUAL

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

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

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

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

ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE – ASISTENCIAL

Propósito de la sección

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>21. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento, donde se le orienta sobre qué debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su atención. ▪ La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención ▪ El personal a cargo de la recepción del paciente conoce el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso, el cual también es conocido por todo el personal de atención de la organización. ▪ Se cuentan con procesos estandarizados para informar, desde la misma recepción del paciente, los procesos administrativos que se adelantaran con los resultados de los exámenes, con el fin de que este conozca qué pasará con los dichos resultados. 						
<p>22. La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.</p>						
<p>23. El personal de recepción en imagenología, debe estar entrenado, y contar con las guías de preparación a la mano, para identificar si los pacientes que ameriten contar con una preparación previa cumplen con dicho requisito. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución, en caso de presentarse alguna duda.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
24. El personal de recepción deberá indicar al paciente que no este adecuadamente preparado los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, este proceso está apoyado por los profesionales y técnicos de la institución, en caso de presentarse alguna duda						
25. La organización deberá contar, para los casos que se amerite, con planes de priorización de realización de procedimientos y entrega de resultados, basados en criterios de priorización clínica.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
26. La organización cuenta con estándares de espera, para informar cuánto tiempo deben esperar los pacientes para acceder a la consulta o realización de exámenes.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta información está a la vista del público en la sala de espera. ▪ Si por algún motivo se sobrepasa el tiempo previamente estipulado, se le explica personalmente al paciente las causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando 						
27. La organización dispone de mecanismos para que el paciente afectado por esperas prolongadas pueda presentar quejas, sugerencias o recomendaciones. Independientemente del mecanismo, la organización garantiza que se lleva un registro de las mismas, que clasifica los motivos y genera acciones correctivas para evitar su recurrencia.						
28. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención⁷³. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni tendrá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.						

⁷³ El médico sale y la llama, altavoz, numeración electrónica, etc.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
29. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implementación y seguimiento de los exámenes y procedimientos para la consecución de los resultados.						
30. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento, de los cuidados en salud ofrecidos por la organización, están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.						
<p>En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De quién es la responsabilidad de hacer la guía. ▪ Cuáles son los objetivos de la guía. ▪ Cuál fue el grupo que se reunió e hizo la guía. ▪ Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia. ▪ Formulación explícita de recomendaciones. ▪ Costos y beneficios de la guía. ▪ Cada cuánto se hará la actualización. ▪ Cómo se evitaron los potenciales errores en la formulación de la guía. ▪ Aplicabilidad. ▪ Cada cuánto, y cómo, se monitorizará la adherencia a la guía. 						
31. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado (solo cuando sea necesario). Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.						
32. La organización cuenta con procesos para obtener un registro firmado por el paciente cuando este decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
tratante.						
33. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de la realización de un examen o procedimiento.						
34. La organización cuenta con sistemas de planeación que garantizan el conocimiento de cuántos insumos, recursos humanos, tecnología, etc., se necesitan para la realización de los exámenes o procedimientos, de acuerdo a la demanda potencial esperada						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización debe garantizar el seguimiento a dicho plan, identificando, analizando y planteando alternativas de ajuste cuando la planeación no concuerde con lo ejecutado. 						
35. Se tiene establecido, y se conoce por los responsables de los procesos, los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados en la organización.						
36. La organización cuenta con guías donde se definen criterios explícitos de la información clínica mínima que debe contener las solicitudes de exámenes o procedimientos. Inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización lleva un registro de las órdenes que no cumplen con dichas directrices, y esta información es compartida con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes para sus pacientes. ▪ La organización cuenta con un sistema de consejería a los profesionales que remiten sus pacientes, para el correcto diligenciamiento de las órdenes. 						
37. La organización cuenta con un proceso que garantiza el adecuado flujo de información sobre los pacientes a ser atendidos, entre el PAC, la recepción y la atención propiamente dicha						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
38. La organización cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del paciente durante la atención con el profesional o técnico, lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La privacidad es respetada mientras el paciente se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. ▪ La privacidad en lo posible debe ser visual y auditiva (de afuera hacia adentro y viceversa) ▪ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. ▪ La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. ▪ La privacidad debe mantenerse en casos cuando se administran sustancias o medicamentos por vía intravenosa. 						
39. La organización garantiza que durante el proceso de atención con el profesional o técnico asignado el paciente tiene la posibilidad de ser escuchado respecto a sus inquietudes.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los profesionales y técnicos muestran señas de respeto, independientemente del tipo y contenido de las preguntas. ▪ Se procura siempre establecer contacto visual entre el paciente y el profesional o técnico que lo está atendiendo. 						
40. La organización cuenta con un mecanismo que garantiza que en los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes, así como el manejo de sus eventos adversos, están sujetas a las guías de práctica clínicas previamente definidas						

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizan evaluaciones periódicas de dicha adherencia, con participación de los profesionales directamente involucrados en la atención. ▪ Se informa a los pacientes, o sus familiares, los potenciales eventos adversos no prevenibles que pueden ser observados como producto de la realización de procedimientos. 						
41. La organización garantiza que cuenta con procesos para que el profesional que realiza los procedimientos provea información básica al paciente y su familia (cuando lo amerite), de los hallazgos encontrados después de la realización de los procedimientos.						
42. La información al paciente y su familia debe tener como resultado el óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del procedimiento y sus objetivos.						
43. La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.						
44. Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se debe especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con personal técnico o profesional para realizar dichos procesos de atención y un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.						
45. La organización tiene identificados y definidos internamente una serie de fallas (humanas o de sistemas de soporte⁷⁴) en la operación de los procesos prioritarios, los cuales su sola presencia generan un sistema de investigación, análisis y toma de decisiones para evitar un evento adverso prevenible..						
46. La organización debe contar con procesos donde se especifique cómo se manejan situaciones de urgencias médicas con los pacientes, indicando los mecanismos de remisión de⁷⁵ los mismos.						

⁷⁴ También llamadas en la literatura Fallas Activas y fallas Latentes, respectivamente.

⁷⁵ Estos protocolos deben estar diseñados así la función principal de la organización no sea la atención de urgencias

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

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En el caso potencial que el profesional a cargo de los procedimientos, o las directivas de la organización, y en presencia de una situación que amerite la necesidad de referir un paciente a un servicio de urgencias o de hospitalización, se deberán garantizar los siguientes procesos:

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

En ningún caso se puede garantizar el cumplimiento de los estándares listados a continuación, si los tres anteriores no han sido cumplidos. De manera específica, y de acuerdo con el sitio a donde se refiera el paciente, se deben garantizar los siguientes procesos:

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

REMISIÓN A URGENCIAS ⁷⁶	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
47. Previo al traslado se debe garantizar que en la organización donde se remite se cuenta con la disponibilidad del servicio.						
48. En el proceso de traslado se debe tener una información mínima, que incluye: quién transporta, por qué se transporta, dónde se transporta, quién recibe en la organización donde se remite ⁷⁷ .						

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

⁷⁶ Solo se incluyen para los casos donde se cumplen con los criterios de urgencia medica.

⁷⁷ El presente estándar no reemplaza aquel que solicita que en todos los casos se acompañe al paciente con una información clínica relevante

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
49. La organización cuenta con estándares de cuánto tiempo demora la entrega de resultados luego de la toma y procesamiento de los exámenes y procedimientos						
50. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto se tiene un sistema para avisar al profesional o al paciente de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado						
51. La organización cuenta con un proceso donde se especifica la información mínima que debe contener los reportes de resultados						
52. Todos los resultados de exámenes y procedimientos se entregan de manera escrita. En aquellos casos excepcionales donde la entrega se haga de manera telefónica, se lleva un registro escrito, de quién lo dicta y quién lo recibe. En ningún caso el resultado puede ser entregado de manera verbal (cara a cara o telefónico) al paciente						
53. Cuando los resultado escritos son una transcripción de una copia, dictado o grabación, y esta transcripción no es realizada por la misma persona que realizo el análisis de los exámenes, la organización cuenta con un proceso de almacenamiento y conservación del registro original. Adicionalmente, la organización cuenta con un proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia entre los diferentes registros.						
54. La organización cuenta con un manual, el cual estandariza los diferentes acrónimos usados en la lectura y transcripción de los resultados de exámenes, y verifica la utilización de los mismos. En caso de que los profesionales o técnicos no estén siguiendo dichos procesos, genera mecanismos de evaluación y generación de medidas de mejoramiento.						
55. La organización cuenta con un proceso para identificar, proactivamente, los casos en los cuales los resultados (por causas inherentes al procesamiento mismo) se demorarán más de lo establecido en los estándares. Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de las muestras, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuar por orden						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

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

PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
de prioridad las muestras retrazadas.						
56. Existe un proceso para garantizar que todos los procedimientos realizados sean entregados al paciente, o en su defecto al medico tratante, si el proceso fue diseñado de ese modo						
57. La organización garantiza un proceso permanente de asesoría a los profesionales solicitantes de procedimientos para la correcta interpretación de los resultados						
58. La organización contará con un proceso para identificar y cuantificar la entrega de resultados a pacientes equivocados. En estos casos se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados, dejando constancia de dicha anomalía.						
59. Para aquellos casos de procedimientos especiales (Ej.: cáncer, abuso de cualquier tipo, procedimientos dentro de un proceso legal, etc.), cuyos resultados pueden influir en la integridad moral de las personas, la organización garantiza que dichos resultados son entregados únicamente al paciente.						

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

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

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
63. La organización garantiza un proceso para la evaluación de la calidad de los procedimientos y de la atención recibida por el paciente a partir de las solicitudes, los registros de atención y los resultados, teniendo en cuenta, entre otros:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La evaluación sistemática y periódica de los registros de atención permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos. ▪ La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de registros de atención por pares para los casos de eventos adversos producto de los procedimientos. 						

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

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

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
64. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁷⁹. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						
El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.						

⁷⁹ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

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

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen ⁸⁰ : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁸⁰ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
66. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. 						
67. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

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

DIRECCIONAMIENTO

Propósito de la sección

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none">▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables.						
<ul style="list-style-type: none">▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa.						
<ul style="list-style-type: none">▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁸¹. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.						
<ul style="list-style-type: none">▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité.						
<ul style="list-style-type: none">▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno.						
<ul style="list-style-type: none">▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.						
<ul style="list-style-type: none">▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.						

⁸¹ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006 (8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁸²: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁸² Alguno, o todos, de los criterios mencionados

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

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

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

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

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
13. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. 						
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

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

GERENCIA

Propósito de la sección

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.						
2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una metodología para la identificación de las necesidades. ▪ Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. ▪ La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso. 						
3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la Organización. El soporte es demostrado a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. ▪ Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. ▪ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. ▪ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización. 						
4. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional⁸³, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario. Las metas y objetivos:						

⁸³ Si la complejidad de la organización lo amerita

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

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

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

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

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

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

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁸⁴. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

⁸⁴ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

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

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁸⁵: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁸⁵ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

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

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
16. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente validos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. 						
17. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

GERENCIA DEL RECURSO HUMANO

Propósito de la sección

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

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

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

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

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>2.1 Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo. Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experiencia. ▪ Licenciamiento o certificación, si aplica. 						
<p>2.2 Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento y habilidades. ▪ Relaciones interpersonales. ▪ Habilidades de liderazgo y administrativas. ▪ Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. 						
<p>3. La Organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</p>						

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

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
3.4 El diseño y posterior evaluación de los programas de educación continuada tienen como insumo, para su planeación, las evaluaciones de desempeño que periódicamente debe realizar la organización, y que están descritas en el estándar 4 de esta sección.						
4. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. ▪ El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. ▪ Se provee retroalimentación al personal evaluado. ▪ Este sistema es dado a conocer a cada uno de estos desde el momento que inicia su relación laboral con la organización. 						
5. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:						

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

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. ▪ Investigación científica. ▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica. ▪ Conciliación de protocolos médicos. ▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. ▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. ▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. ▪ La atención al cliente y su familia. 						
6. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.						
7. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a los registros. ▪ Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización. 						
8. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. ▪ Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
9. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.						

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
10. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁸⁶. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

⁸⁶ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

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

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

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

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

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. 						
13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

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

GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Propósito de la sección

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
quimioterapia. 2.2 El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo. 2.3 El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización. 2.4 Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones. 2.5 El personal de la organización recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones. 2.6 Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc.).						
3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos. ▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. ▪ Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención. ▪ Programaciones de limpieza. 						
4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. ▪ Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. ▪ Impacto ambiental. ▪ Reciclaje y comercialización de materiales. ▪ El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. ▪ La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Lo anterior incluye la garantía que estos no 						

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recolectar y difundir la información necesaria. ▪ Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. 5.5 La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.						
6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño de un área para la recepción del personal. ▪ Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso. ▪ Aplicación de un sistema de triage. ▪ Señalización del área acomodada para atender al grupo de pacientes. ▪ Activación de protocolos de salida a los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos. ▪ Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias. 						
7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.						
7.1 El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos. 7.2 El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguridad <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevención de incendios. ➤ Educación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación. ▪ Emergencia <ul style="list-style-type: none"> ➤ Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. ➤ Evacuación de los clientes en riesgo. ➤ Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistemas de evacuación. ➤ Señalización de sistemas de evacuación. ➤ Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. <p>7.3 La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de incendios.</p>						
8. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención. El proceso incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. ▪ Un sistema de comunicación dentro de la organización para la identificación del cliente. ▪ Designar a un responsable de la búsqueda. ▪ Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización. ▪ Contacto con la policía y la familia del cliente. 						
9. La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido la el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización						

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

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

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
10. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁸⁸. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

⁸⁸ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

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

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁸⁹: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

⁸⁹ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

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

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

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

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente validos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. 						
13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

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

GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Propósito de la sección

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.						
1.1 Las necesidades que están identificadas incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los procesos de atención a los clientes. ▪ Planeación de la organización. ▪ Asignación de recursos. ▪ Productividad. ▪ Educación del personal. ▪ Investigación. ▪ Necesidades del cliente y la comunidad. ▪ Direccionamiento organizacional ▪ Mejoramiento de la calidad ▪ Coordinación de servicios frente a la atención del cliente. 2.2 Existe un plan para la gerencia de la información. El plan incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La identificación de las necesidades de información. ▪ Captura de los datos. ▪ Análisis de la información. ▪ Transmisión de la información. ▪ Estandarización de la información ▪ Uso de la tecnología ▪ Un proceso de implementación basada en prioridades. ▪ Almacenamiento, conservación y depuración de la información. ▪ Seguridad y confidencialidad de la información. ▪ Sistema de evaluación del plan. ▪ Sistema de mejoramiento ▪ Uso de la información 						

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

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

1.3 Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.						
2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas. 						
3. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La seguridad debe prevenir: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Acceso no autorizado. ➢ Pérdida de información. ➢ Manipulación. ➢ Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización. ➢ Deterioro físico de los archivos. <p>3.1 Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no estén restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.</p>						
4. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La transmisión debe garantizar la: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Oportunidad. ➢ Facilidad de acceso. ➢ Confiabilidad y validez de la información. ➢ Confidencialidad y seguridad. 						
5. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.						
6. Existe un proceso para consolidar, acorde a los servicios de salud que ofrece la institución, la información que se genera de los procesos asistenciales y administrativos. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad. ▪ La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO
(8 DE MAYO DE 2006)
DE 2006

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
7. Los registros clínicos de los pacientes deben contener la suficiente información, de manera clara, que permita que cualquier otro profesional tratante de la organización pueda entender el estado clínico actual del paciente						
8. Existe un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta.						
9. Le corresponde a la gerencia de sistemas, incorporar dentro de los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización dentro de los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos.						

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

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

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
10. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁹⁰. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 						

⁹⁰ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁹¹: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						

⁹¹ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

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

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

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

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

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
12. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. 						
13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

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

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

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. La organización cuenta con un proceso de análisis, para que, previo a la introducción de nueva tecnología, se estudien factores, para garantizar la adecuada incorporación de la misma, tales como el costo beneficio o costo efectividad de la nueva tecnología, la evidencia de seguridad, etc.						
2. Existe un proceso que garantiza que se minimizan los riesgos asociados con la adquisición y uso de las tecnologías. Su propósito es garantizar que cuando una tecnología es usada esta:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es entendida por el profesional que la usa, ▪ Mantenedida en una condición segura 						
3. La organización cuenta con un sistema que garantiza la continuidad de los procesos en casos de contingencia, tales como daño del equipo, fallas de luz, etc.						
4. La organización garantiza que existe una responsabilidad delegada a un grupo de profesionales y técnicos⁹², por parte de la gerencia, para todos los aspectos de la gestión de la tecnología. El delegado debe garantizar:						

⁹² Puede ser una delegación a un tercero, externo a la institución. De todas maneras, la organización debe asegurarse que el estándar y sus criterios sean cumplidos.

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none">El reporte de los eventos adversos asociados con el uso de la tecnología.La diseminación de la información sobre seguridad del uso de la tecnología.La realización entrenamientos en el uso de la tecnología.La determinación de los precios de compra y los costos asociados al mantenimiento y gastos recurrentes.La coordinación del inventario de equipos.						
5. La política de compra o reposición de tecnología de la organización debe incluir por lo menos:						
<ul style="list-style-type: none">Definición del tiempo de vida útil de la tecnologíaGarantíaSeguridadConfiabilidad, incluyendo los problemas o fallas reportadas por otros compradoresSoporte, incluyendo qué tipo de soporte y por cuánto tiempoNecesidades e intervalos de mantenimiento						
6. Existe una política organizacional para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología. Esto incluye, entre otras cosas la necesidad de:						
<ul style="list-style-type: none">Pruebas de seguridad antes de usar la tecnología.Entrenamiento a los profesionales y técnicos previo al uso.						
7. Todas las tecnologías cuentan con pruebas de validación previos a su aceptación dentro de la organización.						

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
 (8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
historia de eventos adversos son distribuidos a las personas apropiadas y las recomendaciones son implementadas.						
13. Los profesionales que están directamente utilizando la tecnología están entrenados en la operación segura de las mismas, reconocen su malfuncionamiento y conocen cómo corregirlos o en su defecto, conocen cómo reportarlo.						

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
14. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.						

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

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. ▪ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección⁹³. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen⁹⁴: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad 						

⁹³ Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

⁹⁴ Alguno, o todos, de los criterios mencionados

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

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>16. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. ▪ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. ▪ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. ▪ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. ▪ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. ▪ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. 						
<p>17. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. ▪ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad. 						

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

ESTÁNDARES ESPECÍFICOS PARA SEDES AMBULATORIAS INTEGRADAS EN RED

Notas básicas para esta sección:

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2006
(8 DE MAYO DE 2006)

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

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

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