



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO () DE 2020

Por la cual se adopta el *“Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad. Versión 1.0”*

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales y en especial, de las conferidas por los artículos 2.5.1.6.9 y 2.5.1.6.11 del Decreto 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que el Capítulo 6 del Título 1, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, contiene disposiciones relacionadas con el Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Que de conformidad con las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad, el Ministerio de Salud y Protección social deberá desarrollar lineamientos para la implementación de modelos de atención en salud con enfoque de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial,

Que se considera importante desarrollar un Manual de Acreditación dirigido a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad que permita la articulación de ellas con los diferentes actores y con las redes de prestación de servicios para la contribución al desarrollo del sistema de salud basado en la atención primaria en salud, garantizando mayor accesibilidad, equidad, eficiencia, calidad técnica y satisfacción del usuario.

Que de conformidad con el artículo 4 de la Resolución 6055 de 2016, el Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud, en sesión del 27 de marzo de 2019, recomendó al Ministerio de Salud y Protección Social, la elaboración del Manual de Estándares de Acreditación en Salud, para las instituciones que oferten servicios de baja complejidad en Colombia.

Que, con base en lo anterior y teniendo en cuenta la evolución de las mejores prácticas, la aplicación de metodologías basadas en la evidencia científica, la evaluación de los estándares existentes a partir de su articulación de la Política de Calidad en Salud del País, el reflejo de la calidad superior y el cumplimiento de los principios de la Sociedad Internacional para la Calidad en Cuidado de la Salud –ISQua- para estándares se considera necesario adoptar el *“Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”*.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Adopción del manual. Adoptar el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”, el cual hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo. El “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0” se publicará en el Repositorio Institucional Digital (RID) del portal web del Ministerio de Salud y Protección Social en la dirección electrónica:

Artículo 2. Evaluación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad, que deseen acreditarse. El ente acreditador que se encuentre inscrito en el Registro Especial de Acreditadores en Salud evaluará la calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios con énfasis en baja complejidad, que deseen acreditarse, en el marco del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud, con el manual que aquí se adopta.

Artículo 3. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

ANEXO TÉCNICO

Contenido

1.	Índice de estándares.....	4
2.	Objeto y campo de aplicación.....	5
3.	Requisitos de puerta de entrada	5
4.	Glosario.....	6
5.	Explicación de la estructura del manual y el orden de los estándares.....	9
5.1	Grupos de estándares.....	9
5.2	Intencionalidad	11
5.3	Estándares y criterios.....	11
5.4	Estándar de mejoramiento del grupo de estándares	12
6.	Modelo evaluativo	12
7.	Estándares de acreditación.....	12
7.1.	Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial.....	13
	Derechos de los pacientes	16
	Seguridad del paciente	18
	Acceso	20
	Registro e ingreso.....	24
	Evaluación de necesidades al ingreso	26
	Planeación de la atención.....	28
	PROCESO DE ATENCIÓN	39
	Ejecución del Tratamiento	39
	Evaluación de la Atención	43
	Salida y Seguimiento	45
	Referencia y Contrarreferencia.....	46
	Entrega de Resultados	48
	Retroalimentación por parte del paciente	49
	Sedes integradas en red.....	49
7.2.	Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo Gerencial a los Procesos Asistenciales	52
7.2.1.	Grupo de Estándares de Direccionamiento.....	52
7.2.2.	Grupo de Estándares de Gerencia.....	60
7.2.3.	Grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano.....	68
7.2.4.	Grupo de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico	78
7.2.5.	Grupo de Estándares de Gestión de Tecnología	85
7.2.6.	Grupo de Estándares de Gerencia de la Información	91
8.	Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad.....	98
9.	Contexto Normativo	101

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

1. Índice de estándares

GRUPO DE ESTANDARES		CODIGO	NUMERAL CONSECUTIVO
PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	DERECHOS DE LOS PACIENTES	AsDP	1-5
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	AsSP	6-10
	ACCESO	AsAc	11-21
	REGISTRO E INGRESO	AsREG	22-25
	EVALUACIÓN NECESIDADES AL INGRESO	AsEV	26-30
	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	AsPL	31-49
	PROCESO DE ATENCIÓN	50-63	
	EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	AsEJ	50-57
	EVALUACION DE LA ATENCIÓN	AsEV	58-61
	SALIDA Y SEGUIMIENTO	AsSAL	62-63
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	AsREF	64
	ENTREGA DE RESULTADOS	AsER	65
	RETROALIMENTACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE	AsRP	66
	SEDES INTEGRADAS EN RED	AsSIR	67-75
	MEJORAMIENTO CONTINUO	AsMCC	76
APOYO ADMINISTRATIVO GERENCIAL A LOS PROCESOS ASISTENCIALES	DIRECCIONAMIENTO	DIR	77-94
	MEJORAMIENTO CONTINUO	DIRMCC	95
	GERENCIA	GER	96-115
	MEJORAMIENTO CONTINUO	GERMCC	116
	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	TH	117-136
	MEJORAMIENTO CONTINUO	THMCC	137
	GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	GAF	138-150
	MEJORAMIENTO CONTINUO	GAFMCC	151
	GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	GT	152-161
	MEJORAMIENTO CONTINUO	GTMCC	162
	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	GI	163-179
	MEJORAMIENTO CONTINUO	GIMCC	180
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	MCC	181-185

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

2. Objeto y campo de aplicación

El manual de estándares de acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad, tiene como propósito mejorar la calidad en la atención primaria en salud, incluyendo estándares con enfoque territorial y comunitario con el fin de responder a las prioridades de los eventos de salud con características y particularidades de la población y del territorio, contemplando las estrategias de atención primaria en salud, gestión del riesgo, cuidado de la salud y enfoque diferencial. Con el cumplimiento de estándares superiores de calidad se busca asegurar que la atención y resultados finales sean confiables, pertinentes y oportunos.

Adicionalmente, uno de los objetivos de este manual es la inclusión de estándares clave que tienen alcance a aspectos técnicos de la prestación de servicios en las diferentes modalidades, tales como la telemedicina y atenciones extramurales domiciliarias, jornadas de salud y en unidades móviles, así como el uso pruebas diagnósticas rápidas, la articulación de redes de servicios, credenciales y prerrogativas para los profesionales de la salud que atienden en regiones apartadas, la articulación con las guías de manejo clínico y aspectos conceptuales relevantes establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con estrategias de atención en salud en el marco legal establecido para las redes de prestación de servicios y especialmente las rutas integrales de atención en salud, en la medida que sean aplicables.

El "Manual de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad" aplica a las Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que brindan atención primaria en salud con enfoque territorial y poblacional, y que deseen acreditarse. Cuando estas instituciones presten servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, tales como laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y habilitación y rehabilitación integral, deberán cumplir además con los estándares y criterios de los manuales de acreditación específicos para estos servicios.

En el caso de las Instituciones que oferten únicamente servicios de laboratorio clínico o imágenes diagnósticas o habilitación / rehabilitación integral les aplicará el manual de estándares de acreditación específico, según corresponda. Así mismo las IPS que brinden atención ambulatoria u hospitalaria con servicios de baja, mediana y alta complejidad les aplicará los estándares contenidos en el Manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario.

3. Requisitos de puerta de entrada

Los estándares del Sistema Único de Acreditación parten de la existencia de condiciones básicas que permiten evidenciar los niveles superiores de calidad. Sin el cumplimiento de estos requisitos no es posible que una institución inicie el ciclo de aplicación para el otorgamiento de la acreditación.

Estos requisitos son definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Sistema Único de Acreditación, acorde con las recomendaciones generadas por el Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación en Salud, de tal forma que las instituciones que opten por la acreditación en salud, primero cumplan los pasos definidos en el ciclo de preparación para la acreditación y de esta forma aplicar al proceso formal de acreditación logrando el otorgamiento de la misma.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

4. Glosario

Para la aplicación del presente Manual de estándares de acreditación en salud, se tendrán en cuenta los siguientes conceptos:

Concepto	Definición
1. Aprendizaje organizacional	Capacidad de aprendizaje en las organizaciones sobre la propia experiencia colectiva y su transformación como fuente de ventaja competitiva a partir del reconocimiento de que todas las prácticas organizacionales son susceptibles de mejora y que se puede aprender tanto de los fracasos como de los éxitos. El aprendizaje organizacional incluye el análisis interno y externo, la elaboración o adopción de estándares, la comparación entre la calidad observada y la esperada, el cierre continuo de brechas en la calidad y la gestión del conocimiento que contribuya a innovar permanentemente, agregar valor a las partes interesadas, rendir cuentas de las actuaciones y realizar ciclos de mejoramiento continuo.
2. Cierre de ciclo	Es la verificación de la implementación y el cumplimiento de las acciones de mejora generadas por un proceso evaluativo y el análisis del impacto de dichas acciones; permite entender el cierre de brechas entre la calidad esperada y la calidad observada y promueve el aprendizaje organizacional. Es la base para el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento.
3. Clima laboral	Conjunto de cualidades, comportamientos, atributos y propiedades relativamente permanentes de un ambiente de trabajo concreto, que depende principalmente de las relaciones interpersonales que son percibidas, sentidas y vividas por las personas y que influyen en su motivación, actitud frente al trabajo, desempeño y resultados. El clima laboral debe ser objeto de medición periódica y de mejoramiento continuo.
4. Clima Organizacional	Es el conjunto de percepciones, sentimientos e ideas compartidas por los miembros de una organización en relación con las políticas, prácticas, procedimientos formales e informales, ambiente interno y externo, relaciones con las partes interesadas, características de la toma de decisiones y comportamiento general de la institución; el clima organizacional se relaciona con la visión sistémica, la alineación en torno a los objetivos y el sentido de pertenencia de todos los miembros de la organización.
5. Confidencialidad	Derecho de las instituciones a que no se revele información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, incluye los conocimientos técnicos y administrativos propios de sus procesos y de las sedes integradas en red. Tiene alcance hasta el personal médico y profesionales tratantes, respecto de no revelar información confiada por el paciente y su familia, como consecuencia de una relación de confianza en el acto médico, asegurando el respeto a la dignidad e intimidad de la persona y resguardando el secreto profesional.
6. Control de calidad	Conjunto de medidas diseñadas para asegurar y verificar la calidad de los productos y servicios, en las diferentes fases de los procesos de atención en salud, mediante el análisis de la estructura, el proceso y los resultados, que rinde cuentas a las partes interesadas.
7. Complejidad de los servicios de salud	Es la cualidad de los servicios de salud que depende de las condiciones de salud que se atiendan o prevén atender, la formación del talento humano en salud y las características de las tecnologías en salud que se requieran. Los servicios se clasifican en baja o mediana o alta complejidad.
8. Credenciales	Evidencia de los requisitos formales y la capacidad para prestar servicios de salud en Colombia que incluye lo exigido en la normatividad específica de profesiones y ocupaciones y lo estipulado adicionalmente en el Sistema Único de Habilitación y la regulación del <i>Talento Humano en Salud</i> . Incluye las competencias, habilidades y experticia para realizar procedimientos, con disminución de la probabilidad de que se produzcan eventos adversos.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Concepto	Definición
9. Cultura Organizacional	Conjunto de valores, creencias y maneras de hacer las cosas, que se producen como resultado de la interacción y del comportamiento de los miembros de una organización con sus componentes formales (direccionamiento estratégico, estructura, procedimientos, etc.) sus componentes informales, los medios y el estilo de comunicación y su relación con el medio ambiente. La cultura es aquello que caracteriza a una organización y la hace singular y diferente de otra, se expresa en sus actos, costumbres, lenguaje, liderazgo y comunicación. La cultura se modifica a lo largo del tiempo y puede ser objeto de direccionamiento, gerencia, evaluación y mejoramiento.
10. Educación	Proceso estructurado de instrucción que la organización ejecuta para lograr el desarrollo de competencias en los colaboradores, pacientes, familias y diferentes grupos de interés, para el alcance de objetivos institucionales, profesionales y personales.
11. Efectividad Clínica	Grado en el que una intervención específica, un procedimiento o servicio, logra lo que se espera de él en circunstancias ordinarias de aplicación. Específicamente evalúa el balance riesgo - beneficio de una intervención en un entorno clínico estándar y en el marco de la gestión clínica, utilizando medidas de desenlace clínico y resultados significativos para el paciente (por ej. AVISAS, AVPP, esperanza de vida prolongada, reintegración ocupacional a la vida diaria, GRD, GRC, entre otros).
12. Equipos de autoevaluación y Mejoramiento	Equipos conformados por las instituciones conforme a su tamaño, estructura y necesidades, con el fin de responder por la implementación de los grupos de estándares de acreditación y mejoramiento de la calidad. Se caracterizan por su interdisciplinariedad y complementariedad, promover el trabajo en equipo y establecer mecanismos de comunicación efectiva. Son responsables de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación correspondientes y del mejoramiento de los procesos.
13. Gestión Clínica	Conjunto de procesos administrativos y asistenciales, ordenados, articulados y sistemáticos, para la atención adecuada, eficiente, efectiva y oportuna de los pacientes. Ésta gestión se soporta en la mejor evidencia científica y lineamientos de los comités institucionales. En los procesos de atención participa un equipo interdisciplinario con roles y responsabilidades claramente definidas, quienes, con base en la correlación clínico-diagnóstica, toman decisiones colegiadas y ordenan las actuaciones pertinentes, buscando el mejor resultado para el paciente. Las áreas administrativas y de apoyo contribuyen a la gestión clínica al garantizar la suficiencia de recursos, la verificación de derechos y coberturas de los pacientes y al facilitar los procesos necesarios para brindar la mejor atención posible. De las acciones y decisiones tomadas queda registro en la historia clínica y formatos anexos, incluida la epicrisis, referencia y contrarreferencia, así como el balance y análisis de la efectividad clínica y los avances en la medición de resultados y mejores desenlaces en el paciente.
14. Gestión del conocimiento	Proceso sistemático y sistémico a través del cual se administra la generación, transformación, uso y transferencia del conocimiento con el objetivo de crear una cultura fundamentada en el aprendizaje organizacional, la generación de valor agregado para la sociedad y la ventaja competitiva para las organizaciones y las personas.
15. Gobernanza en Salud	Proceso de toma de decisiones conducente a la consecución de objetivos sociales compartidos, en dicho proceso se contempla la 'transparencia' en la toma de decisiones ligadas a los sistemas de salud y la 'participación' de las comunidades.
16. Gobierno clínico	Hace referencia a la gestión clínica bajo la responsabilidad de los equipos y las organizaciones con el fin de enlazar los diferentes aspectos de la calidad: efectividad clínica, reducción de errores, gestión del riesgo, práctica basada en la evidencia, auditoría de los parámetros que definen la calidad y retroalimentación, formación continuada de los profesionales y participación del paciente.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Concepto	Definición
17. Institución Prestadora de Servicios de Salud	Entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y se encuentran inscritas y con servicios de salud habilitados de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
18. Modalidades de Prestación de servicios de salud	Hacen referencia a la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares. La modalidad Intramural incluye atenciones ambulatorias y hospitalarias, la extramural Incluye atenciones en unidades móviles, domiciliarias y en jornadas de salud y la modalidad de Telemedicina.
19. Prerrogativa	Funciones que se otorgan a los profesionales de la salud, de acuerdo con las credenciales y competencias demostradas a partir de la experiencia, la educación continua, el entrenamiento, la actualización y la verificación de la idoneidad; estas son concedidas por una instancia autorizada al interior de la organización bajo reglamentos, manuales o estatutos claramente establecidos. Las prerrogativas autorizan al profesional para prestar un servicio o procedimiento específico y definen las condiciones y limitaciones para su realización.
20. Programa de Farmacovigilancia	Tiene como objetivo principal realizar vigilancia a los medicamentos luego que estos están siendo comercializados para determinar la seguridad de los mismos, cuenta con diferentes actores los cuales van desde los pacientes o sus familiares, pasando por el médico tratante, las clínicas y hospitales, las secretarías de salud hasta los laboratorios farmacéuticos. Es el pilar fundamental para determinar el perfil de seguridad de los medicamentos que son comercializados, de esta forma se pueden detectar entre otras; reacciones adversas, usos inapropiados, complicaciones no detectadas durante la etapa de investigación de los medicamentos.
21. Programa de Reactivovigilancia	Conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y cualificación de efectos indeseados ocasionados por defectos en la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo o características que puedan estar relacionadas con estos. El Programa Nacional de Reactivovigilancia se basará en la notificación, registro y evaluación sistemática de los problemas relacionados con reactivos de diagnóstico in vitro, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición.
22. Programa de Tecnovigilancia	Sistema de vigilancia postmercado, constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo.
23. Referenciación comparativa	Estrategia de gestión del conocimiento que tiene por objeto aportar información útil para la gestión de las instituciones, identificar áreas de mejora, aumentar el grado de conocimiento sobre los resultados y conocer experiencias exitosas que puedan ser adaptadas y adoptadas a la realidad de cada institución, permitiendo acelerar el proceso de mejoramiento. Forma parte integral del proceso de acreditación, debe contar con un plan específico y puede ser externa e interna.
24. Rendición de cuentas	Es una práctica social de interlocución entre el gobierno de una organización, partes interesadas y la comunidad en general, con la finalidad de presentar los resultados de la operación y la gestión institucional en forma transparente y precisa para generar confianza entre los usuarios, proveedores y la propia organización, así como fortalecer el ejercicio del control social a la administración institucional.
25. Servicios de baja complejidad	Son aquellos servicios habilitados por un prestador que se encuentran en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud- REPS, identificados en baja complejidad.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Concepto	Definición
26. Telemedicina	Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.
27. Telesalud.	Es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.

5. Explicación de la estructura del manual y el orden de los estándares

Los estándares responden a niveles de desempeño y se encuentran ordenados en secciones:

- Sección del grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial.
- Sección de los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial a los procesos asistenciales.
- Sección de los estándares de mejoramiento de la calidad.
-

Los estándares no incluyen, dentro de su redacción o nivel de compromiso, ninguna norma legal. Lo anterior quiere decir que todos los estándares, así como aquellos que tengan criterios, establecen un nivel de exigencia superior al de los requerimientos legales, ya sea del Sistema General de Seguridad Social en Salud o de otro sistema diferente.

5.1. Grupos de estándares

Los estándares se encuentran ordenados en tres secciones, las cuales contienen:

Primera sección: Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial

Esta sección está diseñada de acuerdo con el proceso de atención genérico de un paciente en una institución con énfasis en servicios de baja complejidad. Está compuesta por los subgrupos de estándares:

- a. Derechos de los pacientes
- b. Seguridad del paciente
- c. Acceso
- d. Registro e ingreso
- e. Evaluación de necesidades del paciente al ingreso
- f. Planeación de la atención
- g. Proceso de atención que incluye:
 - Ejecución del tratamiento
 - Evaluación de la atención
 - Salida y Seguimiento.
- h. Referencia y contrarreferencia que incluye:
- i. Proceso de entrega de resultados
- j. Proceso de retroalimentación por parte del paciente

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

k. Sedes Integradas en Red

Finaliza con el subgrupo Sedes Integradas en Red, subgrupo que está dirigido 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. El subgrupo incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud.

Segunda sección: Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial a los procesos asistenciales

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

- a. **Direccionamiento:** es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso estratégico y el papel de los órganos de gobierno de la organización.
- b. **Gerencia:** corresponde a los procedimientos y actividades de gobierno institucional frente a los diferentes procesos, áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
- c. **Gerencia del Talento Humano:** se enfoca en la gestión integral del talento humano, y su proceso de mejoramiento continuo, desde su planeación hasta su retiro.
- d. **Gerencia del Ambiente Físico:** incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.
- e. **Gestión de Tecnología:** se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.
- f. **Gerencia de la Información:** se enfoca en la integración de todos los procesos misionales y administrativos en relación con la información asistencial y administrativa, su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización y los procesos de comunicación.

Tercera sección: Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad

Esta sección contiene los cinco estándares de mejoramiento de la calidad que aplican a todos los procesos evaluados tanto en los estándares asistenciales como en los de apoyo.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Gráfica No.1 Conceptualización gráfica de los grupos de los estándares



5.2. Intencionalidad

Cada grupo de estándares va precedido por un prólogo, que tiene la finalidad de presentar explícitamente la intencionalidad con la cual ha sido diseñado. Esto con el propósito de orientar a la institución en su autoevaluación y definir de manera explícita el campo de evaluación por parte del evaluador de acreditación durante el ciclo de aplicación, para la obtención de la certificación de la acreditación en salud.

5.3. Estándares y criterios

Cada estándar se encuentra con una numeración que identifica la posición del estándar en el manual; a continuación, se encuentra un código que establece en cuál grupo o subgrupo de estándares se encuentra ubicado, lo que permite identificar estándares similares entre diferentes manuales. La evaluación del desempeño organizacional para el otorgamiento de la acreditación se hace en función del estándar.

Algunos estándares incluyen unos *criterios*, los cuales hacen referencia a condiciones particulares que deben ser tenidas en cuenta por la organización para determinar que cumple con lo requerido, de acuerdo con la intencionalidad de cada estándar. En otras palabras, cumple la función de “no se le olvide”.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

5.4. Estándar de mejoramiento del grupo de estándares

Al final de cada grupo de estándares, se presenta un estándar de mejoramiento que tiene como finalidad evaluar en qué medida los requisitos establecidos por los estándares del grupo de mejoramiento se operativizan en los procesos evaluados por el grupo específico.

6. Modelo evaluativo

Los estándares de este manual han sido diseñados para que puedan ser evaluados por medio de un proceso con las siguientes características:

- a. Evaluación orientada a resultados centrados en el paciente/cliente, que evidencia la medida en que la institución los obtiene a través de su desempeño, centrándose solamente en los procesos o estructuras con alta correlación con el resultado.
- b. La metodología evalúa en las instituciones la manera como han implementado sus procesos para el cumplimiento de los estándares, respetando su autonomía para elegir la manera más adecuada según sus condiciones específicas. El evaluador se debe concentrar en el "qué", dejando el "cómo" a las instituciones.
- c. El método principal para la búsqueda de la evidencia es la metodología basada en el seguimiento a pacientes trazadores, a través de la cual se evalúa el ciclo de atención de un usuario en los servicios de salud y el desempeño organizacional, que debe ocupar la mayor parte del tiempo de evaluación o autoevaluación. En el tiempo restante, igualmente se pueden continuar empleando las técnicas de verificación actuales: reunión con los equipos, revisión de la documentación, recorrido por las instalaciones y entrevista con usuarios y colaboradores.
- d. Se evalúa la calidad en un marco multidimensional, la dimensión técnica y la interpersonal de la atención, y cuentan los elementos técnicos, científicos, administrativos y humanos.
- e. Los estándares tienen elementos cuantificables para evaluar su cumplimiento, estos obedecen a los criterios definidos y su declaración de intenciones a los cuales se les asignará una puntuación durante el proceso de evaluación por el ente acreditador. Los elementos medibles corresponde al listado que lleva al cumplimiento del estándar. El objetivo de los elementos medibles es proporcionar mayor claridad a las instituciones en la comprensión del estándar y en las estrategias y mecanismos a implementar para su cumplimiento.

7. Estándares de acreditación

Contenidos de los estándares de acreditación

1. Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial
2. Grupos de estándares de apoyo Administrativo-Gerencial a los procesos asistenciales:
 - a. Grupo de estándares de direccionamiento
 - b. Grupo de estándares de gerencia
 - c. Grupo de estándares de gerencia del talento humano
 - d. Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico
 - e. Grupo de estándares de gestión de tecnología
 - f. Grupo de estándares de gerencia de la información
3. Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

7.1. Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial

Estándares 1 al 76

- a. Derechos de los pacientes
- b. Seguridad del paciente
- c. Acceso
- d. Registro e ingreso
- e. Evaluación de necesidades al ingreso
- f. Planeación de la atención
- g. Proceso de atención que incluye:
 - Ejecución del tratamiento
 - Evaluación de la atención
 - Salida y Seguimiento.
- h. Referencia y contrarreferencia que incluye:
- i. Proceso de entrega de resultados
- j. Proceso de retroalimentación por parte del paciente
- k. Sedes Integradas en Red

Intencionalidad del Grupo de Estándares Asistenciales (As)

El resultado que se espera cuando una institución cumple los estándares de este grupo, a partir de un enfoque de atención centrada en el usuario, gestión clínica segura, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, humanización de servicios, responsabilidad social y transformación cultural, es:

- i. Que durante su atención, a los pacientes les sean respetados los derechos (a la información, a aceptar o rechazar la participación en investigaciones, a la intimidad y confidencialidad, a su buen nombre, a las decisiones sobre su cuerpo, a la dignidad y el respeto por sus creencias, costumbres y valores, a la libertad, entre otros) y se les expliquen; que conozcan cuáles son los deberes que tiene en su condición de usuarios, que se promueva el respeto y el cumplimiento de estos deberes y existan mecanismos explícitos para solucionar controversias alrededor de dichas definiciones. Para el efecto, la institución debe diseñar o adoptar tanto los derechos como los deberes (de conformidad con pautas reconocidas nacional e internacionalmente), darlos a conocer a los colaboradores y los usuarios externo (incluye las estrategias para que los pacientes, sus familias, o apoderados, los entiendan), desplegarlos en los procesos y evaluar el respeto hacia ellos.
- ii. Que la atención del paciente y su familia se realice de manera congruente con las características socioculturales individuales y acorde con sus necesidades y expectativas sobre la atención. Para tal efecto, la institución debe contar con procesos para identificar y evaluar las características socioculturales poblacionales e individuales del paciente y su familia o apoderado teniendo en cuenta los determinantes sociales, entre otros, así como las necesidades del paciente al momento de su ingreso, y documentarlas para que el equipo de salud responsable de su atención las conozca y actúe en consecuencia. Esto incluye la evaluación de las necesidades educativas del paciente de acuerdo con los riesgos identificados, la evaluación del conocimiento, las expectativas, necesidades de información y educación tanto del paciente como de su familia o apoderado sobre su enfermedad y tratamiento así como la calificación del equipo de salud responsable del paciente para identificar y responder a las necesidades y expectativas, teniendo en cuenta necesidades relacionadas con: prevención de enfermedades, promoción y mantenimiento de la salud e identificación de la necesidad de aislamiento del paciente.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

- iii. Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones y necesidades específicas de salud, sin discriminación, con oportunidad y sin interrupciones. Para lograr esto la institución debe contar con procesos para planear la atención, el cuidado y el tratamiento de cada paciente de manera coordinada, integrada y complementaria entre los diferentes servicios y sedes, personas o elementos clave de la atención (inter o intrainstitucional) frente a las necesidades del paciente y su familia o apoderado.

La organización debe diseñar los ciclos de atención teniendo en cuenta:

- a. Los grupos de riesgo poblacional e individual.
- b. Los determinantes sociales.
- c. Acciones de promoción y mantenimiento de la salud.
- d. Los equipos interdisciplinarios de salud.
- e. La tecnología.
- f. Las interfaces entre los procesos que los componen.
- g. Las rutas de atención de pacientes cuando se trate de redes y/o varios puntos de atención.
- h. Estrategias para eliminar las barreras en el acceso.
- i. Tiempos de atención para el acceso y la asignación de citas.
- j. La información que se debe brindar para orientar a los pacientes durante los ciclos de atención.
- k. El desarrollo de estrategias para la difusión y el despliegue de ciclos, rutas, interfases, mecanismos de información al paciente y su familia, acompañante y/o cuidador, así como los tiempos de espera.
- l. Estrategias de medición y evaluación de los propósitos descritos.

Para lograr esto la organización debe contar con procesos para planear la atención, el cuidado y el tratamiento de cada paciente. Esta planeación debe estar basada en la mejor evidencia disponible y definir las acciones de diagnóstico y tratamiento y las acciones de implementación, desarrollo y seguimiento del plan, así como el consentimiento informado sobre el plan de cuidado y tratamiento.

Para apoyar las evidencias del cumplimiento de los estándares en las acciones de diagnóstico y complementación terapéutica, se deben aplicar los manuales de estándares de acreditación expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social que correspondan con los servicios ofertados por la institución. (Ej. Laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y habilitación y rehabilitación).

- iv. Que se evalúe la implementación del proceso de atención para que el paciente obtenga los resultados esperados de la atención. Para esto, la organización debe contar con la lectura de la percepción del paciente y su familia, acompañante y/o cuidador sobre la atención recibida, la retroalimentación y el ajuste de los procesos y la monitorización centralizada en caso de actuación en red.
- v. Qué el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan de cuidados posterior al egreso o salida.
- vi. o salida, para esto la institución debe contar con procesos de egreso o salida y seguimiento posterior brindándole información relacionada con: plan de cuidados que garantice la continuidad de la atención, remisión si se requiere, resumen de las atenciones, reporte de exámenes y pruebas diagnósticas realizadas, indicaciones para la continuidad del tratamiento, información del plan de cuidados y signos de alarma al paciente y su familia, acompañante y/o cuidador y programación de controles, si lo requiere.
- vii. Qué el paciente que requiere ser referido se le garanticen las condiciones definidas por la institución para la continuidad de la atención en el lugar de referencia y si es necesario, el regreso a la institución. Para tal caso, la organización cuenta con procesos generales para definir y aplicar criterios de referencia y condiciones de traslado del paciente, para brindar la información clínica y administrativa al

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

paciente y para que el profesional remitente conozca los resultados y lo registre en la historia clínica. Igualmente, cuenta con procesos específicos para remisión a otros servicios complementarios de apoyo diagnóstico, consulta externa general y especializada, internación, urgencias, quirúrgicos, a provisión de medicamentos, a rutas de atención de promoción y mantenimiento de la salud. Cuando la institución se comporte como la entidad receptora, tiene procesos para informar sobre la atención del paciente a la institución o profesional referente.

- viii. Que el paciente se beneficie de las acciones de mejoramiento del proceso de atención y que evalúe su gobierno clínico. Para esto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de manera sistemática, con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.
- ix. Los estándares desarrollan la idea de qué debe ser realizado, de cara al usuario, en los diferentes pasos y actividades que son objeto de la institución.

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN - NO CIRCULAR

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Derechos de los pacientes

Estándar 1. Código: (AsDP1)

5

4

3

2

1

NA

La institución cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de dicha declaración y cuenta con herramientas para evaluar que éstos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos o sus familiares, acompañante y/o cuidador –cuando aplique - conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.

Criterios:

1. Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (menores de edad, adultos mayores, discapacidad que limita la autonomía, etc.), la institución debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un familiar, acompañante y/o cuidador con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros, lenguas indígenas o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).
2. La institución garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, nacionalidad, valores, creencias, lengua, religión, grupo étnico, opinión política o filosófica, preferencias sexuales o condición médica.
3. La institución garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y su familia, acompañante y/o cuidador en el proceso de atención, incluyendo el reconocimiento de sus responsabilidades.
4. La institución establece actividades de promoción, divulgación y apropiación de los deberes y los derechos, evalúa y adopta correctivos frente a los casos en los que estos son vulnerados.
5. La institución cuenta con diferentes canales de comunicación donde se brinde información acerca de los derechos y deberes de los pacientes de manera que se logre una mayor cobertura.
6. La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.
7. Toda investigación que involucre la participación de usuarios, pacientes y familias de manera individual y/o colectiva amerita de un comité de ética de la investigación y aval por el comité de investigaciones; debe garantizarse la aprobación y evaluación formalmente mediante acta.
8. La negativa a participar en investigación por parte del usuario no puede ser barrera para una atención en salud acorde con su patología.
9. La institución respeta la voluntad y autonomía del usuario.

Estándar 2. Código: (AsDP2)

5

4

3

2

1

NA

La institución es responsable de desarrollar e implementar estrategias que respalden los derechos de los pacientes y las familias, acompañantes y/o cuidadores durante la atención.

Criterios:

1. La institución busca reducir las barreras: lingüísticas, culturales y de otro tipo para acceder y brindar servicios.
2. La institución brinda atención respetuosa con la dignidad de la persona, los valores personales y las creencias del paciente, incluyendo el respeto por el fallecido.
3. Se respetan y protegen los derechos del paciente y las familias, acompañantes y/o cuidadores a la privacidad y confidencialidad de la atención y la información,
4. Se busca evitar la agresión verbal y física.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

5. La institución desarrolla estrategias para la atención especial dirigida a la población vulnerable la cual ha sido previamente reconocida.

Estándar 3. Código: (AsDP3)

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ NA ☐

La institución que realiza o participa en proyectos de investigación con sus usuarios o personal, garantiza que los grupos de investigación (propios o en colaboración) estén reconocidos y calificados por el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Para el cumplimiento de sus funciones, debe garantizar lo siguiente:

Criterios:

1. La información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios individuales, poblacionales y riesgos.
2. Un comité que analice y avale los proyectos de investigación en los que participa la institución.
3. Toda investigación o participación en investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe contarse con la decisión mediante acta firmada por los integrantes del comité.
4. Registro de consentimiento informado para participar en la investigación, de acuerdo con la reglamentación nacional vigente aplicable.
5. El análisis y gestión de los eventos adversos asociados a los estudios de investigación.
6. Las competencias técnicas y científicas del personal que hace parte del equipo de investigación.
7. Los principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas.

Estándar 4. Código: (AsDP4)

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ NA ☐

La institución cuenta con un código de ética, código de buen gobierno y para entidades públicas código de integridad, articulados con el direccionamiento estratégico. El personal de la institución conoce el contenido de los códigos y se cuenta con herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento, se revisan y se actualizan cuando es necesario.

Criterios:

1. El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.
2. El código de ética debe incluir estrategias de difusión y mecanismos de verificación de la comprensión de los códigos existentes, para el personal de la institución.
3. El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.
4. Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención de los pacientes.

Estándar 5. Código: (AsDP5)

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ NA ☐

La institución asegura que para todos los usuarios atendidos, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados o a través de proveedores de servicios o terceros.

Criterios:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 1. Si la institución presta servicios contratados con terceros, cuenta con mecanismos para asegurar que la atención prestada por diferentes instituciones o personas se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o servicios prestados según la modalidad ofertada.
- 2. Si la institución tiene responsabilidades en la atención de grupos poblacionales o contrata servicios con terceros, cuenta con mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación.

Seguridad del paciente

Estándar 6. Código: (AsSP1)

5 4 3 2 1 NA

La institución tiene formulada, implementada y evaluada la política de Seguridad del paciente. Las estrategias definidas contemplan un modelo ampliado de gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente para el cual se garantiza su despliegue en toda la institución mediante:

Criterios:

- 1. Una estructura funcional para la seguridad del paciente.
- 2. La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de incidentes, eventos, la identificación de riesgos en los procesos de atención y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.
- 3. Gestión de incidentes, eventos adversos, análisis y tratamiento de datos, identificación de tendencias y oportunidades detectadas hacia la mejora y el desempeño superior.
- 4. Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes, familiares, acompañantes y/o cuidadores, cuando se requiera.

Estándar 7. Código: (AsSP2)

5 4 3 2 1 NA

La Política de seguridad del paciente se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de seguridad que defina las herramientas y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:

Criterios:

- 1. La estandarización de un sistema de búsqueda de riesgos, fallas, y eventos adversos, la investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, contar con una estrategia para mitigar sus consecuencias.
- 2. La institución identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.
- 3. A partir de los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad se definen acciones para el mejoramiento de los factores críticos que inciden en la transformación del clima de seguridad.
- 4. Implementa mecanismos para participar voluntariamente en referenciación externa logrando a través de ella oportunidades de mejora y aprendizaje institucional.

Estándar 8. Código: (AsSP3)

5 4 3 2 1 NA

La institución implementa las recomendaciones adicionales a las exigidas como mínimas que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud de Colombia: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad, cuando aplique

Criterios:

- 1. Procesos institucionales seguros:
 - a. Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.
 - b. Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.
 - c. Estandarización de procedimientos de atención.
 - d. La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente
 - e. Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.
 - f. Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.
- 2. Procesos Asistenciales seguros:
 - a. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
 - b. Prevenir las complicaciones anestésicas.
 - c. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.
 - d. Implementar equipos de respuesta rápida.
 - e. Reducir el riesgo de atención en pacientes cardiovasculares
 - f. Reducir el riesgo de atención del paciente crítico.
 - g. Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.
 - h. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
 - i. Prevención de malnutrición o desnutrición
- 3. Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales:
 - a. Prevenir el cansancio del personal de salud.
 - b. Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.
- 4. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad:
 - a. Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.

Estándar 9 Código: (AsSP4)

5

4

3

2

1

NA

En la institución se notifican, analizan e investigan los riesgos poblacionales e individuales y se definen e implementan las acciones oportunas, eficientes y efectivas para prevenirlos.

Criterios:

- 1. La institución utiliza un sistema de notificación de riesgos, eventos adversos, incidentes y complicaciones, el cual permite contabilizarlos y analizarlos, diferenciando los riesgos poblacionales de los individuales.
- 2. La institución capacita y motiva a los profesionales en la notificación de riesgos, incidentes y eventos adversos.
- 3. La institución incorpora buenas prácticas para prevenir complicaciones, incidentes de seguridad y eventos adversos en el paciente.
- 4. Los riesgos poblacionales identificados son notificados a terceros con quienes se tienen alianzas o convenios y de manera articulada, cuando se requiere, se establecen estrategias para intervenirlos.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 10 Código: (AsSP5)

5

4

3

2

1

NA

La institución tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.

Criterios:

1. El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.
2. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo, e incluye:
 - a) Capacitación inicial y refuerzo periódico en los protocolos de higiene de manos a todo el personal de la institución independiente de su forma de vinculación.
 - b) Implementación de protocolos para la higiene de manos basados en la evidencia.
 - c) Evaluaciones periódicas del cumplimiento de los protocolos de higiene de manos, mediante observación directa.
 - d) Información de los resultados alcanzados en la evaluación del cumplimiento del protocolo a todo el personal implicado.
3. Utilización de los resultados para implementar mejoras en el proceso, cuando sea necesario. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.
4. El personal de la institución recibe inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones.
5. Las actividades relacionadas con el plan de prevención y control de infecciones involucran a la familia, acompañante y/o cuidador del paciente, con evidencia soportada de estrategias didácticas en educación al respecto.

Acceso

Estándar 11. Código: (AsAC1)

5

4

3

2

1

NA

La institución garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios y territorios. Se evalúan las posibles barreras del acceso, se implementan acciones para eliminarlas y se despliegan acciones de mejoramiento.

Criterios:

1. Se hace un análisis de barreras de acceso a la institución (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la institución hacia los diferentes servicios.
2. Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante.
3. Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario.
4. Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción.
5. La institución garantiza un proceso que incluye información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente.
6. Desde el acceso la institución brinda información a los terceros con quienes tiene alianzas o convenios para la prestación de los servicios, al usuario, familiar, acompañante y/o cuidador, acerca de los servicios ofertados y sus modalidades de prestación, con el fin de permitir el acceso a éstos, según las necesidades del usuario.

Estándar 12. Código: (AsAC2)

5

4

3

2

1

NA

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

La institución realiza un seguimiento de la demanda asistencial con el fin de poder optimizar su capacidad de respuesta.

Criterios:

- 1. Se dispone de información relativa a la frecuencia de uso de los servicios del prestador.
- 2. Se han identificado las circunstancias en las que se puede producir picos o alta concentración de demanda asistencial, así como los servicios en los que el impacto es mayor.
- 3. Se implementan medidas para poder anticipar o responder a las situaciones mencionadas anteriormente con el fin de mantener niveles de eficiencia y adecuación aceptables.
- 4. Se dispone de un mecanismo de evaluación de la eficacia de las anteriores medidas basadas en resultados objetivos.

Estándar 13. Código: (AsAC3)

5

4

3

2

1

NA

La institución informa a la comunidad sobre sus servicios y cómo obtener atención y evalúa a los pacientes para identificar si sus necesidades de atención en salud médica coinciden con la misión y los recursos de la organización.

Criterios:

- 1. La ruta de atención de los pacientes está diseñada para proporcionar una atención eficiente y un acceso uniforme en función de las necesidades del paciente.
- 2. La institución diseña y lleva a cabo procesos para proporcionar la continuidad de los servicios de atención al paciente y la coordinación entre los profesionales de la salud.
- 3. Se conoce la satisfacción de los usuarios respecto a la accesibilidad a los servicios de la institución y se definen las actuaciones necesarias para mantener la satisfacción en los niveles esperados o mejores.
- 4. La institución facilita una guía de información sobre los servicios que ofrece y su funcionamiento.
- 5. Las guías de información están accesibles a los usuarios a través de más de un canal de difusión.

Estándar 14. Código: (AsAC4)

5

4

3

2

1

NA

En caso de sedes integradas en red, se identifican los puntos de atención en salud y las rutas de atención. Se evalúan las barreras para el acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.

Criterio:

- 1. La atención de los pacientes está diseñada para proporcionar accesibilidad en la atención y tratamiento, permitiendo que se brinde la atención de manera uniforme, independiente de la sede donde se encuentre o remita el usuario.

Estándar 15. Código: (AsAC5)

5

4

3

2

1

NA

Existe estandarización del ciclo de atención del usuario desde que llega a la institución hasta su egreso o salida, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la institución; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.

Criterios:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

1. La institución brinda atención y tratamiento mediante procesos de atención uniformes a todos los pacientes.

Estándar 16. Código: (AsAC6)

5 4 3 2 1 NA

Cuando un usuario requiere una cita de consulta externa, la institución garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora.

Criterio

1. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.
2. La institución garantiza el derecho del usuario accediendo a programar la cita requerida con el profesional de salud de su preferencia, en su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acordes con las necesidades del usuario.

Estándar 17. Código: (AsAC7)

5 4 3 2 1 NA

La institución programa la atención de acuerdo con la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención, incluye:

Criterios:

1. El tiempo que se requiere para cada uno de los procesos de atención.
2. Evaluación periódica de la programación para verificar su cumplimiento
3. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 18. Código: (AsAC8)

5 4 3 2 1 NA

La institución define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios prestados, cuenta y dispone de información sobre las afectaciones en la programación de sus servicios y adopta medidas dirigidas a disminuirlas.

Criterios:

1. En caso de no atención a los usuarios, por cualquier motivo, la institución cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención.
2. La institución registra de una manera sistemática las afectaciones en la programación que se producen en sus servicios, analiza esta información para establecer tendencias, frecuencia, servicios más afectados, causas, entre otros.
3. La institución tiene definidos los siguientes indicadores y estándares para el acceso:
- a. Oportunidad para los determinados servicios con los que cuenta.
- b. Tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales, incluida la realización de procedimientos diagnósticos
- c. Demanda insatisfecha.
- d. Tiempos para la realización de interconsultas

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- e. Listas de espera para las patologías que lo ameritan
- 4. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas, implementa las medidas de mejora necesarias para disminuir las afectaciones en la programación y el impacto de estas.

Estándar 19. Código: (AsAC9)

5

4

3

2

1

NA

La institución garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta, la información que se brinde debe ser explícita en relación con la forma para acceder al mismo, incluye:

Criterios:

- 1. Una guía de información sobre el funcionamiento de la institución y su portafolio de servicios, indicando la manera de acceder a los mismos.
- 2. Canales de difusión de la información relacionada con los servicios que presta (web, publicaciones, folletos, entre otros.)
- 3. La institución evalúa la eficacia de la información que recibe el usuario.

Estándar 20. Código: (AsAC10)

5

4

3

2

1

NA

La institución define criterios medibles específicos, estrategias de seguimiento permanente y acciones de mejora, para, entre otros:

Criterios:

- 1. Oportunidad en la asignación de citas para atención en consulta externa, como para la realización de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- 2. Oportunidad de atención en el servicio de urgencias o consulta no programada (estrategia de consulta prioritaria), según aplique.
- 3. Oportunidad de respuesta para atención a través de las modalidades ofertadas, según aplique.
- 4. Cumplimiento de la oportunidad del traslado a los servicios de internación, de acuerdo con la condición clínica del paciente, cuando se oferten servicios de internación.
- 5. Oportunidad de atención en los servicios de apoyo diagnóstico que oferte.
- 6. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontrada

Estándar 21. Código: (AsAC11)

5

4

3

2

1

NA

Se tiene estandarizado el proceso de asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.

Criterios:

- 1. El sistema de asignación de citas podrá estar basado en diversas estrategias (call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, internet, etc.). La institución realiza mediciones de desempeño a los canales definidos para la asignación de las citas.
- 2. Se validan los derechos de los usuarios a recibir servicios en la institución.
- 3. Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios, modalidades, horarios de atención y localización geográfica, cuando se trate de atención en otras sedes o prestadores integrados en red.
- 4. Al momento de asignar la cita al usuario, se le informa fecha, hora, dirección y profesional asignado si aplica, así como la forma para cancelarla. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

5. La asignación de citas para atención en la modalidad de Telemedicina cuando se oferte, tiene en cuenta la oferta del servicio del prestador remitir y el prestador de referencia.
6. La institución tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia.
7. La institución garantiza que se entrega con anterioridad a la atención al usuario la información requerida para su atención. (incluye preparación para procedimientos cuando se requiera).
8. La institución tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios con solicitud de exámenes o procedimientos de apoyo diagnóstico y de aquellos que no requieran cita previa para su realización.
9. Los pacientes con patologías crónicas vinculados a programas específicos de atención en salud, cuentan con la asignación de las citas para los servicios requeridos en forma oportuna, garantizando la asistencia periódica definida en el programa.
10. Se definen mecanismos de seguimiento a pacientes que no asisten a citas programadas y se implementan correctivos según el análisis realizado.

Registro e ingreso

Estándar 22. Código: (AsREG1)

5 4 3 2 1 NA

La institución tiene estandarizado el proceso de registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.

Criterios:

1. Incluye información al usuario acerca de los aspectos concernientes a su registro, estancia y atención, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su atención.
2. Incluye el uso de controles de identificación redundante.
3. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:
 - a. Mecanismos redundantes de identificación del usuario.
 - b. Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud.
 - c. Definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso.
 - d. Priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios.
 - e. Priorización en la remisión de pacientes a los servicios definidos por la institución para dar continuidad a la atención, según los riesgos identificados.
4. Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario debe cumplir con el fin de que le sean realizados los procedimientos ordenados por el equipo de salud y se verifica que se cumpla con dicha preparación. Se informa al usuario que no esté adecuadamente preparado sobre los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, se apoyará por los profesionales y técnicos de la institución, en caso de presentarse alguna duda.
5. La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.
6. La institución cuenta con un proceso de asesoría para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los usuarios carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.
7. La institución monitoriza y hace gestión específica en relación con los tiempos para la atención en los diferentes servicios.
8. Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.
9. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 23. Código: (AsREG2)

5

4

3

2

1

NA

Se tiene estandarizada la información a entregar al usuario, familia, acompañante y/o cuidador en el momento de ingreso al servicio, respetando los principios de privacidad y confidencialidad.

Criterios:

1. La institución garantiza un proceso para proveer información al usuario, familia, acompañante y/o y su familia en los siguientes aspectos:
- a. Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.

b. Medidas de seguridad ante una posible emergencia, incluidos uso de alarmas y conducta ante una posible evacuación.

c. La institución garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni se atribuirá responsabilidad alguna al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.

d. Ubicación en la habitación y en el entorno

e. Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación.

f. Derechos, servicios adicionales o planes complementarios.

g. Tiempos de espera y la oportunidad de los servicios de apoyo diagnóstico

h. Causas de retraso y el tiempo máximo de espera

i. Medidas para involucrar al usuario, familia, acompañante y/o cuidador en los procesos de seguridad de la atención: información, reporte de situaciones anormales, ejemplos de situaciones de riesgo, etc.

j. Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.
2. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 24. Código: (AsREG3)

5

4

3

2

1

NA

La institución facilita el acceso y traslado del usuario, familia, acompañante y/o cuidador por sus instalaciones.

Criterios:

1. Existen una o más áreas ubicadas estratégicamente con personal dedicado a la orientación del usuario, familia, acompañante y/o cuidador (ubicación servicios, pacientes internados, entre otros)
2. Todos los servicios y ambientes de la institución están claramente identificados, incluyendo las vías de comunicación verticales y horizontales, categorización del acceso (restringido, semi-restringido, sin restricción).
3. El área de atención y orientación al usuario cuenta con un responsable y personal capacitado en la tarea asignada.
4. Tanto el responsable como el personal asignado a la tarea ha sido incluido en actividades de capacitación sobre atención al público.

Estándar 25. Código: (AsREG4)

5

4

3

2

1

NA

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

La institución en los servicios asistenciales cuenta con información documentada (guías, protocolos, entre otros), con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de procedimientos. Estas guías o protocolos son elaborados o adoptados de acuerdo con la mejor evidencia disponible y nivel de recomendación; se revisan y ajustan periódicamente y, se realiza seguimiento de su adherencia.

Criterios:

- 1. Estas guías, protocolos y demás información documentada se usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para ofrecer la información precisa y oportuna a los usuarios, familia, acompañante y/o cuidador.
- 2. La institución garantiza que estas guías, protocolos y demás información documentada es revisada periódicamente y cada actualización es conocida por el servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia.
- 3. Se garantiza que se deja constancia (física o dentro del sistema de información) sobre las instrucciones de preparación proporcionadas al usuario, familia, acompañante y/o cuidador.
- 4. Se generan acciones correctivas frente a las desviaciones encontradas.

Evaluación de necesidades al ingreso

Estándar 26. Código: (AsEV1)

5 4 3 2 1 NA

La institución tiene definido y estandarizado el proceso de identificación y evaluación de las necesidades de salud de los usuarios teniendo en cuenta los grupos de riesgo y determinantes sociales y da respuesta a las necesidades identificadas

Criterios:

- 1. El equipo de salud está preparado y realiza la identificación de necesidades de los pacientes de manera congruente con los aspectos culturales de la población objeto y los grupos de riesgo.
- 2. Se documenta en la Historia Clínica el alcance y la identificación de necesidades del usuario por cada servicio de la institución donde requiere ser atendido.
- 3. El equipo de salud realiza identificación de necesidades de los pacientes, se tiene en cuenta: necesidades físicas, nutricionales, psicológicas, educativas, de información frente a su patología, tratamiento, autocuidado, pronóstico, entre otras)
- 4. Se tienen definidos criterios para evaluar las necesidades de salud a poblaciones específicas. (ancianos, niños, adolescentes, gestantes, puérperas, inmunodeprimidos, pacientes con enfermedades infecciosas, pacientes con alteraciones en salud mental, etc.)
- 5. La evaluación del conocimiento, las expectativas y las necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye:
 - a. Preparación previa para la realización de procedimientos, cuando se realicen.
 - b. Conocimiento por el paciente del procedimiento a realizarse.
 - c. Entrega de resultados y proceso respectivo.
 - d. Posibles complicaciones, riesgos, beneficios, así como las alternativas asociadas con estudios que requieren de consentimiento informado.

Estándar 27. Código: (AsEV2)

5 4 3 2 1 NA

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

La institución tiene definido un proceso estandarizado de evaluación inicial para identificar las necesidades de atención de todos los pacientes.

Criterios:

1. El alcance y el contenido de las evaluaciones iniciales realizadas por diferentes disciplinas clínicas se define por escrito.
2. Los pacientes se someten a pruebas de estado nutricional, necesidades funcionales y otras necesidades especiales según lo indique su condición, y se derivan a evaluaciones adicionales y tratamiento cuando sea necesario.
3. Como parte del plan integral de cuidado que gestiona el equipo de salud, o por solicitud del paciente; se evalúa el manejo del dolor.
4. La institución cuenta con un proceso para identificar si el paciente requiere una evaluación adicional a las realizadas en la institución, el proceso incluye la gestión para la realización y continuidad en la atención.

Estándar 28. Código: (AsEV3)

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ NA ☐

La institución, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, los grupos poblacionales y los determinantes sociales asegura que se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la promoción y mantenimiento de la salud, se planifican las acciones pertinentes y se da respuesta a las necesidades identificadas y a las necesidades educativas de los usuarios, familia, acompañante y/o cuidador.

Criterios:

1. Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la promoción y mantenimiento de la salud de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones.
2. Se evalúa para cada usuario la necesidad de la promoción y mantenimiento de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la institución o con el sistema de salud.
3. La identificación de las prioridades de los eventos de salud, se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario, sus antecedentes culturales y los determinantes en salud.
4. El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
5. Las necesidades identificadas son revisadas durante el proceso de atención de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud de este.

Estándar 29. Código: (AsEV4)

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ NA ☐

La Institución garantiza una adecuada información y vigilancia epidemiológica, así como la ejecución de los acciones de promoción y mantenimiento de la salud pública.

Criterios:

1. Se desarrollan los programas y actividades de acuerdo con el marco legal de referencia para prevenir, reducir o atender los efectos sobre la salud producidos por brotes epidemiológicos, enfermedad, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes, desastres, calamidades o emergencias.
2. El equipo de salud de la institución dispone de un listado o similar de las enfermedades de notificación obligatoria relacionados con enfermedades transmisibles, enfermedades por vectores, así como potenciales donantes de órganos.
3. El equipo de salud de la institución conoce el procedimiento de notificación de las enfermedades de notificación obligatoria.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 4. La institución dispone de una estrategia de abordaje en caso de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.
- 5. El equipo de salud de la institución conoce los procedimientos en casos de aparición (o sospecha) de brotes epidémicos.

Estándar 30. Código: (AsEV5)

5

4

3

2

1

NA

La institución garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere la implementación de barreras y técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.

Criterios:

- 1. La institución garantiza que está en capacidad de identificar y reportar oportunamente, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento.
- 2. La estrategia implementada debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.
- 3. La institución, una vez identifica la necesidad de aislamiento, implementa barreras para prevenir la contaminación cruzada, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y mide la adherencia al mismo.
- 4. La institución prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones.
- 5. La institución identifica e interviene la necesidad de aislamiento en la comunidad en la atención extramural (domiciliaria, unidad móvil y jornadas de salud) y desarrolla acciones de salud pública en cuanto a posibles focos (por ejemplo, accidentes rábicos, ofídicos entre otros)
- 6. La institución realiza monitoreo permanente de la adherencia por parte de los colaboradores a las estrategias definidas; difunde sus resultados y estimula el mejoramiento continuo.
- 7. Existen mecanismos e instrucciones para que los usuarios, familiares, acompañantes, cuidadores y demás visitantes cumplan con la aplicación de las estrategias de contención definidas. La institución garantiza que todas las personas que tengan contacto directo con pacientes en condiciones de aislamiento reciben capacitación y /o entrenamiento y se les dota de elementos de protección personal, para minimizar los riesgos a los usuarios y a sí mismos; esto incluye equipo de salud, personal en práctica formativa, docentes e investigadores, entre otros.

Planeación de la atención

Estándar 31. Código: (AsPL1)

5

4

3

2

1

NA

La institución de acuerdo con su naturaleza jurídica, grupos de servicios contratados y modelo de prestación, realiza caracterización poblacional identificando los grupos poblacionales específicos objeto de atención, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de dicha población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.

Criterios:

- 1. Se define el enfoque de riesgo con base en la política de gestión del riesgo.
- 2. Se priorizan los riesgos críticos identificados y se gestionan.
- 3. Se mide el impacto de las acciones implementadas.
- 4. Se gestionan y evalúan los resultados.

Estándar 32. Código: (AsPL2)

5

4

3

2

1

NA

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

En la institución existe un proceso de planeación de la atención, en sus fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad para cada paciente según sus necesidades, el cual incluye acciones de implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta y acciones de promoción y prevención. Esta planeación incluye:

Criterios:

1. El proceso de atención está planeado teniendo en cuenta las estrategias integrales de atención en salud, guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado acordes con su objeto y alcance y es revisado y ajustado periódicamente con base en nueva evidencia
2. Las guías de práctica clínica deben ser explícitas en contener:
 - a. Cuáles son los objetivos de la guía.
 - b. Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia.
 - c. Definición de mecanismos de consenso.
 - d. Registro de los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo.
 - e. Formulación explícita de recomendaciones.
 - f. Cada cuánto se hará la actualización.
 - g. Aplicabilidad.
 - h. Cada cuánto y cómo se monitorizará la adherencia a la guía, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario.
3. Los protocolos o los procedimientos definidos en los servicios de apoyo diagnóstico, se articulan con los procesos de atención en salud en sus diferentes fases.
4. Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reinducción, de cada trabajador; hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados.
5. La institución cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.
6. Los, protocolos y demás procedimientos definidos se revisan y/o actualizan periódicamente.

Estándar 33. Código: (AsPL3)



Cuando la institución brinda servicios de apoyo diagnóstico cuenta con un proceso de planeación de la atención que incluye la realización del procedimiento, procesamiento, análisis y reporte de resultados, según los servicios. Esta planeación incluye:

Criterios:

1. Los procesos están planeados teniendo en cuenta, los protocolos y demás procedimientos definidos por los servicios de apoyo diagnóstico y se articulan con los procesos de atención en salud en sus diferentes fases.
2. Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reinducción, de cada trabajador; hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados.
3. La institución cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.
4. Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados, entrega de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, entre otros.
5. Se garantiza que los procesos definidos en los servicios de apoyo diagnóstico están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia.
6. Se monitorizará la adherencia a los protocolos y procedimientos, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 7. Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones de carácter clínico.
- 8. Existen mecanismos de alarma para resultados críticos.
- 9. Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reintroducción de cada trabajador; hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los colaboradores.

Estándar 34. Código: (AsPL4)

5

4

3

2

1

NA

La institución tiene estandarizados mecanismos para el reporte de resultados críticos y para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento, la definición de estos mecanismos considera:

Criterios:

- 1. La identificación de los reportes de estudios de resultado crítico.
- 2. La identificación de la necesidad de repetir un procedimiento.
- 3. Las magnitudes o intervalos para su reporte y especificación de la técnica cuando aplique.
- 4. Los mecanismos estandarizados de notificación del reporte de resultado crítico.
- 5. Los mecanismos para informar al usuario la necesidad de la realización de un nuevo procedimiento.
- 6. Los mecanismos para la comunicación oportuna de los reportes de los resultados críticos.
- 7. La interpretación y registro del informe de valor crítico por el equipo de salud. (Tanto por quien emite como por quien recibe el informe de resultado del examen con valor crítico), asegurando la confidencialidad.
- 8. La existencia de mecanismos de alarma para reporte de resultados críticos y seguimiento.
- 9. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas

Estándar 35. Código: (AsPL5)

5

4

3

2

1

NA

En las instituciones que prestan servicios odontológicos tienen definidos y estandarizados mecanismos para:

Criterios:

- 1. Involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.
- 2. Asegurar el acceso a la información relacionada con el historial médico del paciente, las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.
- 3. Referencia oportuna a servicios complementarios (toma de radiografías odontológicas, etc.), cuando el plan de atención lo requiera.
- 4. Se garantiza que los procesos definidos en el servicio están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia.
- 5. Se monitorizará la adherencia a las guías clínicas de atención, protocolos y procedimientos, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario.
- 6. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas

Estándar 36. Código: (AsPL6)

5

4

3

2

1

NA

La institución tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad, humanización y efectividad de las intervenciones.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- Criterios:
1. Se identifica el lugar y los servicios necesarios para prestar la atención oportuna y efectiva del paciente.
 2. Se garantiza la atención humanizada durante todo el proceso de atención.
 3. Se tienen definidas las credenciales para los equipos multidisciplinarios de salud
 4. Se consideran estrategias especiales de atención para población priorizada.
 5. Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno infantiles)
 6. Planeación de cuidados especiales, tales como partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno infantiles).
 7. Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).
 8. Coordinación de la atención entre prestadores para identificar e intervenir y remitir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.
 9. Apoyo emocional al usuario, familia, acompañante y/o cuidador, relacionado con aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de hospitalización, unidad de cuidado básico neonatal, atención del parto y urgencias).
 10. Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
 11. Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.
 12. Soporte nutricional especial.
 13. Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.
 14. Abordaje interdisciplinario cuando el plan de atención lo requiera.
 15. Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas, incluyendo el uso de la modalidad de telemedicina cuando se realice.
 16. Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades específicas para usuarios de tercera edad.
 17. Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, acompañante y/o cuidador de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y remisión para la donación de órganos, cuando aplique.
 18. Apoyo espiritual o religioso, teniendo en cuenta características socioculturales poblacionales e individuales del paciente, familia, acompañante y/o cuidador.
 19. Se tiene documentado el procedimiento bajo sedación cuando este se realice en la institución, al paciente se le realiza una valoración, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, personal de salud a cargo, preparación, recomendaciones al egreso o salida, trámites, etc.
 20. Si la institución presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes.
 21. Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.
 22. Se estimula la incorporación del paciente y su familia, acompañante y/o cuidador en las actividades de promoción y mantenimiento de la salud que les apliquen.
 23. La institución demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.
 24. Se verifica la comprensión por parte del usuario, familia, acompañante y/o cuidador de la información brindada en este estándar.
 25. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 37. Código: (AsPL7)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

La Institución tiene definido e implementado el modelo de prestación en salud basado en la estrategia de atención primaria en salud, desplegado desde la política de prestación de servicios institucional,

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

integrando el desarrollo de los servicios de salud, la participación social y comunitaria y las acciones intersectoriales, este incluye:

Criterios:

1. Caracterización poblacional de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad, basada en análisis de determinantes en salud.
2. La institución adecúa su oferta de valor en servicios a las necesidades existentes en el territorio y su población
3. Mecanismos para facilitar el acceso garantizado por la eliminación de barreras de todo orden.
4. Define la atención integral como la provisión de los servicios requeridos y suficientes para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad y apoyo para el autocuidado .
5. Atención integrada que requiere de la coordinación de servicios de mayor complejidad.
6. Énfasis en promoción y prevención como intervención más temprana posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas . Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad .
7. Atención apropiada incluyendo medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud.
8. Orientación familiar y comunitaria haciendo uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones.
9. Mecanismos activos de participación como parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, para afianzar la transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles.
10. Gestión acorde con la complejidad de los servicios prestados, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que garantice la acción y soporte financiero que permita el desempeño de la función.
11. Recursos humanos apropiados, suficientes y sostenibles definidos según necesidades descritas en la caracterización.
12. Acciones intersectoriales para abordar los determinantes de la salud de la población y crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores.

Estándar 38. Código: (AsPL8)



La Institución articula su modelo de prestación en salud en el marco estratégico de acciones territoriales, incluyendo las siguientes acciones:

Criterios:

1. La institución se articula con las entidades responsables del aseguramiento en salud con las cuales tenga contrato y bajo el liderazgo de las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.
2. Incorpora a su modelo de prestación la estrategia de atención primaria en salud garantizando un mayor nivel de bienestar al usuario en los servicios.
3. La institución incorpora a su modelo de prestación la estrategia de gestión del riesgo en salud para el monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud del comunidad, con base en la adecuada identificación y gestión de estos.
4. Incorpora a su modelo de prestación la estrategia de enfoque del cuidado de la salud orientada a las acciones adoptadas para la protección de la salud propia, familiar, comunitaria y territorial.
5. El modelo de prestación se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales (Secretaría de Salud y EPS) y comunitarios, de acuerdo a la normatividad vigente.
6. Se articula con los agentes de salud existentes en el territorio (Secretaría de Salud y EPS) para desarrollar las acciones en salud orientadas al logro de los resultados en salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

7. Reconoce las responsabilidades y alcances de las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias en el desarrollo de su modelo de prestación y articula sus acciones con el mismo
8. La institución incorpora a su modelo de prestación la estrategia de enfoque diferencial de derechos orientada al reconocimiento de vulnerabilidades en grupos poblacionales específicos que requieren garantías especiales y la adecuación de la estructura de servicios disponibles a las necesidades de estos grupos para cerrar las brechas existentes.
9. La institución contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, la satisfacción del usuario y la sostenibilidad del sistema.

Estándar 39. Código: (AsPL9)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

La Institución articula su modelo de prestación en el marco estratégico de acciones territoriales, incluyendo las siguientes acciones:

Criterios:

1. La institución se articula con las entidades responsables del aseguramiento en salud con las cuales tenga contrato y bajo el liderazgo de la Secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.
2. Incorpora a su modelo de prestación la estrategia de atención primaria en salud garantizando un mayor nivel de bienestar al usuario en los servicios.
3. La Institución incorpora a su modelo de prestación la estrategia de gestión del riesgo en salud para el monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud del comunidad, con base en la adecuada identificación y gestión de estos.
4. Incorpora a su modelo de prestación la estrategia de enfoque del cuidado de la salud orientada a las acciones adoptadas para la protección de la salud propia, familiar, comunitaria y territorial.
5. Se articula con los agentes de salud existentes en el territorio (Secretaría de Salud y EPS) para desarrollar las acciones en salud orientadas al logro de los resultados en salud.
6. Reconoce las responsabilidades y alcances del ente territorial en el desarrollo de su modelo de prestación y articula sus acciones con el mismo.
7. La institución incorpora a su modelo de prestación la estrategia de enfoque diferencial de derechos orientada al reconocimiento de vulnerabilidades en grupos poblacionales específicos que requieren garantías especiales y la adecuación de la estructura de servicios disponibles a las necesidades de estos grupos para cerrar las brechas existentes.
8. La institución contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, la satisfacción del usuario y la sostenibilidad del sistema.

Estándar 40. Código: (AsPL10)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

El modelo de prestación en salud definido por la institución despliega acciones en desarrollo de los valores, principios y elementos principales de la Atención Primaria en Salud en el ámbito territorial, contempla los siguientes criterios, según sea pertinente.

Criterios:

1. Respuesta a las necesidades de salud y expectativas de la población atendida. Incluyendo entre otros: perspectiva de derechos y deberes, equidad y solidaridad.
2. Servicios orientados hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad del sistema de salud, participación Intersectorial.
3. Acceso a la prestación de los servicios, atención con énfasis en actividades de promoción y mantenimiento de la salud, orientación familiar y comunitaria.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 41. Código: (AsPL11)

5

4

3

2

1

NA

La Institución implementa actividades de promoción y mantenimiento de la salud acorde con el perfil epidemiológico, los cuales responden a las prioridades de atención de salud pública en el territorio donde la institución opera.

Criterio:

1. Las actividades de promoción y mantenimiento de la salud se orientan preferencialmente en las siguientes líneas de acción:
- a. Consumo de Sustancias Psicoactivas.

b. Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida e Infección por VIH.

c. Cáncer (con especial atención en cáncer de mama, cuello uterino, estómago y próstata) cuando aplique.

d. Enfermedades no transmisibles (con especial atención en hipertensión arterial y diabetes mellitus)

e. Enfermedades transmisibles (con especial atención en malaria, dengue, tuberculosis y lepra).

f. Salud mental (con especial atención en depresión).

g. Salud de la mujer y de la mujer gestante.

h. Salud infantil (con especial atención en la desnutrición y el desarrollo de niñas, niños y adolescentes).

i. Salud ambiental.

Estándar 42. Código: (AsPL12)

5

4

3

2

1

NA

La institución planea, implementa y evalúa las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, acordes con las necesidades en salud de la población que atiende y están alineadas con las características poblacionales y prioridades de atención de salud pública del territorio. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria:

Criterio:

1. Registro de las acciones desarrolladas de promoción y mantenimiento de la salud que incluyen la modalidad extramural cuando lo realice la institución.
- Las acciones desarrolladas dan respuesta a las prioridades en salud pública definidas previamente por la institución.

Estándar 43. Código: (AsPL13)

5

4

3

2

1

NA

La institución garantiza que el paciente y su familia, acompañante y/o cuidador son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es capacitado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.

Criterios:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 1. Sobre la base de una evaluación de las necesidades para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, se informa al paciente acerca de los esfuerzos conjuntos para el manejo de su enfermedad y, junto con el usuario, se presenta un plan para las actividades correspondientes.
- 2. La institución asegura que las intervenciones de información y desarrollo de competencias son documentadas, ejecutadas y evaluadas, incluida la evaluación de los resultados obtenidos en relación con los resultados esperados.
- 3. La institución asegura que los datos sobre las necesidades y el plan sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades se transmiten a todas las instituciones encargadas de la salud del usuario y, cuando sea pertinente, a las entidades de carácter nacional o territorial del Estado para la conformación de las bases de datos clínicos de calidad o epidemiológicos.
- 4. La institución asegura que en los registros clínicos del paciente se consigna la información del usuario sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- 5. La institución asegura que los usuarios, los familiares, el personal y los visitantes tienen acceso a la información sobre estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- 6. Cuando se realizan atenciones extramurales, se llevan registros que soporten la información brindada al paciente y familia. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 44. Código: (AsPL14)

5

4

3

2

1

NA

La institución tiene definido y estandarizado el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado, para la realización de procedimientos en los servicios ofertados, cuando aplica. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente o su familia, acompañante y/o cuidador (en los casos que se requiere) la información en un lenguaje claro, acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados, las posibles alternativas y los riesgos de la no realización, de manera que puedan tomar decisiones informadas.

Criterios:

- 1. Se tiene definido y estandarizado un procedimiento para la consecución del consentimiento informado de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, Se obtiene el consentimiento informado contemplando las diferentes modalidades de la prestación de los servicios ofertados por la institución tales como extramural y telemedicina.
- 2. Los profesionales responsables de la consecución del consentimiento informado reciben capacitación y entrenamiento y son evaluados respecto a:
 - a. Normatividad vigente acerca del consentimiento informado.
 - b. Momentos en el proceso de atención y tiempo destinado en el cuál se brindará la información.
 - c. Suficiencia del contenido de la información.
 - d. Habilidades de comunicación y diálogo.
- 3. En los casos de reintervenciones, se actualiza el consentimiento informado.
- 4. La institución cuenta con estrategias que promuevan la cultura del consentimiento informado.
- 5. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 45. Código: (AsPL15)

5

4

3

2

1

NA

La institución tiene una Política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad, incluye:

Criterios:

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

1. La institución asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario, su proceso de atención y su presencia en la institución.
2. Desarrollo de las actividades de este estándar se despliega a todo el personal de la institución, incluidos terceros y sedes.
3. Desarrollo de estrategias de humanización orientadas a las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, procedimientos, servicios con atenciones extramurales y telemedicina, cuando los oferten.
4. Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios, familiares, acompañantes y/o cuidadores.
5. Desarrollo de estrategias para el cuidado del paciente con orientación lúdica, de acuerdo con sus necesidades.
6. Promover la privacidad visual y auditiva durante el proceso de atención.
7. Prevenir la contaminación visual en la institución.
8. Promover condiciones de silencio durante la hospitalización.
9. La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por el personal de la institución.
10. A los pacientes se les provee, en los casos que amerite de los elementos tales como vestidos, batas, protectores para toma de rayos x, etc., que contribuyan a la privacidad y dignidad durante la atención.
11. Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan la atención oportuna, evitando que se formen filas.
12. Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación, donde se respete la dignidad teniendo en cuenta las tradiciones, género, raza, ideas políticas, religión, discapacidad, entre otros.
13. Se definen horarios de visita teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios y sus preferencias.
14. En la dieta de los pacientes se tienen en cuenta los gustos, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.
15. Se cuenta con un mecanismo de apoyo institucional que propenda por solucionar los posibles conflictos que se presenten entre el usuario y el personal de la institución.
16. Implementar condiciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y a la muerte digna.
17. Desarrollo a todo el personal de la institución de habilidades para la comunicación, incluyendo información dolorosa al paciente y su familia.
18. Procedimientos para el manejo respetuoso de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes, cuando sea necesario.
19. Procedimiento para comunicar de manera clara, transparente y respetuosa cuando se presente un evento adverso durante el proceso de atención y el manejo posterior del mismo.
20. Respeto y apoyo al paciente temeroso, así como en el abordaje integral del dolor.
21. Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos articulando los horarios con el reposo de los pacientes.
22. Respeto por el cuerpo del fallecido y apoyo emocional a familiares.
23. Humanización en el ambiente físico de la atención.
24. Los usuarios durante su atención tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.
25. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas

Estándar 46. Código: (AsPL16)

5	4	3	2	1	NA
---	---	---	---	---	----

La institución garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y atención farmacéutica para cada paciente; incluye:

Criterios:

1. Diseño del perfil farmacoterapéutico.
2. Aplicación de medidas para asegurar el uso racional de antibióticos.
3. Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.
4. Atención Farmacéutica
5. Participación de infectología si la complejidad lo requiere.
6. Conciliación medicamentosa durante el proceso de atención.
7. Estrategias para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

8. Protocolo para prescripción, distribución y dispensación de medicamentos.
9. Mecanismo para identificar al ingreso de hospitalización los medicamentos que el paciente consume permanentemente (según sus patologías) y gestionar oportunamente por parte del servicio farmacéutico las posibles interacciones con la farmacoterapia establecida en su plan de tratamiento. Deberá quedar consignado en la Historia Clínica.
10. Participación en comités de Farmacia y Terapéutica e infecciones, entre otros.
11. Se mide la adherencia del paciente a la farmacoterapia establecida.
12. La institución establece e implementa un proceso para actuar sobre errores asociados a la medicación (prescripción, dispensación, administración o uso por parte del paciente, familiar y/ o cuidador)
13. Se implementan actividades educativas al paciente, familiar y/o cuidador con el fin de lograr la adherencia al tratamiento farmacológico definido.
14. Se implementan los lineamientos y directrices vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social para la prescripción de medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.
15. En los casos de prestación de servicios en la modalidad extramural se cuenta con mecanismos para el control de las fechas de vencimiento y condiciones de almacenamiento de los medicamentos según las especificaciones del fabricante, oportunidad en la formulación y administración de los medicamentos.
16. En las actividades de promoción y mantenimiento de la salud se contemplan los procesos de prescripción, dispensación y administración, acordes con los lineamientos definidos para cada programa.
17. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas

Estándar 47. Código: (AsPL17)

5	4	3	2	1	NA
---	---	---	---	---	----

La institución tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.

Criterios:

1. La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al usuario y su familia, acompañante y/o cuidador. La información brindada debe quedar escrita en la historia clínica.
2. Hay un proceso definido para referencia de las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la institución u otra diferente, e incluye:
 - a. Una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas, identificadas, almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados.
 - b. Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante.
 - c. Se instruye al usuario sobre la preparación para la toma de los exámenes.
 - d. Con el fin de garantizar la seguridad en la atención, los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable y fecha de resultados.
 - e. Se provee información a los usuarios y familiares, acompañantes y/o cuidadores sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, con discapacidad o en estado de inconciencia.
3. La institución garantiza un proceso en el que se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de diagnóstico.
4. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 48. Código: (AsPL18)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

La institución cuenta con procesos estandarizados que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Incluye:

Criterios:

1. Un plan de prevención y control de infecciones incorporado en el direccionamiento estratégico de la institución.
2. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.
3. Estrategias y herramientas para la prevención, detección precoz y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud en los diferentes servicios de la institución.
4. Intervención y seguimientos en los casos de infección identificados en los diferentes servicios de la institución.
5. Gestión segura del uso de medicamentos.
6. Uso racional de antibióticos
7. Profilaxis antibiótica.
8. Uso de perfil de resistencia antibacteriana y vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos.
9. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.
10. El personal de la institución recibe inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones.
11. Mecanismos de control y evaluación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, desinfección en la institución, entre otras.
12. Admisión y transporte intrainstitucional de pacientes con infección.
13. Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de contención frente a un posible contagio.
14. Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento.
15. Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, nutrición parenteral, cuando se requiera.
16. Reportes de cultivos de superficie.
17. Estandarización, implementación y seguimiento a las buenas prácticas en el proceso de esterilización, cuando lo requiera.
18. Acciones del comité de vigilancia epidemiológica.
19. Acciones en el caso de brotes infecciosos.
20. Implementación de mecanismos de monitoreo y medición frente a la aplicación de prácticas seguras para la disminución de infecciones asociadas a la atención en salud.
21. Se verifica y evalúa la adherencia por parte del personal de la institución a los procedimientos establecidos.
22. Implementación de mecanismos de monitoreo, medición y gestión de indicadores de infección
 - a. Infecciones asociadas con la atención en salud. (IAAS)
 - b. Infecciones intrahospitalarias.
23. Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes de la institución.
24. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 49. Código: (AsPL19)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

La institución cuenta con procesos estandarizados que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Incluyen:

Criterios:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

1. Un plan de prevención y control de infecciones incorporado en el direccionamiento estratégico de la institución.
2. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.
3. Estrategias y herramientas para la prevención, detección precoz y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud en los diferentes servicios de la institución.
4. Intervención y seguimientos e los casos de infección identificados en los diferentes servicios de la institución.
5. Gestión segura del uso de medicamentos.
6. Uso racional de antibióticos
7. Profilaxis antibiótica.
8. Uso de perfil de resistencia antibacteriana y vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos.
9. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.
10. El personal de la institución recibe inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones.
11. Mecanismos de control y evaluación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, desinfección en la institución, entre otras.
12. Admisión y transporte intrainstitucional de pacientes con infección.
13. Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de contención frente a un posible contagio.
14. Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento.
15. Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, nutrición parenteral, cuando se requiera.
16. Reportes de cultivos de superficie.
17. Estandarización, implementación y seguimiento a las buenas prácticas en el proceso de esterilización, cuando lo requiera.
18. Acciones del comité de vigilancia epidemiológica.
19. Acciones en el caso de brotes infecciosos.
20. Implementación de mecanismos de monitoreo y medición frente a la aplicación de prácticas seguras para la disminución de infecciones asociadas a la atención en salud.
21. Se verifica y evalúa la adherencia por parte del personal de la institución a los procedimientos establecidos.
22. Implementación de mecanismos de monitoreo, medición y gestión de indicadores de infección:
 - a. Infecciones asociadas con la atención en salud. (IAAS)
 - b. Infecciones intrahospitalarias.
23. Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes de la institución.
24. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

PROCESO DE ATENCIÓN

Ejecución del Tratamiento

Estándar 50. Código: (AsEJ1)

5

4

3

2

1

NA

Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia, acompañante y/o cuidador mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.

Criterios:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 1. La institución garantiza que todo paciente atendido cuenta con un plan de atención, cuidado y tratamiento, el cual queda registrado en la Historia Clínica.
- 2. Asegura que el tratamiento es ejecutado por un profesional de salud o equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica, garantizando la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la atención en los servicios ofertados.
- 3. Se realizan las interconsultas en forma oportuna durante el proceso de atención y se evalúa la efectividad de las mismas. Las interconsultas se realizan cuando el plan de atención lo indique.
- 4. La institución promueve y evalúa el trabajo en equipo y su interacción con los profesionales responsables del tratamiento.
- 5. Se realiza valoración nutricional en pacientes atendidos en el servicio de hospitalización.
- 6. Se evalúan y tienen en cuenta durante el proceso de atención los principales riesgos del paciente.
- 7. Se identifican e intervienen durante el proceso de atención las necesidades del paciente y su familia, acompañante y/o cuidador.
- 8. La institución garantiza que el profesional tratante y el equipo de salud a cargo del paciente provee información relacionada con la atención brindada de forma adecuada, clara y concisa, al usuario y su familia, acompañante y/o cuidador.
- 9. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 51. Código: (AsEJ2)

5

4

3

2

1

NA

El usuario y su familia, acompañante y/o cuidador reciben la educación e información pertinente durante la atención en los servicios de salud, que incluye como mínimo:

Criterios:

- 1. El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma:
 - a. Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario y su familia, acompañante y/o cuidador del tratamiento y sus objetivos.
 - b. El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, horarios e interacciones; se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos para identificar signos y síntomas tempranos de reacciones adversas medicamentosas.
- 2. Información necesaria y suficiente de los resultados de los exámenes o los procedimientos diagnósticos, garantizando el adecuado entendimiento por parte del usuario y su familia, acompañante y/o cuidador, especialmente cuando se trate de pacientes menores de edad, o con algún grado de discapacidad física y/o mental.
- 3. Acompañamiento y asesoría para la información de resultados en el caso de pacientes con enfermedades catastróficas, especialmente cáncer, ETS, VIH o SIDA y las que determine la institución.
- 4. En pacientes que requieren ser hospitalizados se les brinda información de los cuidados que se brindarán y de las necesidades después del egreso o salida (cuidados en casa, si aplica)
- 5. Información relacionada con promoción y mantenimiento de la salud, incluyendo su participación en la prevención de infecciones y de los posibles riesgos identificados.
- 6. Participación activa del usuario y su familia, acompañante y/o cuidador en promover su propia seguridad.
- 7. Obtención del consentimiento informado en caso de requerirse durante el proceso de atención.
- 8. Se evalúa el entendimiento por parte de los usuarios y su familia, acompañante y/o cuidador de toda la información y la educación recibida durante el proceso de atención.
- 9. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 52. Código: (AsEJ3)

5

4

3

2

1

NA

La atención en salud, el cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Criterios:

- 1. La institución cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención en salud, cuidados y tratamientos a sus pacientes están sujetos a las guías de práctica clínica- GPC, procedimientos y protocolos de atención, basados en la mejor evidencia científica disponible.
- 2. La atención al paciente se realiza por un grupo multidisciplinario, acorde con las guías de práctica clínica cuando así lo establece.
- 3. La auditoría para el mejoramiento de la calidad evalúa que la atención en salud, el cuidado y tratamiento sean consistentes con las guías de práctica clínica- GPC, procedimientos y protocolos de atención.
- 4. Se evalúan la disponibilidad y facilidad de consulta de las guías de práctica clínica- GPC, procedimientos y protocolos de atención, para asegurar el oportuno y adecuado uso de la mencionada documentación.
- 5. Se realiza la gestión de los eventos adversos utilizando herramientas basadas en evidencia científica.
- 6. La institución cuenta con un sistema periódico de evaluación de historias clínicas para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención.
- 7. Se tiene estandarizado e implementado un procedimiento que mida la adherencia del personal de la institución a las guías de práctica clínica- GPC, procedimientos y protocolos de atención.
- 8. Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías de atención relacionadas con la promoción y mantenimiento de la salud.
- 9. Se evalúa la adherencia del paciente, familiar y/o cuidador al plan de cuidado y al tratamiento.
- 10. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 53. Código: (AsEJ4)

5 4 3 2 1 NA

La institución tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje, manejo inicial y atención integral en salud, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual teniendo en cuenta el enfoque diferencial.

Criterios:

- 1. La institución garantiza que los procesos de atención en salud, relacionados con maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar están sujetos a los lineamientos y normas vigentes sobre el tema en mención.
- 2. La institución adopta la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, cuando aplique, incluyendo la seguridad y conservación de pruebas legales.
- 3. Se cuenta con mecanismos y estrategias para la detección e intervención oportuna de los casos relacionados con maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.
- 4. En la atención a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar se asegura el seguimiento y consejería psicológica y espiritual teniendo en cuenta el enfoque diferencial.
- 5. Existe un equipo institucional para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales.
- 6. Se tiene estandarizado el procedimiento de notificación de este tipo de eventos y de registro en la historia clínica.
- 7. Los profesionales de la institución han sido capacitados para detectar y orientar la atención en los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar.
- 8. Se mide la adherencia del personal de la institución a los procedimientos definidos para la atención en salud, relacionados con maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.
- 9. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas

Estándar 54. Código: (AsEJ5)

5 4 3 2 1 NA

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

La institución tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la institución, incluido el mismo profesional tratante.

Criterios:

- 1. El profesional tratante debe estar informado de este derecho de los usuarios.
- 2. La institución da a conocer y respeta el derecho que tienen los usuarios de solicitar una segunda opinión calificada sobre su condición médica y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al usuario si este decide volver a consultar.
- 3. La institución cuenta con mecanismos para analizar en forma interdisciplinaria, cuando la condición lo amerite, casos complejos o complicados y ofrecer alternativas de manejo.
- 4. La ejecución del tratamiento aborda estrategias de humanización de la atención.
- 5. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas

Estándar 55. Código: (AsEJ6)

5

4

3

2

1

NA

La institución cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud al usuario y su familia, acompañante y/o cuidador, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.

Criterios:

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

Estándar 56. Código: (AsEJ7)

5

4

3

2

1

NA

El usuario y su familia, acompañante y/o cuidador reciben la educación e información pertinente durante la ejecución de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico, que incluye como mínimo:

Criterios:

- 1. Información necesaria y suficiente de las actividades o procedimientos a seguir después de la realización de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico. Se da énfasis cuando se trate de pacientes menores de edad, o con algún grado de discapacidad física y/o mental.
- 2. Participación activa del usuario y su familia, acompañante y/o cuidador en promover su propia seguridad.
- 3. Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario y su familia, acompañante y/o cuidador del tratamiento y el objetivo de la realización de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico, según aplique.
- 4. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 57. Código: (AsEJ8)

5

4

3

2

1

NA

Se garantiza la disponibilidad de las imágenes en dispositivos móviles utilizados dentro de las instalaciones o en los servicios prestados bajo la modalidad de telemedicina y extramural.

Criterios:

1.

La calidad de las imágenes cumple con los estándares definidos para su visualización, por lo tanto la imagen final transmitida no debería arrojar una pérdida de datos clínicamente significativa durante el proceso de envío. El tipo y especificaciones de los dispositivos de transmisión usados serán los requeridos para los estudios a ser transmitidos.
2.

Se garantiza la visualización y análisis de las imágenes de forma confidencial y segura y desde donde se consulte la imagen.
3.

Se tienen definidas las condiciones de velocidad de respuesta del software en los dispositivos móviles.
4.

Los resultados críticos, generan alertas y deben transmitirse inmediatamente al médico que refiere y/o al paciente.
5.

Contar con medidas de seguridad del sistema de información que incluya la de los dispositivos móviles. La institución cuenta con planes de contingencia y equipos de respaldo en caso necesario.

Evaluación de la Atención

Estándar 58. Código: (AsEVA1)

5

4

3

2

1

NA

La institución garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la accesibilidad, pertinencia, aceptabilidad, oportunidad, continuidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos

Criterios:

1.

La institución cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra representativa de historias clínicas y/o registros asistenciales por parte de pares, en la evaluación se tiene en cuenta los casos de eventos adversos.
2.

Cuenta con un mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento en el marco de los servicios brindados, incluyendo la adherencia en programas de enfermedades crónicas. Así mismo, cuenta con un sistema de evaluación de las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados.
3.

La institución como parte de la evaluación de la historia clínica y los registros asistenciales valora la accesibilidad, pertinencia, aceptabilidad, oportunidad y continuidad en la atención en salud brindada.
4.

Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas y/o registros asistenciales.
5.

La institución evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional.

Estándar 59. Código: (AsEVA2)

5

4

3

2

1

NA

La institución garantiza que de acuerdo con el tipo de servicios que presta, los grupos poblacionales y los determinantes sociales, se evalúan sistemáticamente las atenciones realizadas de promoción y

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

mantenimiento de la salud, tomando como base las historias clínicas y los registros asistenciales y estas dan respuesta a las necesidades que se identificaron en la planeación y evaluación al ingreso.

Criterios:

- 1. La institución cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra representativa de historias clínicas y/o registros asistenciales, en la evaluación se tiene en cuenta los incidentes y eventos adversos.
- 2. Se evalúan los riesgos poblacionales e individuales teniendo en cuenta la efectividad de las intervenciones implementadas
- 3. Se evalúa el cumplimiento de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo con la normatividad vigente y se mide la adherencia de los usuarios y los resultados en salud.
- 4. Cuenta con un mecanismo para evaluar las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados.
- 5. Se evalúa si las atenciones realizadas en cumplimiento de las estrategias de promoción y mantenimiento de la salud dan respuesta a la planeación y evaluación de las necesidades evaluadas.
- 6. Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación.
- 7. La institución evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional.
- 8. Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos

Estándar 60. Código: (AsEVA3)

5

4

3

2

1

NA

La institución cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para monitorear, cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.

Criterios:

- 1. La institución garantiza que el personal asistencial conoce la definición de consultador crónico y el proceso referido en el estándar.
- 2. El personal que interviene en el proceso lo aplica, acorde con lo definido por la institución.
- 3. La evaluación del desempeño de la consulta médica ambulatoria se realiza con base en criterios explícitos, buscando conocer las causas que generan las consultas reiterativas por un mismo usuario
- 4. La detección, análisis y corrección de las fallas encontradas contribuyen en mejorar el desempeño clínico.

Estándar 61. Código: (AsEVA4)

5

4

3

2

1

NA

La institución que presta servicios de consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, internación y los demás ofertados por la institución, garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, pertinencia y la continuidad del proceso de atención al paciente en cada servicio:

Criterios:

- 1. Se tiene estandarizada una metodología para la evaluación de los atributos de calidad mencionados en el estándar. Mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento, cuando aplique.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

2. Establecer Indicadores de efectividad, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, pertinencia y continuidad del proceso de atención del paciente en los servicios de la institución.

Salida y Seguimiento

Estándar 62. Código: (AsSAL1)

5 4 3 2 1 NA

La institución cuenta con un proceso estandarizado para el egreso o salida de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia, acompañante y/o cuidador la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento:

Criterio:

1. Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso o salida.
2. Cuenta con mecanismos definidos para facilitar el egreso o salida oportuna del paciente, incluidos los procedimientos administrativos como la facturación de los servicios. Para los casos en que la condición clínica, física y/o mental lo amerite, el egreso o salida será dado en compañía del responsable del paciente, previa valoración por el médico tratante.
3. Comunicación de toda la información relevante a las entidades responsables del pago de los servicios de salud, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.
4. En el egreso de hospitalización se entrega al paciente un resumen de las atenciones y tratamiento realizado.
5. Se entrega al paciente un reporte de las actividades realizadas de promoción y mantenimiento de la salud y de las atenciones brindadas en modalidad extramural y telemedicina. Cuando se realicen.
6. Información de los trámites que los usuarios deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita para continuar su tratamiento con otro prestador o en una sede en red del mismo prestador.
7. Plan de cuidado escrito que incluye la explicación acorde con el nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia, acompañante y/o cuidador acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación y signos y síntomas de alerta temprana de posibles complicaciones, si aplica.
8. El profesional tratante debe proveer información básica al usuario y su familia, acompañante y/o cuidador como resultado de su atención. Especial importancia se le da a los cuidados y el autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, condiciones del medio ambiente, etc.).
9. Comunicación de toda la información relevante y procedimientos a realizar después de la atención en servicios donde se atiende de forma ambulatoria al paciente, tales como: fecha de control, realización de exámenes de apoyo diagnóstico, ordenes de solicitud de exámenes complementarios, medicamentos, consultas adicionales, entre otros.
10. Se tiene estandarizado un procedimiento institucional para el seguimiento de los pacientes, quienes según los criterios que defina la institución o por su condición de salud al egreso o salida lo requieran.
11. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 63. Código: (AsSAL2)

5 4 3 2 1 NA

La institución asegura un plan de coordinación con otras instituciones en red y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios, articulando sus estrategias de atención en salud con el Territorio.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

Criterios:

1. La institución asegura que las políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.
2. La institución asegura la existencia y aplicación de directrices y/ o procedimientos para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente.
3. Se tiene definido y estandarizado un plan de coordinación cuando concurren diferentes agentes del sistema y se prestan servicios en IPS en red o cuando se tengan alianzas con terceros para la prestación de los servicios.
4. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Referencia y Contrarreferencia

Estándar 64. Código: (AsREF1)



Para el proceso de referencia y contrarreferencia se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales, según aplique:

INFORMACIÓN EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1. Procedimiento de referencia que especifique, a dónde será remitido el usuario, el procedimiento administrativo y de coordinación que deberá surtir por parte de cada uno de los responsables de la atención del usuario. (Prestador, servicio donde será remitido y asegurador).
2. La información relacionada con el proceso de referencia y contrarreferencia de los pacientes queda registrada en la Historia Clínica y en los registros asistenciales.
3. Se tiene definido un procedimiento para garantizar la retroalimentación de la atención del paciente a donde fue remitido para dar continuidad al tratamiento.
4. La orden de remisión debe contener un resumen de las condiciones clínicas del paciente y de las indicaciones.
5. La institución garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros clínicos del paciente.
6. Se capacita al personal asistencial sobre este proceso y se evalúa la adherencia al mismo.
7. Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones encontradas

REMISIÓN A SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA:

1. Se cuenta criterios claros para definir cómo solicitar procedimientos o exámenes de apoyo diagnóstico, información necesaria para la solicitud y personal asignado para esta actividad
2. Se tiene establecida una política de confidencialidad en los diagnósticos y resultados de los procedimientos y exámenes realizados.
3. Se instruye al paciente, familiar, acompañante y/o cuidador sobre el motivo de solicitud de cada prueba, la preparación para la toma de los procedimientos y exámenes a los cuales es referido, independiente que sean realizados en otra institución. Esta indicación no sustituye la que debe brindársele por parte del proceso de asignación de citas.
4. Se cuenta con un procedimiento de coordinación entre instituciones para efectos de la referencia de los pacientes y la continuidad de la atención, incluye retroalimentación y entrega oportuna de los resultados.
5. Cuando se remiten muestras, existe un protocolo de identificación, transporte, conservación, embalaje, remisión y entrega de resultados.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

6. Se informa al usuario la disponibilidad de citas para la toma oportuna de exámenes y procedimientos.
7. La institución debe definir previamente si los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen o procedimiento. En cualquiera de los dos casos se le debe informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su entrega, contemplando el procedimiento a seguir en el caso que el paciente no los pueda reclamar directamente.
8. Se tienen definidos los medios y requisitos para la entrega de los resultados (directamente o a través de recursos tecnológicos), garantizando la verificación del paciente correcto y en ningún caso se entregaran de manera verbal.
9. Una vez obtenidos los resultados de los procedimientos o exámenes, se debe garantizar que:
 - a. En la historia clínica del paciente quedan registrados los resultados y las conductas seguidas por el profesional tratante.
 - b. Se provee información a los usuarios y familiares, acompañantes y/o cuidadores sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad o con discapacidad cognitiva.
 - c. Se tiene definido un procedimiento en el caso de situaciones específicas y normativas que así lo exijan, para la entrega y retroalimentación sobre los resultados de los exámenes y procedimientos directamente al paciente, definiendo el personal responsable de brindar la información que puede incluir consejería previa y posterior a la práctica del examen o procedimiento.
 - d. Se definen los casos en los cuáles la institución garantizará la ayuda de material audiovisual o escrito para brindar información acerca de los resultados
 - e. Se aplican los mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollan medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos, si aplica.

REMISIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS

1. Previo al traslado, se debe garantizar que la institución a donde se remite cuenta con el servicio.
2. En el proceso de traslado se debe registrar la información clínica relevante del paciente.
3. Se tienen procedimientos para atención oportuna, segura, efectiva, pertinente y continua de pacientes remitidos en condición crítica (concepto de ventana, preeclampsia, infarto agudo de miocardio, sangrado, entre otros) a otro servicio con un mayor grado de complejidad.
4. Se tienen definidos criterios de evaluación del tiempo de recepción del paciente que incluya el concepto de ventana, por ejemplo en trombólisis o atención de pacientes críticos.
5. Se tienen definidos indicadores relacionados con la seguridad, accesibilidad, oportunidad, pertinencia, efectividad, aceptabilidad, continuidad en el proceso de atención del servicio de urgencias.
6. Se evalúa la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas.

REMISIÓN A SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A LOS DE BAJA COMPLEJIDAD

1. Los profesionales explican al usuario la pertinencia de por qué es necesario contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento.
2. Se provee información sobre cómo solicitar la cita y los trámites administrativos que debe realizar.
3. Existen acciones coordinadas entre los servicios, sedes en red del prestador e instituciones para establecer parámetros de accesibilidad, oportunidad y continuidad en el proceso de remisión
4. Se tienen definidos indicadores que midan la accesibilidad, oportunidad y continuidad en el proceso de remisión.

REMISIÓN A SERVICIOS DE INTERNACIÓN

1. Si el paciente es remitido directamente a un servicio de internación, se debe garantizar la coordinación de este proceso desde la institución.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 2. Cuando el paciente se remite fuera de la institución se cuenta con los registros de la remisión así como de la evidencia del cumplimiento de las condiciones necesarias para la continuidad de la atención.
- 3. La institución se asegura que el usuario fue atendido por la institución a la cual fue remitido.
- 4. Se tienen definidos indicadores que midan la accesibilidad, oportunidad y continuidad en el proceso de remisión al servicio del grupo de internación.

REMISIÓN A ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- 1. Se cuenta con procesos y criterios explícitos, conocidos por el personal de la institución, apoyados preferiblemente en los sistemas de información (sistemas de alarmas, recordatorios, etc.), para remitir los pacientes a la realización de actividades de promoción y mantenimiento de la salud.
- 2. Se tienen definidos indicadores que midan la accesibilidad, oportunidad y continuidad en el proceso de remisión y atención en desarrollo de las estrategias implementadas de promoción y mantenimiento de la salud.

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

- 1. Orienta al usuario sobre en qué lugar y en qué horarios se suministran los medicamentos.
- 2. En la institución el proceso de entrega de medicamentos está a cargo del servicio farmacéutico, donde el Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia brindan la información de forma oportuna, veraz, sustentada en la evidencia científica. La información se brinda como mínimo verbalmente, de forma clara y simple para la comprensión del usuario, familiar, acompañante y/o cuidador.
- 3. En el servicio farmacéutico se ofrece información escrita y verbal al usuario sobre los aspectos indispensables del correcto uso de los medicamentos, tales como: condiciones de almacenamiento, forma de reconstitución, como medir la dosis, cuidados que se deben tener en la administración, efectos indeseables e interacciones de los alimentos y otros medicamentos, reacciones adversas, contraindicaciones y la importancia de la adherencia a la terapia.
- 4. Se tienen definidos indicadores que midan la oportunidad y la completitud en la entrega de los medicamentos

Entrega de Resultados

Estándar 65. Código: (AsER1)

5

4

3

2

1

NA

La institución cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico que garantizan la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.

Criterios:

- 1. Define un procedimiento para eliminar la utilización de siglas, abreviaturas, usados en los reportes de los exámenes de apoyo diagnóstico y capacita al personal en estos procedimientos.
- 2. Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto.
- 3. Se tiene estandarizado un proceso de clasificación y ordenamiento de los procedimientos de apoyo diagnóstico solicitados, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuarlos por orden de prioridad.
- 4. La entrega de todos los resultados de exámenes, estudios y procedimientos es de manera escrita. En ningún caso, el resultado puede ser entregado de manera verbal al usuario.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 5. La institución almacena y conserva el reporte original de los resultados de los exámenes de apoyo diagnóstico que son realizados por un tercero
- 6. Proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia y la trazabilidad entre los diferentes registros.
- 7. Se garantiza la entrega de todos los reportes al usuario o al médico tratante según lo definido en el proceso, con pautas específicas para la entrega de aquellos resultados que puedan influir en la integridad de las personas (ej.: cáncer, VIH, abuso de cualquier tipo, procedimientos parte de un proceso legal, etc.).
- 8. Se tiene definido un proceso para evaluar la correlación clínica de los resultados de los exámenes y estudios realizados.
- 9. La asesoría permanente a los profesionales que lo requieran para la correcta interpretación de los resultados.
- 10. Procedimientos para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados. En estos casos, se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados dejando constancia de dicha anomalía.
- 11. El análisis de errores en cualquiera de las fases de la entrega de resultados para tomar acciones correctivas.
- 12. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.
- 13. Esta información debe formar parte del programa de seguridad del paciente.

Retroalimentación por parte del paciente

Estándar 66. Código: (AsRP1)

5

4

3

2

1

NA

La institución tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas, reclamos y denuncias de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva, así como la retroalimentación al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento. Incluye:

Criterios:

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

Sedes integradas en red

Estándar 67. Código: (AsSIR1)

5

4

3

2

1

NA

Existe trabajo en forma conjunta entre la institución prestadora de servicios de salud incluyendo las sedes, con las entidades responsables del aseguramiento, cuando haga parte de las redes de prestadores de servicios de salud, propendiendo por la accesibilidad de los servicios y continuidad de la atención en salud.

Criterios:

- 1. Cuando la institución hace parte de la red de un asegurador, existe un documento donde se describen los procesos y procedimientos para retroalimentar a la entidad responsable de pago

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- de los servicios de salud, sobre el análisis de la información de los usuarios que ingresan a la institución y durante su tratamiento, entre otros.
2. Se tienen definidos procesos de atención que garanticen la coordinación y continuidad del proceso de atención del usuario.

Estándar 68. Código: (AsSIR2)

5

4

3

2

1

NA

La institución tiene definidos y documentados los servicios que oferta en cada una de las sedes en red, esta información debe ser clara para el usuario, familiar, acompañante y/o cuidador.

Criterios:

1. Tiene definido y se brinda información clara al usuario, familiar, acompañante y/o cuidador sobre el portafolio de servicios para cada una de las sedes donde se realizará la atención del usuario.
2. Cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de asignación de citas en los servicios ofertados en cada sede.

Estándar 69. Código: (AsSIR3)

5

4

3

2

1

NA

La institución con sedes integradas en red cuenta con un proceso que permite centralizar la información reportada por cada una de las sedes, con el fin de monitorizar la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos.

Criterios:

1. Se definen mecanismos para poder acceder y monitorizar la información de gestión de la calidad de las historias clínicas de cada una de las sedes en red, incluido el seguimiento y análisis de los eventos adversos.
2. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.

Estándar 70. Código: (AsSIR4)

5

4

3

2

1

NA

Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta de acuerdo con la interoperabilidad de la historia clínica y se consolide luego de cada atención del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico (papel).

Estándar 71. Código: (AsSIR5)

5

4

3

2

1

NA

Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, tanto en los contenidos clínicos como administrativos. Los registros deben garantizar su completitud, independiente de donde se atienda el paciente, y deben facilitar la continuidad de los cuidados del mismo.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 72. Código: (AsSIR6)

5

4

3

2

1

NA

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

Estándar 73. Código: (AsSIR7)

5

4

3

2

1

NA

En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de los servicios y modalidades, atenciones de promoción y mantenimiento de la salud, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde la gerencia.

Estándar 74. Código: (AsSIR8)

5

4

3

2

1

NA

En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de los servicios de apoyo diagnóstico, tales como: laboratorio clínico, Imágenes diagnósticas, entre otros, adicionalmente los de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.

Estándar 75. Código: (AsSIR9)

5

4

3

2

1

NA

Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.

Estándar 76. Código: (AsMCC1)

5

4

3

2

1

NA

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:

Criterios:

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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

7.2. Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo Gerencial a los Procesos Asistenciales

7.2.1. Grupo de Estándares de Direccionamiento

Estándares 77 al 95

Intencionalidad del Grupo de Estándares de Direccionamiento (DIR)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el usuario, en el cliente interno y de mejoramiento continuo de la calidad. Para el efecto, la organización cuenta con procesos para:

- i. La lectura del entorno.
- ii. La formulación y revisión periódica del direccionamiento estratégico.
- iii. La construcción de un plan de direccionamiento estratégico.
- iv. La comunicación, difusión y orientación del personal.
- v. La sustentación de la gestión del personal ante las directivas.
- vi. El seguimiento y evaluación del direccionamiento estratégico y del plan estratégico.
- vii. La evaluación integral de la gestión en salud.

Esto incluye:

- a. El énfasis en los siguientes ejes: atención centrada en el usuario de los servicios de salud, la gestión clínica excelente y segura, la humanización de la atención en salud, la gestión del riesgo, la gestión de la tecnología, proceso de transformación cultural permanente y la responsabilidad social.
- b. La incorporación de la normatividad relevante, los aspectos éticos, las necesidades del usuario, su familia y/o cuidadores, las necesidades de los trabajadores, la relación con la comunidad a la que sirve y la interacción con otras institución en el desarrollo de un ambiente saludable.
- c. La articulación del direccionamiento estratégico con los procesos de cada unidad o servicio y su gobierno clínico.
- d. La educación continua de las directivas.
- e. La viabilidad financiera para la ejecución de los planes.
- f. El direccionamiento estratégico central cuando existen sedes organizadas en red.
- g. La conformación interdisciplinaria de los equipos de autoevaluación de estándares de acreditación.
- h. La sostenibilidad de la cultura de calidad, del mejoramiento continuo y el mantenimiento de los requisitos de entrada a la acreditación definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación y Organismo Nacional de Acreditación en Salud.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 77. Código: (DIR1)

5 4 3 2 1 NA

La organización dispone de una planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos de acuerdo con un análisis previo sobre su actividad, las expectativas de la población a la que atiende y los recursos disponibles:

Criterios:

1. Definición de su misión, visión, valores y principios.
2. La incorporación de un modelo de prestación en salud basado en estrategias de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial.
3. Pertenecer a las redes de servicios de salud de los aseguradores, cuando aplique.
4. Estrategias de promoción y mantenimiento de la salud y acciones en salud pública.
5. Análisis documentado sobre la población a la que presta servicio y la actividad que se realiza, que proporciona la información de base para definir sus estrategias.
6. La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.
7. La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.

Estándar 78. Código: (DIR2)

5 4 3 2 1 NA

Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes:

Criterios:

1. La dirección, la alta gerencia y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.
2. Aspectos éticos y normativos.
3. Los cambios del entorno.
4. La seguridad del paciente y los colaboradores.
5. La gestión clínica y la gestión de riesgo.
6. Las necesidades y humanización durante la atención del usuario, su familia y/o cuidador.
7. La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores.
8. La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.
9. Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.
10. La sinergia y la coordinación entre las diferentes sedes de la institución para la atención de los usuarios.
11. Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad, el medio ambiente, y sus grupos de interés en general.
12. La institución identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable.
13. Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.

Estándar 79. Código: (DIR 3)

5 4 3 2 1 NA

Los líderes de la organización están identificados y son responsables colectivamente de definir la misión de la organización y crear los programas y políticas necesarios para cumplir la misión.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- Criterios:
- 1. Aprobar y revisar periódicamente la misión de la institución y garantizar que el cliente interno y externo y las partes interesadas la conozcan.
 - 2. Establecer las políticas y aprobar los diferentes programas necesarios para la gestión operativa de la institución.
 - 3. Garantizar los recursos para la operación y funcionamiento de la institución y para cumplir con la misión, políticas y programas.
 - 4. Designar y evaluar al personal directivo mediante procesos y criterios establecidos.

Estándar 80. Código: (DIR 4)

5 4 3 2 1 NA

La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico, incorporando actividades relacionadas con el Modelo de prestación en salud, su formulación, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.

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

Estándar 81. Código: (DIR 5)

5 4 3 2 1 NA

La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.

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

Estándar 82. Código: (DIR 6)

5 4 3 2 1 NA

La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos del Plan Estratégico y los Planes operativos. Incluye:

- Criterios:
- 1. Consistencia con los valores, misión y visión de la organización.
 - 2. La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario, su familia y/o cuidador, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social
 - 3. Un sistema para su monitorización, seguimiento y evaluación de las metas y objetivos planteados en el plan.
 - 4. Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan acciones de mejora.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 83. Código: (DIR.7)

5 4 3 2 1 NA

La Política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 84. Código: (DIR.8)

5 4 3 2 1 NA

La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios para promover, proteger y mejorar calidad de la atención en salud a la población que sirve; la misma hace parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.

Criterios:

- 1. La política de prestación de servicios está dirigida al usuario, familiar, y/o cuidador y colaboradores, sin ningún tipo de discriminación.
- 2. La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas de atención en salud.
- 3. Tiene definidos el despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión.
- 4. El personal está familiarizado con la política de prestación de servicios y se incluye en los procesos de inducción del personal nuevo.
- 5. Se asegura la competencia necesaria del personal asistencial y de apoyo que tiene a su cargo la implementación de la política para llevar a cabo las estrategias de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria a nivel territorial.
- 6. La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de promoción y mantenimiento de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.
- 7. Se asegura un plan para la evaluación de la política, incluidas las directrices para la recolección y el análisis de datos y se verifica su cumplimiento.

Estándar 85. Código: (DIR9)

5 4 3 2 1 NA

La organización tiene diseñado, implementado y evaluado una Política de Gestión Financiera que garantiza la viabilidad financiera institucional a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización. Esta política hace parte del direccionamiento estratégico.

Criterios:

- 1. Garantía de suficiencia patrimonial y financiera
- 2. Estados financieros consolidados oficiales avalados por Revisor Fiscal que permitan demostrar solidez financiera, e indicadores de liquidez y endeudamiento aceptados de acuerdo con reglamentación vigente.
- 3. Procesos operativos de facturación, auditoría y cobranza que garanticen efectividad administrativa
- 4. Política de manejo de inventarios que garantice suficiencia, continuidad y disponibilidad de insumos de gestión institucional
- 5. Plan de compras institucional que incluya el registro y evaluación de los proveedores.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 6. Estructura tarifaria que contribuya a la viabilidad financiera en relación con los costos de operación.
- 7. Formas de contratación y mecanismos de pago prestador-asegurador que garanticen tarifa adecuada y flujo de caja oportuno.
- 8. Registros contables en cumplimiento de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) aplicables a cada tipo de entidad y del Plan General de Contabilidad Pública
- 9. Cumplimiento de obligaciones tributarias con Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN.
- 10. Cumplimiento de reportes financieros a entes de Vigilancia y Control especialmente Superintendencia Nacional de Salud.

Estándar 86. Código: (DIR10)

5

4

3

2

1

NA

La organización establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa.

Criterios:

- 1. Se encuentran implementados los flujos y tipos de canales de comunicación interna y externa de la institución.
- 2. Se establecen los procesos de comunicación efectiva dentro y fuera de la institución y la difusión de la información necesaria para el desarrollo de las actividades.
- 3. Se tienen implementados mecanismos de control social como la rendición de cuentas ante la comunidad y grupos de interés, en el marco de los principios de Buen Gobierno.
- 4. Está definida la información a difundir utilizando los canales de comunicación.
- 5. Se han definido responsabilidades para la comunicación interna y externa de la Institución.
- 6. Se monitoriza el uso adecuado de los canales de comunicación internos y externos.

Estándar 87. Código: (DIR11)

5

4

3

2

1

NA

La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.

Criterios:

- 1. Socialización sistemática del direccionamiento y plan estratégico con todas las unidades o servicios y con las sedes cuando funciona en red.
- 2. Inducción, reinducción y entrenamiento de todo el personal de la institución en el despliegue del direccionamiento estratégico.
- 3. Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.
- 4. Se evalúan las desviaciones encontradas y se toman correctivos.

Estándar 88. Código: (DIR12)

5

4

3

2

1

NA

La Política de Prestación de Servicios de salud está definida, implementada y alineada con la Política y Modelo de prestación en Salud o su equivalente, como instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población, a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades.

Criterio:

- 1. Desarrollan acciones coordinadas en la prestación del servicio teniendo en cuenta el aseguramiento, salud pública, el enfoque territorial, diferencial y comunitario, articulación intersectorial y gobernanza como instrumentos de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 89. Código: (DIR13)

5

4

3

2

1

NA

La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una Política de Gestión Integral del Riesgo en Salud orientada a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.

Criterios:

1. Identificación y ponderación de los riesgos de salud pública existentes en cada ámbito territorial.
2. Identificación de los grupos de riesgo y sus características.
3. Priorización de grupos de riesgo y eventos de atención.
4. Planeación en el territorio y mecanismos de interacción entre los actores del sistema dentro de sus competencias.
5. Recolección, análisis y sistematización de evidencia sobre las potenciales acciones para la detección del riesgo.
6. Monitoreo de las intervenciones colectivas y de gestión clínica que se implementen para la reducción del riesgo o la gestión adecuada de la enfermedad.
7. Desarrollo, implementación y adaptación de rutas, protocolos y sistemas de monitoreo y atención a lo largo de los procesos de gestión clínica en las redes de prestadores de servicios de salud cuando haga parte de estas.
8. Identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y desenlace de la enfermedad de carácter individual y colectivo, o referidas al entorno donde se vive, trabaja o deambula.
9. Seguimiento de cohortes de grupos de riesgo para monitorear el adecuado manejo y aplicación de las rutas.
10. Aplicación de modelos predictivos de riesgo.
11. Minimización del riesgo de eventos de enfermedad o la gestión de los casos según clasificación.
12. Manejo e interoperabilidad de la información entre los agentes del sistema.

Estándar 90. Código: (DIR14)

5

4

3

2

1

NA

Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización y con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, realiza seguimiento a:

Criterios:

- 1 Resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad.
- 2 Evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados.
- 3 Evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento.
- 4 Evaluación de la revisión de utilización de los servicios: sobreutilización y subutilización.
- 5 El enfoque y los resultados de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.
- 6 Evaluación de gestión de riesgo.
- 7 La capacidad resolutoria de los equipos multidisciplinarios en salud.
- 8 Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 91. Código: (DIR15)

5

4

3

2

1

NA

La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.

Criterios:

- 1
- Desarrollo de los ejes de la acreditación: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, transformación cultural y responsabilidad social.
- 2
- Inducción y reinducción.
- 3
- Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.
- 4
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 92. Código: (DIR16)

5

4

3

2

1

NA

Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a las directivas de la organización.

Criterios:

- 1
- Todos los integrantes de la dirección reciben a su ingreso orientación sobre la organización, sus funciones, los procesos de direccionamiento en salud y cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo y realizan autoevaluación.
- 2
- La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes, sus familias y/o cuidadores.
- 3
- Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades o servicios asistenciales asesoran a las directivas de la organización.
- 4
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 93. Código: (DIR17)

5

4

3

2

1

NA

En las instituciones con sedes integradas en red, incluidos terceros contratados, 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 y 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.

Criterios:

1.
- El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se generan la sinergia y la coordinación en torno al usuario entre las diferentes sedes. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia.
2.
- El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.
3.
- El presente estándar no exime a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 4. La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de una red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, la monitorización y la mejora de dichos procesos, de acuerdo con las directrices emanadas de la gerencia de la red.
- 5. El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red

Estándar 94. Código: (DIR18)

5

4

3

2

1

NA

Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización, cuando aplique.

Criterios:

- 1 Personal clínico-docente con formación en pedagogía.
- 2 Políticas de investigación.
- 3 Experiencia docente.
- 4 Plan de desarrollo docente.
- 5 Políticas de formación y educación continuada.
- 6 Definición clara de roles.
- 7 Asignación de responsabilidades.
- 8 Evaluación de la relación docencia-servicio
- 9 Definición de recursos aportados por las partes.
- 10 Evaluación de competencias.
- 11 Orientación de la docencia hacia actividades de promoción y mantenimiento de la salud, acciones en salud pública y atención primaria en salud.

Estándar 95. Código: (DIRMCC1)

5

4

3

2

1

NA

La organización gestiona las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares.

Criterios:

- 1 El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- 2 La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.
- 3 Evidenciar la articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
- 4 Realizar actividades de seguimiento a resultados obtenidos a través de estrategias de mejoramiento, verificación del cierre de ciclo para propender por el mantenimiento y aseguramiento de la calidad.
- 5 Mecanismos y estrategias que permitan evidenciar la comunicación efectiva de los resultados obtenidos a partir de los procesos de mejoramiento.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

7.2.2. Grupo de Estándares de Gerencia

Estándares del 96 al 116

Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gerencia (GER)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión en el mejoramiento continuo de la calidad, centrado en el usuario y en el cliente interno y externo. Para tal efecto, la organización cuenta con procesos de:

- i. Identificación de los clientes internos y externos de los procesos y de sus necesidades.
- ii. Definición y monitorización de metas y objetivos por las unidades o servicios asistenciales, alineados con las metas y los objetivos institucionales.
- iii. Identificación y cumplimiento de los requisitos de entrada al proceso de acreditación.
- iv. Asignación de recursos físicos, financieros y de talento humano para las labores de mejoramiento.
- v. Protección de los recursos.

Si la organización delega servicios, establece procesos para definir, acordar y monitorizar criterios de alineación entre el servicio delegado y los lineamientos, políticas institucionales y los estándares de acreditación que apliquen, así como el mejoramiento de los servicios delegados.

Definición de la alta gerencia de estrategias y acciones para acompañar y apoyar con recursos a los niveles operativos en las actividades de mejoramiento de los procesos, con un enfoque de autocontrol de los responsables de los procesos y el cumplimiento y respeto de los deberes y los derechos de los pacientes.

El propósito es que la organización obtenga cada vez mejores resultados en los procesos institucionales o delegados en relación con los logros esperados institucionales. Para tal efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad. Esto incluye:

- a. La definición de un plan con objetivos y estrategias, basado en la información obtenida del equipo de salud, del usuario, su familia y/o cuidador.
- b. La determinación de procesos prioritarios de atención e implementación de las actividades de mejoramiento en concordancia con las prioridades.
- c. La monitorización del mejoramiento de los procesos mediante la medición de resultados.
- d. La divulgación y despliegue de los resultados del mejoramiento entre los trabajadores de la institución.
- e. La identificación y respuesta efectiva a las necesidades.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 96. Código: (GER1)

5

4

3

2

1

NA

La organización dispone de un plan de liderazgo compartido con el propósito de alcanzar los objetivos institucionales.

Criterios:

1.

El liderazgo institucional se identifica desde el direccionamiento estratégico.
2.

El liderazgo institucional es compartido y hay colaboración para desarrollar los programas, las políticas y los servicios para cumplir con el plan estratégico.
3.

Están definidos los perfiles de los líderes requeridos e identificación de líderes con base en los perfiles.
4.

Implementación de un programa de desarrollo para líderes.
5.

Los colaboradores conocen a sus líderes y sus responsabilidades.

Estándar 97. Código: (GER2)

5

4

3

2

1

NA

En la Organización, la alta gerencia planifica, desarrolla, coordina e implementa los lineamientos estratégicos y evalúa los resultados con base en indicadores de desempeño, cifras y hechos e información comparativa.

Criterios:

1.

La alta gerencia de la institución guía el proceso de planificación y evaluación organizacional que incluye administración y gestión de recursos, personal y procesos financieros para el mejoramiento continuo de la calidad.
2.

Toma de decisiones relacionadas con la compra o el uso de recursos, humanos y técnicos, con un entendimiento de las implicaciones de calidad y seguridad de esas decisiones.
3.

La Integración del presupuesto, el plan de objetivos y los esfuerzos para mejorar los procesos organizacionales.
4.

Garantiza que las áreas e infraestructura disponibles son compatibles con la misión y los servicios ofrecidos.
5.

Priorización en la institución de los procesos, resultados clínicos y administrativos que se medirán y qué actividades de mejora se implementarán.

Estándar 98. Código: (GER3)

5

4

3

2

1

NA

La organización promueve la participación social en salud como un elemento de mejora continua.

Criterios:

1.

Habilitación de canales de participación social en salud con el fin de aportar su visión sobre la mejora institucional.
2.

Se incorpora la información obtenida por los canales de participación social en salud a la toma de decisiones institucional.
3.

Se informa a los ciudadanos que han usado los canales de participación social en salud sobre el tratamiento que han recibido sus aportes.
4.

La alta gerencia analiza y trabaja para mejorar los canales de participación social en salud, tanto desde un punto de vista cuantitativo (participantes) como cualitativo (aportes).

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 99. Código: (GER4)

5

4

3

2

1

NA

La Organización implementa las acciones que garantizan la viabilidad financiera institucional en cumplimiento del modelo de prestación definido

Criterios:

1.

La organización garantiza la gestión administrativa y financiera alineada con las prioridades de salud en el territorio y en concordancia con el modelo de prestación basado en Atención Primaria en Salud.
2.

La organización tiene definida una plataforma contractual que garantiza condiciones adecuadas de suficiencia patrimonial y financiera, incluyendo oferta de valor, tarifas, flujo de caja, cartera sana y crecimiento razonable en producción
3.

La organización tiene procesos definidos, implementados y evaluados para garantizar la facturación de servicios, la cobranza, el recobro y el recaudo adecuados y oportunos con todos sus pagadores.
4.

La organización efectúa el seguimiento sistemático y periódico a la ejecución presupuestal y al comportamiento de los estados financieros y genera correctivos a desviaciones presentadas.

Estándar 100. Código: (GER. 5)

5

4

3

2

1

NA

Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes, internos y externos y proveedores, de acuerdo con los objetivos de las unidades o servicios asistenciales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.

Criterios:

- 1

Metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores.
- 2

Definición de un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores evaluando la efectividad de las respuestas.
- 3

Definición de un proceso, socializado, implementado y evaluado para la atención al cliente, basado en la identificación de necesidades y expectativas del usuario, su familia, acompañante y/o cuidador.

Estándar 101. Código: (GER. 6)

5

4

3

2

1

NA

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

Estándar 102. Código: (GER.7)

5

4

3

2

1

NA

Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer durante el proceso de atención.

Criterios:

1.

Análisis Costo beneficio.
2.

Proceso de evaluación inicial para identificar las necesidades de atención en salud de todos los pacientes.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 3. En la definición de los servicios se tiene en cuenta el enfoque diferencial de la población objeto.
- 4. Determinación de las necesidades del usuario en relación con los diferentes determinantes de salud (sociales, económicos, ambientales, educativos, entre otros)

Estándar 103. Código: (GER. 8)

5

4

3

2

1

NA

La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:

Criterios:

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

Estándar 104. Código: (GER. 9)

5

4

3

2

1

NA

La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales.

Criterios:

- 1. Un proceso planificado para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de comparación.
- 2. Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (identificación de parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).
- 3. De acuerdo con el alcance y delimitación de cada proceso se incluyen y explicitan los mecanismos de identificación de necesidades de clientes y proveedores y los responsables.
- 4. Cuentan con mecanismos de control (acuerdos de servicios) para evaluar la efectividad de la respuesta frente a sus clientes y proveedores, este proceso de evaluación es sistemático.
- 5. Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.
- 6. Evaluación de resultados ajustados por riesgo.
- 7. Seguridad del paciente: Eventos adversos e incidentes
- 8. Humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- 9. Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado.

Estándar 105. Código: (GER. 10)

5

4

3

2

1

NA

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. Esto es demostrado a través de:

Criterios:

- 1. Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.
- 2. Desarrollo de un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.
- 3. Apoyo al desarrollo de los ejes de la acreditación: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, transformación cultural y Responsabilidad Social.
- 4. Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.
- 5. Reconocimiento a la labor de las unidades o servicios asistenciales de la organización.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 106. Código: (GER. 11)

5

4

3

2

1

NA

La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos:

Criterios:

1.

Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.
2.

Está alineado con la Política de Atención Integral en Salud, basado en la estrategia de atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial.
3.

Proveen orientación para el proceso de atención del cliente.
4.

Son consistentes con el proceso de atención del paciente y su familia.
5.

Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento.

Estándar 107. Código: (GER. 12)

5

4

3

2

1

NA

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

Criterio:

1.

Fomenta el gobierno clínico de las unidades o servicios asistenciales

Estándar 108. Código: (GER.13)

5

4

3

2

1

NA

La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente, su familia y/o cuidadores. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:

Criterios:

1.

Dignidad personal.
2.

Privacidad.
3.

Seguridad.
4.

Respeto.
5.

Comunicación.

Estándar 109. Código: (GER.14)

5

4

3

2

1

NA

Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores. El proceso contempla:

Criterios:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

1. Una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo.
2. Una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes.
3. Mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar
4. Mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización, personal en práctica formativa, docentes e investigadores.
5. Mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos.
6. Mecanismo para reportar por parte del cliente interno, paciente, su familia y/o cuidador, cuando son agredidos durante su estadía en la organización, este es socializado.
7. Estrategias para educar a los colaboradores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. Esto incluye a personal en prácticas formativas, docentes e investigadores.
8. Mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.

Estándar 110. Código: (GER.15)

5 4 3 2 1 NA

Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional o servicio asistencial de la organización. Lo anterior se logra a través de:

Criterios:

1. Revisión de prioridades en el plan estratégico.
2. Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.
3. Evaluación de los recursos disponibles.
4. Balance oferta-demanda.
5. Análisis de los presupuestos.
6. Evaluación de costo beneficio.

Estándar 111. Código: (GER.16)

5 4 3 2 1 NA

Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante:

Criterios:

1. Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo
2. Monitorización y gestión de la cartera.
3. Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.
4. Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.
5. Análisis de la productividad.
6. Análisis de costos.
7. Gestión de inventarios.
8. Gestión de seguros.
9. Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.
10. Aplicación del código de ética en el uso de los recursos.
11. Auditoría y mejoramiento de procesos.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

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

Estándar 112. Código: (GER.17)

5 4 3 2 1 NA

Cuando la organización decida contratar a otras instituciones o personas, la prestación de algún servicio, debe garantizar:

Criterios:

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

Estándar 113. Código: (GER.18)

5 4 3 2 1 NA

La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación:

Criterios:

- 1. Considera requisitos y normatividad vigente, especialmente la relacionada con acreditación educativa.
- 2. Identificación de recursos para la práctica formativa.
- 3. Desarrollo de investigaciones acorde con su complejidad y vocación institucional que generen conocimiento.
- 4. Actividades específicas para el seguimiento de la relación docencia-servicio y al personal en prácticas formativas.
- 5. Balance y costo-beneficio de la relación docencia-servicio y de la investigación.
- 6. Balance y adecuación de la infraestructura para la prestación de servicios y el desarrollo de actividades de personal en práctica formativa.

5 4 3 2 1 NA

Estándar 114. Código: (GER.19)

En la organización, la gerencia cuenta con un sistema de información consistente, que permite evaluar la actividad administrativa, los niveles de satisfacción del cliente interno y externo y permite la integración con el programa institucional de calidad.

Estándar 115. Código: (GER.20)

5 4 3 2 1 NA

Se ha definido e implantado un sistema de monitorización para los resultados de las unidades o servicios asistenciales de la organización:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Criterios:

- 1. Se dispone de un sistema de seguimiento a los resultados, con base en indicadores, que permita establecer objetivos, identificar desviaciones y corregir sus causas.

Estándar 116. Código: (GERMCC1)

5

4

3

2

1

NA

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:

Criterios:

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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

7.2.3. Grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano

Estándares del 117 al 137

Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano (TH)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios. Para ello, la organización cuenta con procesos de:

- i. Identificación y respuesta efectivas a las necesidades del talento humano.
- ii. Planeación del talento humano institucional.
- iii. Desarrollo de estrategias para promover la atención centrada en el usuario, la seguridad del paciente, la humanización de la atención en salud, la gestión del riesgo, la gestión de la tecnología, transformación cultural y responsabilidad social.
- iv. Educación continuada.
- v. Evaluación competencias y desempeño.
- vi. Mejoramiento de la seguridad y salud en el trabajo.
- vii. Evaluación sistemática de la satisfacción del cliente interno y medición del clima laboral
- viii. Desarrollo de la transformación cultural.

Esto incluye:

- a. Garantizar competencias del talento humano en el rol que desempeña en la institución.
- b. Empoderar el talento humano para asumir las responsabilidades que le han sido asignadas.
- c. Desarrollar un sistema de estímulos que promueva la formación del talento humano.
- d. Gestión del conocimiento mediante su generación, transformación, uso y transferencia con el objetivo de crear una cultura fundamentada en el aprendizaje organizacional.
- e. Aplicar los procesos descritos al talento humano, incluidos todos los colaboradores de la institución, independientemente de la modalidad de vinculación.
- f. Acondicionar las áreas y puestos de trabajo para mejorar el desempeño de los colaboradores de la institución.
- g. Desarrollar estrategias para promover la comunicación y el diálogo permanente.
- h. Implementar estrategias para evaluar la transformación cultural.

La organización debe obtener cada vez mejores resultados en el desempeño del talento humano alineado con los objetivos y las metas institucionales. Para el efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico, de manera sistemática, con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.

Esto incluye:

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

- a. La definición de un plan con objetivos y estrategias, basado en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y/o cuidador.
- b. La determinación de procesos prioritarios de atención e implementación de las actividades de mejoramiento en concordancia con las prioridades.
- c. La monitorización del mejoramiento de los procesos mediante la medición de resultados.
- d. La divulgación y el despliegue de los resultados del mejoramiento hacia los trabajadores de la institución.

Si la institución proporciona entrenamiento a personal en formación, abarca:

- a. Balance de la relación docencia-servicio.
- b. Articulación de la institución educativa en los procesos de acreditación de la organización.
- c. Desarrollo de Investigación.
- d. Generación y difusión de la gestión del conocimiento

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN - NO CIRCULAR

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 117. Código: (TH1)

5

4

3

2

1

NA

Existen procesos para la gestión del talento humano de la organización, consistentes con los valores, la misión y visión institucionales, orientada a identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:

Criterios:

1. Legislación vigente relacionada con la regulación del talento humano en salud.
2. Evaluación periódica de expectativas y necesidades.
3. Evaluación periódica del clima organizacional.
4. Evaluación periódica del desempeño.
5. Estímulos e incentivos.
6. Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.
7. Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos.
8. Análisis de puestos de trabajo.
9. Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro.
10. Políticas de compensación y definición de escala salarial.
11. Bienestar laboral.
12. Necesidades de comunicación organizacional.
13. Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional.
14. Relación docencia-servicio, cuando aplique.
15. Efectividad de la respuesta.
16. Condiciones laborales en campo
17. Apoyo logístico para actividades laborales extramurales
18. Acceso a la información.

Estándar 118. Código: (TH2)

5

4

3

2

1

NA

Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como:

Criterios:

1. Cambios en el direccionamiento estratégico y estructura organizacional.
2. Desarrollo de estudios de capacidad instalada y carga laboral.
3. Suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y demanda de servicios.
4. Conformación de equipos multidisciplinarios en salud, según necesidades
5. Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
6. Cambios en la planta física.
7. Cambios en la complejidad y modalidad de los servicios.
8. Disponibilidad de recursos.
9. Tecnología disponible.
10. Relación de la oferta y la demanda de servicios con la docencia-servicio.
11. La planeación del talento humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos y deberes, el código de ética, código de integridad y el código del buen gobierno y el diseño del proceso de atención.
12. Evaluación de necesidades de contratación con terceros

Estándar 119. Código: (TH3)

5

4

3

2

1

NA

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

La asignación del talento humano (número y tipo de profesionales, auxiliares, tecnólogos o técnicos necesarios) responde a la planeación y a las fases del proceso de atención y tiene en cuenta:

Criterios:

1. Requisitos y perfil del cargo.
2. Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.
3. Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.
4. Cambios en la oferta y / o demanda de servicio.
5. Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.
6. Supervisión de personal en entrenamiento, si aplica.
7. Asignación de reemplazos en casos de inducción, reintroducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros.
8. Procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.
9. Controles para medición de riesgo cuando se haga uso de radiaciones ionizantes.

Estándar 120. Código: (TH4)

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ NA ☐

Se tiene definido un programa de inducción de personal cuando ingresan a la institución, este incluye personal en formación o entrenamiento cuando aplique.

Criterios:

1. Contenidos de la inducción: orientación a los servicios que presta la institución, estructura organizativa, control de la infección e higiene de manos, seguridad del paciente, confidencialidad de la información del paciente, riesgos laborales para el colaborador y actuación en caso de emergencias.
2. Inducción específica para cada área, unidad o servicio o departamento, que incluyen la explicación de los sistemas de trabajo propios
3. La asignación de labores del personal de salud en formación o en entrenamiento limita sus responsabilidades en función de su nivel de formación y experiencia.
4. Evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes periódicamente para colaboradores antiguos y nuevos en la organización.
5. Plan institucional de educación continuada

Estándar 121. Código: (TH5)

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ NA ☐

Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:

Criterios:

1. Educación.
2. Licenciamiento o certificación, si aplica.
3. Experiencia requerida.
4. Habilidades.
5. Relaciones interpersonales y competencias comportamentales.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 6. Las competencias deben incluir: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.
- 7. El talento humano relacionado con docencia e investigación tiene las competencias para las prácticas formativas asignadas.

Estándar 122. Código: (TH6)

5

4

3

2

1

NA

La Institución provee y garantiza las condiciones laborales del personal que realiza actividades extramurales.

Criterios:

- 1. Seguridad en el transporte
- 2. Elementos de protección personal y relacionados con la prevención de riesgos laborales
- 3. Equipos de comunicación
- 4. Uso de estrategias para la atención resolutive de pacientes (pruebas rápidas, entre otras)
- 5. Uso de aplicaciones para el registro de las atenciones en salud que permitan la integración de la información en la historia clínica.
- 6. Georreferenciación.
- 7. Trabajo en equipos multidisciplinarios cuando se requiere.

Estándar 123. Código: (TH7)

5

4

3

2

1

NA

Existe un programa de seguridad radiológica, cuando en la organización se utilizan radiaciones ionizantes que cumple con el plan de control de riesgos y gestión del servicio y está incorporado en el programa de Seguridad del paciente institucional.

Criterios:

- 1. Tiene como alcance todos los servicios de imágenes diagnósticas.
- 2. El programa tiene en cuenta las prácticas de seguridad y prevención para el personal que hace uso de las radiaciones ionizantes.
- 3. Se cumple la legislación y reglamentación vigente.
- 4. Se tienen disponibles los dispositivos de seguridad para la prevención de riesgos de radiación y protección radiológica.
- 5. Se orienta al personal respecto de las prácticas de seguridad.
- 6. Se realiza educación en el puesto de trabajo sobre nuevos procedimientos, tecnología y materiales peligrosos.

Estándar 124. Código: (TH8)

5

4

3

2

1

NA

Existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización.

Criterios:

- 1. Priorización de los colaboradores relacionados con el proceso de atención y aquellos que participen en las actividades de prácticas formativas, docencia e investigación.
- 2. Se corroboran fuentes de información sobre antecedentes y credenciales.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

En relación con los registros de los colaboradores se garantiza:

- Confidencialidad y seguridad.
- Control en el acceso a los registros.
- Consentimiento de los colaboradores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del talento humano propias de la organización.

Estándar 125. Código: (TH9):

5	4	3	2	1	NA
---	---	---	---	---	----

Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye:

Criterios:

- Direccionamiento estratégico.
- Ambiente de trabajo y sus responsabilidades.
- Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.
- Código de ética y código de buen gobierno.
- Portafolio de servicios y modelo de prestación de salud.
- Estructura organizacional.
- Expectativas del desempeño.
- Requisitos de actividades de seguridad y salud en el trabajo, seguridad del paciente y control de infecciones.
- Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.
- Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica.
- Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos.
- La educación continuada refuerza los conceptos, los procedimientos y las políticas relacionados con el proceso de atención al cliente, su familia y cuidadores.
- Inducción y reinducción.
- El programa de capacitación cuenta con recursos, se cumple, evalúa y ajusta periódicamente.
- Las instituciones educativas con las cuales hay convenios docencia-servicio se articulan con el plan de capacitación.
- El programa incluye un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos, resultados y la gestión del conocimiento.
- Si se cuenta con servicios contratados con terceros, la organización contratada debe garantizar que el personal que allí labora esté capacitada en los temas que la organización considere pertinentes. Estos temas deberán estar alineados con el plan de capacitación institucional y las necesidades del modelo de servicio.

Estándar 126. Código: (TH10)

5	4	3	2	1	NA
---	---	---	---	---	----

La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros contratados, si aplica:

Criterios:

- La competencia es evaluada desde el proceso de selección.
- El desempeño es evaluado y documentado durante el periodo de prueba, cuando aplique.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 3. El mejoramiento de la competencia y el desempeño es revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización.
- 4. En el caso de personal en prácticas formativas, docentes e investigadores se evaluará el cumplimiento de las políticas organizacionales.
- 5. Se provee retroalimentación a los evaluados.
- 6. El sistema de evaluación es dado a conocer a cada una de las personas desde el momento de ingreso a la organización.

Estándar 127. Código: (TH11)

5

4

3

2

1

NA

La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con:

Criterios:

- 1. El entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios tales como:
 - a. Cumplimiento de las responsabilidades a su cargo.
 - b. Pasos o fases del proceso de atención.
 - c. Seguridad del paciente.
 - d. Humanización del servicio.
 - e. Habilidades comunicativas.
 - f. Enfoque de riesgo.
 - g. Gestión de tecnologías.
 - h. Protocolos y guías de atención.
 - i. Investigación científica.
 - j. Entrenamiento de estudiantes, si aplica.

Estándar 128. Código: (TH12)

5

4

3

2

1

NA

En La organización existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los terceros contratados y de los colaboradores de la organización.

Criterios:

- 1. Definición de los colaboradores relacionados con el proceso de atención y aquellos que participen en las actividades de prácticas formativas, docencia e investigación.
- 2. Se corroboran fuentes de información sobre antecedentes y credenciales.
- 3. Existe un proceso estandarizado para reunir, verificar y evaluar las credenciales (educación, licencia / registro y otras credenciales), este incluye los terceros contratados.
- 4. Contempla los miembros del personal que tienen permitido brindar atención al paciente
- 5. En relación con los registros de los colaboradores se garantiza:
 - a. Confidencialidad y seguridad
 - b. Control en el acceso a los registros.
 - c. Consentimiento de los colaboradores para acceder a sus registros, según lo estipulado en la legislación específica vigente.

Estándar 129. Código: (TH13)

5

4

3

2

1

NA

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros contratados, si aplica. Esta evaluación puede ser global o por servicio o área y sus resultados deben ser documentados y compartidos con el personal evaluado.

Criterios:

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

Estándar 130. Código: (TH14)

5

4

3

2

1

NA

La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación organizacional efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades o servicios asistenciales, entre sedes (si aplica), entre servicios y/o unidades no asistenciales y entre la organización y los terceros contratados (si aplica). Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano:

Estándar 131. Código: (TH15)

5

4

3

2

1

NA

En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.

Criterios:

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

Estándar 132. Código: (TH16)

5

4

3

2

1

NA

La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.

Criterios:

- 1. Bienestar
 - a. Trato humano cálido, cortés y respetuoso.
 - b. Consideración del entorno personal y familiar.
 - c. Remuneraciones, incentivos y bienestar.
 - d. Preparación para la jubilación y el retiro laboral.
- 2. Seguridad y salud en el trabajo.
 - a. Análisis del panorama de riesgos y peligros.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- b. Información sobre la calidad y seguridad de la dotación para el personal
- c. Medición de fatiga y estrés laboral.
- d. Carga laboral, turnos y rotaciones.
- e. Ambiente de trabajo.
- f. Abordaje de la enfermedad profesional.
- g. Mejoramiento de la Seguridad y Salud en el trabajo.

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

Estándar 133. Código: (TH17)

5

4

3

2

1

NA

La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional.

Criterios:

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

Estándar 134. Código: (TH18)

5

4

3

2

1

NA

Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima, cuando aplique.

Estándar 135. Código: (TH19)

5

4

3

2

1

NA

Se cuenta con procesos planeados, implementados y evaluados para la supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente, cuando aplique.

Criterios:

- 1. Se identifica al personal responsable de la formación y la supervisión de los estudiantes, su autoridad y responsabilidad.
- 2. La relación del personal responsable de la formación con la institución académica está definida
- 3. La organización tiene un proceso para monitorizar los títulos y los requisitos de los docentes y define sus prerrogativas

Estándar 136. Código: (TH20)

5

4

3

2

1

NA

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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 137. Código: (THMCC1) 5 4 3 2 1 NA

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:

Criterios:

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

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN - NO CIRCULAR

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

7.2.4. Grupo de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico

Estándares del 138 al 151

Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico (GAF)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con los recursos físicos y de infraestructura y con las características técnicas que respondan a las necesidades. En especial que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado y seguro a los usuarios y los colaboradores.

Esto incluye el manejo seguro del ambiente físico, con enfoque de riesgo, consistente con el direccionamiento estratégico, y la promoción de una cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.

Para ello, la organización cuenta con procesos de:

- i. Gestión de insumos y suministros.
- ii. Gestión de la infraestructura física.
- iii. Gestión ambiental.
- iv. Plan de emergencias y desastres internos y externos.
- v. Seguridad y salud en el trabajo.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

Estándar 138. Código: (GAF1)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución y para evaluar la efectividad de la respuesta.

Criterios:

1. Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.
2. Enfoque de riesgo.
3. Mejoramiento de la seguridad y salud en el trabajo.
4. Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.
5. La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda.
6. Plan diseñado, difundido e implementado que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores.
7. Programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.
8. Condiciones para la humanización del ambiente físico.

Estándar 139. Código: (GAF2)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

La organización planifica e implementa un programa para garantizar un entorno seguro del ambiente físico a los pacientes, familias, acompañantes y/o cuidadores, visitantes y colaboradores.

Criterios:

1. Una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.
2. Programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios.
3. Mecanismo para identificar e investigar los incidentes y accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico. Derivado de lo anterior, se generan estrategias para prevenir su recurrencia.
4. Protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente. Estos protocolos son conocidos por el personal que lo aplica y por todos aquellos que la organización considere pertinente. El entendimiento y la aplicación de estos protocolos son evaluados de manera periódica.
5. Protocolos para casos de reúso o reprocesamiento de acuerdo con lo definido por el fabricante.
6. Proceso de esterilización seguro.
7. Manejo seguro de alimentación en cumplimiento de la normatividad sanitaria vigente.
8. Directrices para el uso seguro de ropa hospitalaria y evaluación de su cumplimiento
9. Condiciones del espacio físico para prevenir la contaminación cruzada y contagio de pacientes asintomáticos.
10. Señalización que identifique claramente las zonas, áreas y ambientes, incluyendo las de acceso restringido a personal no autorizado.
11. Cumplimiento de la normatividad en materia de infraestructura segura en salud.
12. Planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno seguro mediante inspección y planificación para reducir los riesgos. Se toman las medidas correctivas.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 140. Código: (GAF3)

5

4

3

2

1

NA

La organización garantiza la documentación legal y técnica de proyectos, autorizaciones y certificados finales de obra e instalaciones, así como otros registros y/o requerimientos en materia de seguridad estructural y de índole sanitaria, esta documentación está disponible y debidamente actualizada.

Criterios:

1.

La organización conoce las instalaciones de su institución y sedes cuando funciona en red, así como sus requerimientos técnico-legales y cuenta con las autorizaciones correspondientes.
2.

Planos arquitectónicos actualizados, conforme a obra, de la distribución de espacios, dimensiones y estructura, así como de las instalaciones de las unidades o servicios. Se encuentran incorporadas todas las remodelaciones, reestructuraciones y/o ampliaciones, realizadas hasta el momento de la evaluación en terreno.
3.

Planos hidráulicos y sanitarios de sus instalaciones.
4.

Certificados de seguridad de la edificación, conformidad de las instalaciones eléctricas según su actividad.
5.

Estudio de vulnerabilidad sísmica y diagnóstico de necesidades de reforzamiento estructural si aplica, acorde con la reglamentación vigente (NSR-10)

Estándar 141. Código: (GAF4)

5

4

3

2

1

NA

La organización ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones.

Criterios:

1.

La institución conoce las necesidades de mantenimiento de las instalaciones físicas.
2.

Plan de mantenimiento de la planta física actualizado, no existen incidencias sin resolver o injustificadas.
3.

Mecanismos definidos y socializados que garantizan la comunicación oportuna a los encargados del mantenimiento de la institución informando la falta de mantenimiento o mal funcionamiento de las instalaciones clave que dan soporte a la atención en salud. Estos incluyen registros y resolución de las solicitudes.
4.

Inspecciones, revisiones y mantenimientos con documentación técnico-legal, evaluaciones, autorizaciones o informes, realizándose el correspondiente seguimiento de dichas actuaciones para emprender las medidas necesarias en caso de posibles incidencias.
5.

La institución asegura que el talento humano o tercero contratado para realizar las inspecciones, revisiones y/o mantenimiento de las instalaciones físicas de la institución están debidamente cualificados, homologados y autorizados para el desarrollo de estas actividades en función de la complejidad requerida.

Estándar 142. Código: (GAF5)

5

4

3

2

1

NA

La organización garantiza la implementación de mecanismos para mantener un entorno seguro y saludable mediante la intervención y el control de vectores, roedores, plagas, entre otros.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 143. Código: (GAF6)

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ NA ☐

La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental.

Criterios:

- 1. Política de gestión ambiental responsable.
- 2. Fomento de una cultura ecológica.
- 3. Uso racional de los recursos ambientales especialmente no renovables (servicios públicos, otros).
- 4. Reciclaje.
- 5. Riesgos de contaminación ambiental.
- 6. Aportes de la organización a la conservación del ambiente.
- 7. La institución habilita herramientas para facilitar la participación y formación de los colaboradores en materia ambiental.
- 8. Evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización.
- 9. Compras sostenibles y uso de energías renovables.

Estándar 144. Código: (GAF7)

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ NA ☐

La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para la gestión segura de los residuos.

Criterios:

- 1. Identificación, clasificación y separación de residuos en la fuente y en el destino final.
- 2. Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y residuos peligrosos o infecciosos (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación.
- 3. Impacto ambiental.
- 4. Elementos de protección para el personal.
- 5. El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.
- 6. Información y educación a los usuarios, familiares y cuidadores sobre el manejo seguro de los residuos, según aplique.
- 7. La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición final de los residuos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita, aun cuando se tenga contratada una empresa encargada de la disposición final de los residuos.
- 8. La organización garantiza la capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a todo el personal de la institución sobre la segregación y disposición final de los residuos.
- 9. Reciclaje y comercialización de materiales
- 10. Monitorización periódica y sistemática de los riesgos y adherencia en el manejo seguro de los residuos, adicional a la implementación de mejoras.

Estándar 145. Código: (GAF8)

5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ NA ☐

La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.

Criterios:

- 1. Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres internos y externos.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- 2. El plan contempla todas las unidades o servicios y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica.
- 3. Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres, a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementan.
- 4. La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna.
- 5. La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación.
- 6. Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan.
- 7. La institución asegura relaciones con las agencias de emergencias y desastres.
- 8. La institución garantiza la información y educación a los usuarios, familiares y /o cuidadores para su preparación en casos de emergencias y desastres.
- 9. La señalización es suficiente, inequívoca, actualizada y en buen estado para la identificación de las áreas claves, los puntos de encuentro o reunión.
- 10. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:
 - a. Disposición de áreas para la recepción de los afectados.
 - b. Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso.
- 11. Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes, sus familias y/o cuidadores.
- 12. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.
- 13. El proceso está acorde con los códigos aprobados. Incluye la desconexión de gases o sustancias inflamables, si aplica
- 14. Educación a los colaboradores de la organización sobre planes en casos de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.
- 15. Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.
- 16. Señalización de sistemas de evacuación.
- 17. Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.
- 18. Proceso de desconexión de gases o sustancias inflamables.
- 19. Sistemas de evacuación señalizados.
- 20. Un sistema de evaluación de simulacros ante emergencias y desastres y la definición de acciones frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 146. Código: (GAF9)

5

4

3

2

1

NA

La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación.

Criterios:

- 1. Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución.
- 2. Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación.
- 3. Mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes.
- 4. Un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente.
- 5. Designación de un responsable de la búsqueda.
- 6. Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización.
- 7. Contacto con la Policía, familia y/o cuidador del paciente.
- 8. Monitorización periódica y sistemática de los riesgos de pérdida de usuarios y adherencia a los procedimientos establecidos para minimizar el riesgo, adicional a la implementación de mejoras.

Estándar 147. Código: (GAF10)

5

4

3

2

1

NA

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

La organización asegura la gestión de insumos y suministros en áreas o ambientes que garanticen el almacenamiento seguro de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, para el uso en atenciones intramurales y extramurales.

Criterios:

- 1. Planificación e implementación de un programa para la gestión de insumos y suministros de forma segura.
- 2. La institución conoce las necesidades de las instalaciones físicas para la gestión de los insumos.
- 3. Conocimiento y cumplimiento de los requisitos legales para el almacenamiento de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, acorde con las recomendaciones del fabricante.
- 4. Garantizar la cadena de frio en la conservación y traslado de muestras biológicas, inmunobiológicos, reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos a nivel intramural o extramural para los casos que aplique.
- 5. Se identifica la cadena de suministros críticos.
- 6. Se evalúa la integridad de cada proveedor de la cadena.
- 7. La toma decisiones sobre los recursos tiene en cuenta los riesgos de la cadena de suministros.
- 8. Se realiza trazabilidad a los suministros críticos para evitar sustituciones.
- 9. Toma de medidas correctivas a las desviaciones encontradas.

Estándar 148. Código: (GAF11)

5

4

3

2

1

NA

La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de productos del tabaco y similares en las instalaciones físicas de la misma.

Criterio:

- 1. Se despliega la política a todos los trabajadores de la organización y se evalúa su apropiación.

Estándar 149. Código: (GAF12)

5

4

3

2

1

NA

La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto, y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores.

Criterios:

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

Estándar 150. Código: (GAF13)

5

4

3

2

1

NA

En las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad y accesibilidad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.

Criterio:

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

1. Se definen planes para garantizar la seguridad, accesibilidad, cumplimiento de normas vigentes relacionadas en los procesos de remodelación, reparación, etc., incluyendo aislamiento del ruido y la contaminación.

Estándar 151. Código: (GAFMCC1)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:

Criterios:

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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

7.2.5. Grupo de Estándares de Gestión de Tecnología

Estándares del 152 al 162

Intencionalidad de Grupo de Estándares de Gestión de Tecnología (GT)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con el respaldo de una gestión tecnológica orientada a la eficiencia, la efectividad, condiciones técnicas de calidad y la seguridad, en un marco de aplicación sensible a las necesidades de los usuarios e institucionales.

Esto incluye el manejo seguro de la tecnología, con enfoque de riesgo, la consistencia con el direccionamiento estratégico y la promoción de cultura institucional para el buen manejo de la tecnología.

Para tal efecto, la organización cuenta con procesos de:

- i. Gestión de equipos biomédicos.
- ii. Gestión de medicamentos, dispositivos médicos, insumos y reactivos.
- iii. Mejoramiento de la gestión de tecnovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia.
- iv. Incorporación de nuevas tecnologías.
- v. Gestión de tecnologías de la información.
- vi. Gestión de tecnologías de soporte.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

Estándar 152. Código: (GT1)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

La organización cuenta con un proceso para la planeación, gestión y evaluación de la tecnología que apoya el proceso de toma de decisiones.

Criterios:

1. Aspectos normativos.
2. Análisis de la relación oferta-demanda.
3. Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.
4. Evaluación de tecnologías de alto costo, si aplica.
5. Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, el personal disponible y la proyección de la institución.
6. Condiciones del mercado.
7. El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: condiciones técnicas de calidad, evidencias de seguridad, información del fabricante, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte técnico, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.
8. El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.
9. La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.
10. La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.
11. Atención humanizada con la tecnología disponible informando los beneficios y riesgos del uso de la misma a los usuarios.
12. Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios.
13. Conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.
14. Evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.

Estándar 153. Código: (GT2)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

La organización asume en la gestión de las tecnologías en salud el equipamiento biomédico y las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura.

Criterios:

1. Planificación e implementación de un programa para la gestión de los equipos biomédicos, define responsables.
2. La institución conoce las necesidades de equipos biomédicos de acuerdo con la oferta de servicios y procedimientos.
3. Conocimiento y cumplimiento de los requisitos legales para la gestión de las tecnologías en salud, incluidas las recomendaciones del fabricante.
4. La institución asegura que el talento humano o tercero contratado para realizar las inspecciones, calibraciones, revisiones y/o mantenimiento de los equipos biomédicos de la institución están debidamente cualificados, homologados y autorizados para el desarrollo de estas actividades.
5. La gestión de los equipos biomédicos incluye:
 - a. Identificación e inventariado de los equipos.
 - b. Ficha técnica que incluya las condiciones para el uso seguro.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

- c. Mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo, se atienden las recomendaciones del fabricante.
- d. formación de los usuarios en el uso y riesgos de los equipos.
- 6. Registro y gestión de incidencias y fallas relacionadas con el uso de los equipos biomédicos.

Estándar 154. Código: (GT3)

5

4

3

2

1

NA

La organización realiza evaluación de la disponibilidad, distribución y acceso real de las tecnologías, en las unidades o servicios y en las sedes integradas en red, si aplica.

Estándar 155. Código: (GT4)

5

4

3

2

1

NA

La organización realiza evaluación de la disponibilidad, distribución y acceso real de las tecnologías, en cuando se realizan atenciones en modalidad extramural y telemedicina, si aplica. Incluye:
Criterios:

- 1. Tecnologías de la información y comunicación acordes con la modalidad ofertada, con el cumplimiento de los requisitos normativos y legales para el uso de estas tecnologías.
- 2. Existencia de mecanismos para garantizar la unificación de la información y registros clínicos generados de estas atenciones a distancia en la Historia Clínica.
- 3. Cuando se oferte telemedicina existe garantía de aceptación por parte del usuario del uso de estas tecnologías mediante la firma del consentimiento informado.
- 4. La Institución desarrolla la modalidad de Telemedicina, orientada a facilitar el acceso y mejorar la oportunidad y resolutiveidad en la prestación de los servicios de salud con énfasis en la baja complejidad.

Estándar 156. Código: (GT5)

5

4

3

2

1

NA

La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.

Criterios:

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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 157. Código: (GT6)

5

4

3

2

1

NA

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

Criterios:

1. La evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución.
2. La gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis de ruta causal, la evaluación de los reportes de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivovigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y a las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa.
3. La difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso.
4. La información a usuarios sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance.
5. La revisión sistemática del estado, mantenimiento y soporte técnico para el funcionamiento de la tecnología en condiciones óptimas.
6. La realización de entrenamiento y reentrenamiento para el uso de la tecnología, que garantiza la comprensión del profesional que la usa y el mantenimiento de las condiciones de seguridad, de acuerdo con las especificaciones del proveedor, el reconocimiento del mal funcionamiento y los mecanismos para corregirlos o reportarlos.
7. La notificación inmediata de fallas y las medidas para evitar daños adicionales a la tecnología o eventos adversos a las personas.
8. La evaluación del inventario, vida útil, disponibilidad de repuestos, partes, etc.
9. La continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños.
10. La evaluación, el seguimiento y el mejoramiento de las medidas implementadas.

Estándar 158. Código: (GT7)

5

4

3

2

1

NA

La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.

Criterios:

1. Pruebas de seguridad.
2. Necesidades de infraestructura.
3. Necesidades de ingeniería, arquitectura y adecuaciones.
4. Relación con el ambiente.
5. Instrucciones impresas u otros recursos tecnológicos en idioma castellano
6. Manuales en idioma castellano, coherente y de fácil uso por los responsables.
7. Entrenamiento al personal encargado y evaluación del conocimiento adquirido.
8. Reporte y análisis de fallas, problemas de utilización, incidentes y eventos adversos asociados a la implementación del uso de la tecnología.
9. Seguimiento a las acciones de mejora implementadas.

Estándar 159. Código: (GT8)

5

4

3

2

1

NA

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

La organización garantiza que el programa de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y se evalúa su cumplimiento:

Criterios:

- 1. El proceso es planificado, tiene la cobertura necesaria para toda la tecnología que lo requiera y existen soportes y documentación que lo respalda.
- 2. Se evidencia que el personal encargado de esta labor cuenta con el entrenamiento necesario.
- 3. Se evalúan los tiempos de respuesta, parada de equipos por razones de mantenimiento o daño y se toman las medidas de contingencia necesarias.
- 4. Todas las tecnologías objeto de intervenciones de mantenimiento o reparación cuentan con un proceso de descontaminación previo a su uso, si la situación lo amerita.
- 5. Se explican al personal usuario de las tecnologías los tiempos necesarios para el mantenimiento y las intervenciones realizadas.
- 6. Se identifican los potenciales incidentes, se realiza seguimiento de los mismos y se implementan acciones para prevenir su ocurrencia.
- 7. Se da información al usuario, si la situación lo requiere.
- 8. Se llevan registros del mantenimiento, de los resultados obtenidos y se toman medidas correctivas cuando se requiere.

Estándar 160. Código: (GT9)

5

4

3

2

1

NA

La organización cuenta con procesos definidos, implementados y evaluados para la renovación de tecnología en la que se incluye:

Criterios:

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

Estándar 161. Código: (GT10)

5

4

3

2

1

NA

En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. Laboratorio, imágenes diagnósticas, entre otros) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología.

Criterios:

- 1. La planeación del estándar, monitorización y mejora de los procesos por parte de la gerencia de la red, involucra las sedes de las instituciones que la conforman, si aplica.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 162. Código: (GTMCC1)

5

4

3

2

1

NA

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:

Criterios:

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

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN - NO CIRCULAR

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

7.2.6. Grupo de Estándares de Gerencia de la Información

Estándares del 163 al 180

Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gerencia de la Información (GI)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de este grupo de estándares es:

- i. Que los procesos institucionales cuenten con la información necesaria para la toma de decisiones basada en hechos y datos.
- ii. La implementación de estrategias y mecanismos para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información, los sistemas de evaluación y mejoramiento de la gerencia de la información, las políticas y estrategias para el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información, las políticas y las estrategias en el manejo de registros clínicos del paciente, la unificación centralizada de la información de las unidades o servicios y de las instituciones organizadas en red y, la definición de planes de contingencia en caso de fallas en sistemas primarios, cambios en los sistemas de información u obsolescencia tecnológica, entre otros.
- iii. Que la información a que se refiere esta sección incluya todos los procesos organizacionales, las necesidades institucionales, del usuario, su familia, cuidadores y la comunidad.
- iv. Que la organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño de la gestión de información. Para esto, la organización desarrolla un plan para la gerencia de la información, de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.
- v. Que sea útil en el proceso de información y en la investigación.

Para este fin, la organización requiere de procesos para:

- a. Identificación y respuesta efectiva a las necesidades de información.
- b. Planificación de la gerencia de la información.
- c. Gestión de los datos y realización de minería de datos.
- d. Estandarización de la información.
- e. Desarrollo y gestión de registros clínicos.
- f. Tablero de mando integral institucional.
- g. Análisis de la información y toma de decisiones.
- h. Análisis de causas de las brechas observadas frente a lo esperado.
- i. Uso seguro y confiable de la tecnología.
- j. Soporte tecnológico, redes y licencias para el sistema de información.
- k. Implementación basada en prioridades.
- l. Almacenamiento, conservación y depuración de la información.
- m. Uso de la información para la toma de decisiones.
- n. Políticas de confidencialidad y respeto en la difusión de información.
- o. Evaluación de la veracidad y transparencia de la información.
- p. Análisis y evaluación de riesgos de la información.
- q. Apoyo de la dirección al proceso de información.
- r. Costos del sistema de información y proyecciones.
- s. Controles de la información y selección de los mismos.
- t. Sistemas de comunicación organizacionales y efectividad de los mismos.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

Estándar 163. Código: (GI1)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de la información de los colaboradores, usuarios, familias y/o cuidadores, y todos los procesos de la organización. Esto incluye las necesidades:

Criterios:

1. Identificadas en los procesos de atención.
2. Relacionadas con el direccionamiento y la planeación de la organización.
3. De asignación de recursos.
4. De docencia-servicio, cuando aplique.
5. Investigación, cuando aplique.
6. Salud pública.
7. Promoción y mantenimiento de la salud.
8. Del paciente, su familia y/o cuidadores durante su atención.
9. De los colaboradores, la comunidad y agentes del sector salud.
10. Mejoramiento de la calidad.

Estándar 164. Código: (GI2)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Criterios:

1. Evalúa, identifica y aborda las necesidades de información del personal asistencial, administrativo, de los usuarios, terceros contratados y agentes del sistema con los cuales interactúa.
2. Un proceso de implementación basado en prioridades.
3. La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones.
4. Flujo de la información.
5. Minería de datos.
6. Almacenamiento, conservación y depuración de la información.
7. Seguridad y confidencialidad de la información.
8. Uso de la información.
9. El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.
10. Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información.
11. Cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta.
12. La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización.
13. Identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información.
14. Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
15. Comparación con mejores prácticas.
16. Sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 165. Código: (GI3)

5 4 3 2 1 NA

Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.

Criterios:

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

Estándar 166. Código: (GI4)

5 4 3 2 1 NA

Los sistemas de información de la organización y las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, así como la información generada de las atenciones extramurales y telemedicina están integrados con la Historia Clínica electrónica:

Criterio:

- 1. Se dispone de sistemas para acceder a la información clínica de un paciente, incorporando los resultados de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, de las atenciones extramurales y telemedicina en la historia clínica electrónica.

Estándar 167. Código: (GI5)

5 4 3 2 1 NA

La organización realiza la evaluación de aspectos tecnológicos y aplicación de nuevas tecnologías en los sistemas de información que aporten al análisis y a la gestión del conocimiento.

Criterios:

- 1. Análisis de Big Data.
- 2. Nuevas tecnologías desarrolladas en los sistemas de información.
- 3. Costos asociados.
- 4. Entrenamiento al personal.
- 5. Aspectos éticos.
- 6. Robotización
- 7. Relación existente entre tecnología y el personal (número de equipos, cobertura, etc).

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 168. Código: (GI6)

5 4 3 2 1 NA

Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.

Criterios:

1. Acceso no autorizado.
2. Pérdida de información.
3. Manipulación.
4. Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización.
5. Deterioro, de todo tipo, de los archivos.
6. Los registros clínicos no pueden dejarse o archivar en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.
7. Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso.
8. Capacitación a los colaboradores en el uso seguro, confidencial de la información.
9. Existencia copias de respaldo de información.
10. Control documental y de registros.
11. Indicadores de seguridad de la información.

Estándar 169. Código: (GI7)

5 4 3 2 1 NA

Existe un mecanismo definido, implementado y evaluado para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:

Criterios:

1. Oportunidad.
2. Facilidad de acceso.
3. Confiabilidad y validez de la información.
4. Seguridad.
5. Veracidad.

Estándar 170. Código: (GI8)

5 4 3 2 1 NA

Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada.

Criterios:

1. Definición de responsables de cada paso en la gestión del dato.
2. Generación de información útil en los niveles operativos.
3. Permisos asignados a cada responsable.
4. Trasmisión del dato en forma física y/ electrónica.
5. Validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica.
6. Evaluación de la calidad y coherencia de datos generados.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

Estándar 171. Código: (GI9)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información misional y administrativa. La información misional es aquella generada de los procesos de atención a los usuarios y su familia y/o cuidadores.

Criterios:

1. Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con la organización.
2. La información consolidada está disponible para la comparación con respecto a mejores prácticas.
3. Existen indicadores a los que se hace seguimiento sistemático.
4. Los indicadores misionales y operativos son divulgados, conocidos y utilizados por el personal directamente responsable.

Estándar 172. Código: (GI10)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

La gestión de la información relacionada con los registros misionales, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Incluye:

Criterios:

1. Orden, legibilidad, claridad y completitud.
2. Actualización de los registros clínicos y unicidad de los mismos.
3. Adecuado archivo de los registros y fácil disponibilidad cuando sean requeridos.
4. Auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros misionales.
5. Garantía de la custodia de los registros misionales.
6. Estandarización de los formatos
7. Sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros misionales.
8. Esquema del proceso de transición a registros electrónicos.
9. Sistemas de chequeo para evitar errores en la identificación de los usuarios y resultados críticos.
10. Sistemas de alarma redundante para las condiciones que lo ameriten.
11. Proceso para entrega de información requerida por las autoridades competentes y los usuarios.
12. La organización garantiza que en los procesos de la gerencia de información es posible verificar la trazabilidad de la atención del usuario (asistencias a la institución, fechas, estudios ordenados-realizados, etc.)
13. Cuando se tenga un sistema mixto de registro de atenciones (electrónico y manual), se debe garantizar que haya un solo sistema de identificación del paciente, para que el contenido de las atenciones esté disponible para cualquier prestador y se le pueda hacer auditoría integral al registro.
14. Cuando se tenga en la institución un sistema de transcripción de informes, se garantiza que sea seguro.

Estándar 173. Código: (GI11)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Estándar 174. Código: (GI12)

5 4 3 2 1 NA

Se definen estrategias para incorporar en los sistemas informáticos los contenidos de los registros definidos por la organización en los procesos de atención, así como en la gestión de medicamentos. Esto incluye mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de siglas o por confusión en las órdenes médicas.

Estándar 175. Código: (GI13)

5 4 3 2 1 NA

La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada.

Criterios:

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

Estándar 176. Código: (GI14)

5 4 3 2 1 NA

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

Estándar 177. Código: (GI15)

5 4 3 2 1 NA

Los sistemas de información de la organización, permiten la interacción con los usuarios o con sus sistemas y cumplen con lo que define la reglamentación en telesalud y los parámetros para la práctica de la telemedicina en el país, cuando se oferte.

Criterios:

- 1. Los sistemas de información se orientan al cliente y a sus necesidades para facilitar la comunicación y accesibilidad a los usuarios u organizaciones externas
- 2. La información y medios de comunicación están disponibles para los usuarios o sus sistemas, que faciliten la toma de decisiones respecto de la atención
- 3. El tipo y especificaciones de los dispositivos de transmisión usados serán los adecuados para las actividades asistenciales realizadas.
- 4. Se documentan las políticas y procedimientos de seguridad de la identificación de pacientes

Estándar 178. Código: (GI16)

5 4 3 2 1 NA

Se tienen definidos mecanismos con los sistemas de información de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, para almacenar y gestionar los resultados de los estudios y exámenes realizados y facilitar el acceso y disponibilidad de los servicios clínicos existentes.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Criterios:

- 1. Se garantiza el almacenamiento, seguridad y acceso de los estudios y exámenes que se realizan en la institución, mediante mecanismos estandarizados para los diferentes servicios existentes.

Estándar 179. Código: (GI17)

5

4

3

2

1

NA

Los sistemas de información de la organización, permiten la interacción y registro en tiempo real de las atenciones extramurales realizadas como es el caso de las domiciliarias, cuando se oferte.

Criterios:

- 1. Los sistemas de información se orientan a las necesidades de las atenciones extramurales para facilitar el registro y la accesibilidad a los colaboradores que hacen uso de ellos.
- 2. La información y medios de comunicación están disponibles para los colaboradores, facilitando la toma de decisiones respecto de la atención
- 3. El tipo y especificaciones de los dispositivos de transmisión usados serán los adecuados para las actividades asistenciales realizadas.
- 4. Se documentan las políticas y procedimientos de seguridad de la identificación de pacientes.

Estándar 180. Código: (GIMCC1)

5

4

3

2

1

NA

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:

Criterios:

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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

7.3. Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad

Estándares del 181 al 185

Intencionalidad del Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad (MCC)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de este grupo de estándares es:

- i. Que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos.
- ii. Que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización a través de los equipos de mejoramiento primario, de autoevaluación y de mejoramiento sistémico para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes.
- iii. Que los procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización.
- iv. Que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo.
- v. Que los procesos de mejora de la calidad general produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la organización como para el sistema en general.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta el "Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0"

Estándar 181. Código: (MCC1)

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:

Criterios:

1. Tiene un enfoque sistémico.
2. Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.
3. Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.
4. Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores misionales y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.
5. Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.
6. Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el Sistema Único de Acreditación.
7. Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.
8. Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros contratados.
9. Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación.
10. Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.
11. Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.
12. Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.
13. Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros.

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Estándar 182. Código: (MCC2)

La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación.

Criterios:

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

5	4	3	2	1	NA
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Estándar 183. Código: (MCC3):

Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Criterios:

- 1. Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo.
- 2. 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.
- 3. Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.
- 4. Hace seguimiento periódico a la implementación de las acciones de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.
- 5. Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones.
- 6. Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo

Estándar 184. Código: (MCC4):

5

4

3

2

1

NA

Los resultados de mejoramiento de la calidad son comunicados.

Criterios:

- 1. Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EAPB, al paciente, su familia y cuidador, a la comunidad y a otras entidades, según aplique.
- 2. Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.
- 3. Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.
- 4. Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.

Estándar 185. Código: (MCC5):

5

4

3

2

1

NA

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

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

8. Contexto Normativo

Documento normativo	Día	Mes	año	Objeto	Notas de vigencia y desarrollo
Ley 100	23	12	1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	Artículo173. De las funciones del Ministerio de Salud. Artículo 186. Del Sistema de Acreditación. Vigente con modificaciones.
Ley 715	21	12	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.	Artículo 42. Competencias en salud por parte de la Nación. Vigente con modificaciones.
Resolución 1445	8	05	2006	Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.	Derogada por la Resolución 2082 de 2014, artículo 14, salvo el Anexo Técnico #1.
CONPES 3446	30	10	2006	Lineamientos para una Política Nacional de la Calidad.	2. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud y su relación con el SNNCM. Vigente.
Ley 1122	9	1	2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Artículo 25. De la regulación en la prestación de servicios de salud. Vigente con modificaciones.
Resolución 2181	16	06	2008	Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.	Artículo 2: Lineamientos. “Implementar el componente de acreditación en salud”. Vigente.
CONPES 3678	21	07	2010	Política de transformación productiva: un modelo de desarrollo sectorial para Colombia.	“Sector turismo en salud”. Vigente.
Ley 1419	13	10	2010	Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia	Vigente
Ley 1438	19	01	2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Artículo 100. Hospitales Universitarios Artículo 107. Garantía de calidad y resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud. Reglamentada por la Resolución Min Salud 2535 de 2013.
Decreto Ley 4107	2	11	2011	Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.	Artículo 11. Funciones de la Oficina de Calidad. Artículo 22. Funciones de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria Vigente.
Decreto 903	13	05	2014	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.	Vigente
Resolución 2082	30	05	2014	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único	Vigente

Continuación de la resolución “Por la cual se adopta el “Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con énfasis en servicios de baja complejidad Versión 1.0”

Documento normativo	Día	Mes	año	Objeto	Notas de vigencia y desarrollo
				de Acreditación en Salud.	
Ley 1751	16	02	2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Artículo 22. Política de innovación, ciencia y tecnología en salud. Vigente
Resolución 256	5	02	2016	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.	Vigente
Decreto 780	6	05	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud Capítulo 2 , título 1, parte 5, libro 2 Vigente. Talento Humano en Salud Capítulo 1, Título 1, parte 7, Libro 2 Vigente.
Resolución 429	27	09	2019	Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud- PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE.	Vigente.
Ley 1797	13	07	2016	Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.	Artículo 13: De la aplicación de buenas prácticas administrativas y financieras de las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades promotoras de salud. Artículo 22: Exoneración del pago de la tasa de vigilancia y control a favor de la Superintendencia Nacional de Salud para las Empresas Sociales del Estado e Instituciones prestadoras de Servicios de Salud PS acreditadas. – Artículo 98 Ley 488 de 1998- Vigente.
Resolución 5095	19	11	2018	Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.	Vigente,
Resolución 2654	03	10	2019	Por la cual Establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país	Vigente
Ley 2015	31	01	2020	Por medio de la cual se crea la Historia Clínica Electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.	Vigente
Resolución 207	18	02	2020	Por la cual se adopta el Manual de Estándares de Acreditación para Laboratorios Clínicos de Colombia. Versión 2.0	Vigente
Ley 1955	25	05	2019	Plan Nacional de Desarrollo 2018 a 2022 Pacto por Colombia Pacto por la equidad	Vigente