

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

**MANUAL DE ESTANDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLOGICAS
Y CIENTIFICAS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACION DE
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

1. Recursos Humanos.

Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio, o con la adecuada supervisión si se trata de personal en entrenamiento.

Criterios:

0. Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva homologación por el ICFES.
0. El proceso de selección de personal incluye la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnológico y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, previo a la vinculación.
0. Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades y subespecialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla anexa al presente estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios.
0. Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Unico de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

Tabla 1. Estándar de recursos humanos. Detalle por servicio.

SERVICIO	RECURSO HUMANO
HOSPITALIZACIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD	Médico General, Enfermera profesional. Auxiliar de enfermería. Pueden ser compartidos con otros servicios siempre y cuando el otro servicio no requiera exclusividad o permanencia.
HOSPITALIZACIÓN, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Por cada especialidad <u>y subespecialidad</u> ofrecida, debe haber un médico <u>especialista o subespecialista</u> , responsable de la atención de los pacientes correspondientes. El control hospitalario puede ser realizado por médico general. Enfermera profesional, Auxiliar de enfermería.
CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO, CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO, CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL, CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	<u>Especialista en pediatría. El control hospitalario puede ser realizado por médico general con entrenamiento certificado en cuidado intensivo, presencial asignado de manera que haya cubrimiento las 24 horas.</u> enfermera profesional, auxiliares de enfermería, presenciales, asignados de manera que haya cubrimiento las 24 horas. Disponibilidad de Terapeuta Respiratoria o fisioterapeuta y <u>nutricionista</u> . Todo el personal mencionado debe contar con entrenamiento certificado específico en el área.
<u>CUIDADO INTERMEDIO-ADULTOS, CUIDADO INTENSIVO-ADULTO</u>	<u>Especialista en cuidado intensivo, cirugía general, anestesia o medicina interna. El control hospitalario puede ser realizado por médico general con entrenamiento certificado en cuidado intensivo, presencial asignado de manera que haya cubrimiento las 24 horas. Enfermera profesional con especialización o experiencia demostrada en cuidado crítico y auxiliares de enfermería, presenciales asignados de manera que haya cubrimiento las 24 horas. Disponibilidad de Terapeuta Respiratoria o fisioterapeuta. Todo el personal mencionado debe contar con entrenamiento certificado específico en el área.</u>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Unico de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	RECURSO HUMANO
UNIDAD DE QUEMADOS, ADULTO Y PEDIÁTRICO	Especialista en cirugía plástica y medicina interna o anestesia. El control hospitalario puede ser realizado por médico general con entrenamiento certificado en manejo de quemados con asignación que garantice un cubrimiento presencial las 24 horas. Enfermera profesional con especialización o experiencia demostrada en manejo de quemados y auxiliares de enfermería, presenciales asignados de manera que haya cubrimiento las 24 horas. Disponibilidad de terapeuta respiratoria o fisioterapeuta y pediatra si se maneja pacientes pediátricos. Todo el personal mencionado debe contar con entrenamiento certificado específico en el área.
HOSPITALIZACION PSIQUIÁTRICA FARMACODEPENDENCIA	Médico especialista en psiquiatría. El control hospitalario puede ser realizado por médico general con entrenamiento certificado en manejo de pacientes psiquiátricos, con asignación que garantice un cubrimiento presencial las 24 horas. Enfermera profesional con entrenamiento en el área. Auxiliares de enfermería con entrenamiento en el área, presenciales asignados de manera que haya cubrimiento las 24 horas.
SERVICIOS QUIRÚRGICOS	En área quirúrgica, Enfermera profesional, auxiliar de enfermería, Médico anesthesiologo o residente de anestesia bajo supervisión por anesthesiologo para cada procedimiento que requiera de alguna técnica anestésica exclusiva del ámbito de la anestesiología, quien sólo hará un procedimiento a la vez, será el responsable del acto anestésico y estará presente todo el tiempo en la sala de cirugía.
SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD,	Médico general. Sólo se podrán practicar procedimientos anestésicos por parte de médico general en los casos de urgencia, y en los casos no remitibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, pero siempre que medie la ausencia de un médico especializado en anestesiología y reanimación. Los médicos que estén cumpliendo con el servicio social obligatorio solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia. Los médicos no especializados en anestesiología y reanimación y los profesionales de odontología, podrán practicar procedimientos anestésicos como la anestesia local o regional, en los casos propios de su ejercicio profesional ordinario y

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	RECURSO HUMANO
	habitual que no impliquen riesgo grave para la salud del paciente.
SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y DE ALTA COMPLEJIDAD	Médicos Especialistas y Subespecialistas, según los servicios que ofrece la Institución. Instrumentadora.
SERVICIOS OBSTÉTRICOS	Médico general, Auxiliar de Enfermería.
SERVICIOS OBSTETRICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Especialista en Obstetricia y en Pediatría. Enfermera profesional
ESTERILIZACIÓN	Instrumentador o enfermera profesional o auxiliar de enfermería.
ALIMENTACIÓN, LACTARIO	En servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad: Nutricionista - dietista
LACTARIO BAJA COMPLEJIDAD	Auxiliar de enfermería con entrenamiento específico en el área
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	Bacterióloga
SERVICIO FARMACÉUTICO BAJA COMPLEJIDAD	Auxiliar de farmacia con experiencia certificada de al menos tres años.
SERVICIO FARMACÉUTICO MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Químico farmacéutico.
CONSULTA MÉDICA GENERAL	Médico general.
CONSULTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	Médico especialista o subespecialista respectivo de programas o títulos autorizados por el ICFES.
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	Especialista en cirugía oncológica o en cirugía general o la especialidad quirúrgica pertinente.
ONCOLOGÍA CLÍNICA	Especialista en oncología
CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	Odontólogo
CONSULTA DE	Odontólogo especialista o subespecialista respectivo de programas o títulos

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Unico de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	RECURSO HUMANO
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	autorizados por el ICFES.
CONSULTA DE ENFERMERÍA	Enfermera profesional.
CONSULTA DE SICOLOGÍA	Sicólogo.
CONSULTA DE OPTOMETRÍA	Optómetra.
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Nutricionista dietista.
URGENCIAS BAJA COMPLEJIDAD	Médico general, Auxiliar de enfermería.
URGENCIAS MEDIANA COMPLEJIDAD	Médico general. Enfermera Profesional, auxiliar de enfermería, Médicos especialistas o subespecialistas en las especialidades o subespecialidades <u>ofrecidas.</u>
URGENCIAS ALTA COMPLEJIDAD	Además de lo definido en mediana complejidad, los médicos generales que se desempeñen en urgencias de alta complejidad deberán contar con entrenamiento certificado en éste tipo de atención. Todo el personal mencionado debe contar con entrenamiento certificado específico en el área.
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	Auxiliar de laboratorio o de enfermería <u>bajo la supervisión del bacteriólogo del laboratorio de referencia</u>
LABORATORIO CLÍNICO BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD	Profesional en Bacteriología o profesional en medicina, con especialización en patología clínica o en un área técnica de laboratorio clínico.
LABORATORIO CLÍNICO ALTA COMPLEJIDAD	Bacteriólogo o Médico con especialización en patología clínica o en una de las áreas de laboratorio clínico, como responsable del servicio. Profesionales en bacteriología o microbiología o química, con experiencia en laboratorio clínico y o formación en una de las áreas de laboratorio clínico, o médico patólogo o especializado en una de las áreas de laboratorio clínico.
RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS BAJA COMPLEJIDAD	Técnico en Radiología con supervisión por especialista en radiología.
RADIOLOGÍA, BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD	Especialista en radiología, presencial siempre que se practiquen procedimientos invasivos o apliquen medios de contraste

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	RECURSO HUMANO
ULTRASONIDO	Especialista en radiología o aquellos que en su pènsu m o formaci3n acadèmica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretaci3n del ultrasonido para establecer el diagn3stico de las enfermedades inherentes a sus especialidades para lo cual deberàn acreditar el respectivo certificado.
MEDICINA NUCLEAR	Médico especialista en medicina nuclear
RADIOTERAPIA	Médico especialista en radioterapia, Técnico en Radioterapia, físico médico o radio físico o un técnico en radioterapia con entrenamiento en planeaci3n (dosimetría clínic a) enfermera con entrenamiento en oncología y auxiliar de enfermería.
UROLOGÍA – PROCEDIMIENTOS - LITOTRIZIA UROL3GICA	Médico especialista en urología
NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA	Médico subespecialista en neumología
<u>DIAGN3STICO CARDIOVASCULAR</u>	<u>Médico subespecialista en cardiología</u>
<u>HEMODINAMIA</u>	<u>Médico subespecialista en Hemodinamia o cardiólogo con entrenamiento certificado en hemodinamia en una instituci3n cardiovascular</u>
NEFROLOGÍA - DIÁLISIS RENAL	Médico especialista en Medicina interna y con subespecialidad en nefrología, enfermera profesional, auxiliar de enfermería y nutricionista.
GASTROENTEROLOGÍA - ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS	Médicos especialistas en Gastroenterología o médicos especialistas en Cirugía general, o Médicos que cuenten con entrenamiento en endoscopia digestiva expedido por universidad reconocida por el estado o con la respectiva homologaci3n del ICFES.
CITOPATOLOGÍA	Médico especialista pat3logo, citotecn3logo, histotecn3logo o citohistotecn3logo. Si la lectura de citologías es realizada por citotecn3logo o citohistotecn3logo, siempre se debe contar con la supervisi3n de un pat3logo quien hará el control de calidad externo.
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACI3N	Medico especialista en medicina Física y Rehabilitaci3n

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	RECURSO HUMANO
FONOAUDIOLOGÍA	Fonoaudióloga.
FONIATRÍA	Terapeuta del lenguaje
TERAPIA OCUPACIONAL	Terapeuta ocupacional.
TERAPIA FÍSICA	Fisioterapeuta.
TERAPIA RESPIRATORIA	Fisioterapeuta o terapeuta respiratoria
UNIDAD MOVIL Y SERVICIOS EXTRAMURALES	Todos los servicios que se presten en esta modalidad deberán contar con el mismo recurso humano establecido en este estándar para su prestación en el ámbito intramural.
AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO	Auxiliar de Enfermería y/o Tecnólogo o Técnico en atención prehospitalaria.
AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO	Médico General con capacitación teórico- práctica en el manejo del Pacientes Crítico de mínimo 80 horas. En caso de traslado aéreo el médico cuenta con capacitación en medicina de aviación.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento.

Estándar:

Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

Criterios:

3. Los servicios hospitalarios y quirúrgicos sólo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.
4. La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.
5. Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.
6. Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico, esterilización, salas de autopsias, medicina física y rehabilitación o donde se realicen procedimientos de terapia física y respiratoria, terapia respiratoria, transfusión sanguínea o en las áreas donde se realicen procedimientos y donde se requiera de un proceso de limpieza y asepsia más profundo, los pisos son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, y con nivelación adecuada para facilitar drenaje. Además los cielo rasos, techos, paredes y muros son Impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales e incombustibles. De superficie lisa y que los materiales utilizados para su terminado no contengan sustancias tóxicas, irritantes o inflamables.
7. Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.
8. La institución no se encuentra localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones
9. Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, cuenta con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios.
10. La tabla anexa al presente estándar identifica el detalle de las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.

Con formato: Numeración y viñetas

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

Tabla 2. Estándar de instalaciones físicas. Detalle por servicio

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS EN TODOS LAS COMPLEJIDADES	Cuenta con tanques de almacenamiento de agua potable que garantiza, como mínimo, 24 horas de servicio; y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua.
	Tiene un área para el Uso técnico de los elementos de aseo.
	Los baños cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso.
HOSPITALIZACION	<ul style="list-style-type: none"> - Existe un depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzantes <p>Condiciones de áreas comunes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si se tienen escaleras o rampas, éstas son de material antideslizante en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados, que se prolongan antes del inicio y al final, y con protecciones laterales hacia espacios libres. Si el servicio funciona en un segundo piso deberá contar con rampa o ascensor. - Si funcionan en edificaciones de tres (3) pisos o más, existen ascensores con Puertas con ancho mínimo de 0.90 m. Para la movilización de usuarios de pie o en silla de ruedas, la cabina deberá tener las dimensiones interiores mínimas y un espacio libre delante de la puerta de la cabina. - En los accesos, áreas de circulación y salidas, se evitan los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar su empaque y transporte, debidamente tapados: compreseros, basuras, carros de comida, etc.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Unico de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
	<p>Condiciones del área de hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> - El puesto de enfermería garantiza la monitorización de pacientes y el rápido acceso a los cuartos de hospitalización. - Las puertas de acceso a los cuartos permiten un fácil paso y giro de camillas y sillas de ruedas. - El ambiente de los baños permite el fácil desplazamiento del paciente. - Las puertas de los baños tienen un ancho que permite el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas, cuentan con un sistema que permita ser abiertas rápidamente - Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres.
<p>HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con ambiente de trabajo para bañar y vestir a los niños. - Las ventanas tienen sistemas de seguridad para los niños.
<p> CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO CUIDADO INTERMEDIO ADULTO CUIDADO INTENSIVO NEONATAL CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO CUIDADO INTENSIVO ADULTO </p>	<p>Dispone de un área física, intrahospitalaria, exclusiva y delimitada con los siguientes ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puesto de enfermería - Área para incubadora o cunas o camas - Área para trabajo de enfermería - Área para depósito de material estéril e insumos. <p>El servicio cumple además con las siguientes condiciones específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las incubadoras, cunas o camas deben estar dispuestas de manera que permitan el monitoreo o el control visual permanente - Tomas eléctricas suficientes para mantener los equipos conectados a fin de que las baterías se encuentren cargadas en todo momento - <u>Disponibilidad</u> de oxígeno, de aire comprimido y de succión por paciente. - Las puertas de acceso al servicio permiten un fácil paso y giro de incubadora o camilla de transporte - El área alrededor de cada incubadora, cuna o cama permite la entrada y salida de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia
<p>UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO Y PEDIÁTRICO</p>	<p>Además de las áreas y condiciones unidades de cuidado intensivo existen las siguientes áreas y condiciones específicas del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de Curaciones. Si realiza curación a pacientes ambulatorios debe

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
	<ul style="list-style-type: none"> - contar con una sala independiente. - Área para Bañera y ducha - El área deberá ser en forma de cubículos, para pacientes agudos hasta dos (2) en una misma área compartida y para pacientes subagudos hasta cuatro (4), con lavamanos (con dispensador de jabón líquido) y sanitario que puede ser compartido por los cubículos del área respectiva.
<p>HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA, FARMACODEPENDENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Está situado en un área específica exclusiva y <u>delimitada</u>, y dispone de los siguientes ambientes. No le aplican estándares de hospitalización. - Area especial para recreación. - Si maneja pacientes agudos psiquiátricos cuenta con habitaciones individuales. - condiciones específicas del servicio: - Si cuenta con espejos, éstos deben estar diseñados de manera que el paciente no pueda autoagredirse. - Cuenta con un sistema de monitoreo visual y/o vigilancia permanente. - Las conexiones eléctricas impiden su utilización por los pacientes para lesionarse o lesionar a otros.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
SERVICIOS QUIRÚRGICOS	<p>Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución y <u>Dispone de los siguientes ambientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Área para recepción y entrega de pacientes.</u> - <u>Vestier y baño para el personal.</u> - <u>Sala(s) de cirugía</u> - <u>Sala de recuperación</u> - <u>Área para lavamanos quirúrgicos</u> <p><u>El servicio cumple además con las siguientes condiciones específicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Las puertas para los quirófanos tienen un ancho mínimo de 1.40 m. y visor</u> - <u>Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en los quirófanos</u> - <u>Los equipos eléctricos en salas de cirugía estarán conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra</u> - <u>Si existen ventanas de abrir en las salas de cirugía, éstas cuentan con un control de la apertura de los basculantes</u> - <u>La Iluminación es uniforme y simétrica en el campo operatorio</u> - <u>La sala de recuperación está localizada en forma contigua y se comunica con el área de recepción y entrega de pacientes, así mismo, tendrá acceso al corredor o pasillo interno</u> - <u>Por cada paciente en sala de recuperación se cuenta con dos tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia de la institución, una fuente de succión y una fuente de oxígeno</u> - <u>Cuenta con luz de emergencia generada por unidad autónoma o lámpara con acumulador, con suficiente capacidad para el servicio quirúrgico</u> - <u>El servicio de cirugía está dispuesto de tal modo que es de fácil acceso para los pacientes que requieren procedimientos de emergencia en salas de cirugía, para lo cual contarán con rampa o ascensor en caso de ser necesario</u> - <u>La sala de cirugía cuenta con un sistema mínimo para extracción de gases anestésicos residuales de la máquina, hacia al exterior</u>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
	<p>Si el servicio realiza procedimientos de cirugía cardiovascular debe contar además con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuente de oxígeno y aire comprimido para la bomba de circulación extracorpórea - Una toma eléctrica independiente para la bomba de circulación extracorpórea
<p>SERVICIOS OBSTÉTRICOS BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD</p>	<p>Dispone de un ambiente físico exclusivo y delimitado con las siguientes áreas que funcionarán en forma independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salas de parto con área de atención del recién nacido con sitio de trabajo. Las puertas para las salas de partos deben tener un ancho mínimo de 1.40 m. y visor. - Área de adaptación neonatal - Zona semi - <u>aséptica</u>. - Cuando el servicio obstétrico funcione en la zona de quirófanos, sólo podrá tener en común con éste, los vestuarios. - Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en el área de parto y en la sala de partos
<p>SERVICIOS OBSTÉTRICOS ALTA COMPLEJIDAD</p>	<p>Además de las condiciones definidas para la mediana complejidad, el servicio dispone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultorios para examen. - Áreas para observación y recuperación - Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en la unidad de cuidado obstétrico
<p>ESTERILIZACIÓN</p>	<p>Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias. si se realiza esterilización a gas, cuenta con el área específica</p>
<p>LACTARIO</p>	<p>Aislado del área de Hospitalización y de la circulación de pacientes y de personal.</p>
<p>SERVICIO FARMACÉUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias. - <u>Garantiza</u> un sistema de ventilación natural y/o artificial de forma que conserve la vida útil de los productos farmacéuticos y afines y condiciones de temperatura y humedad relativa, de acuerdo con lo recomendado por el fabricante.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
	<ul style="list-style-type: none"> - En caso de que se haga reenvase, reempaque y/o preparaciones magistrales o preparación de dosis unitarias, cuenta con áreas que garantizan las buenas prácticas de manufactura exigidas para tal fin. Cuenta con un sistema de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las medidas de seguridad.
GASES MEDICINALES	<p>Area física exclusiva y delimitada con las siguientes ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restricción en el acceso para todo aquel que no cumpla una función específica dentro de la misma. - No es utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución.
CONSULTA EXTERNA	<p>Dispone de las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de unidad sanitaria - Consultorio con espacio cerrado con ambientes delimitados para entrevista del paciente y el examen.
CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Además de las condiciones definidas para consulta externa, debe contar con lavamanos y pisos resistentes y lavables. Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes todas las paredes, pisos y áreas de cielos rasos expuestas al haz útil, disponen de barreras primarias.
URGENCIAS	<p>Cuenta con un ambiente físico exclusivo y delimitado, y dispone de las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puesto de enfermería - Consultorios con las características de consulta externa. - Sala de procedimientos con área para curaciones. - Sala de observación. - Sala de Reanimación (en baja complejidad puede ser la misma área de procedimientos). - El servicio garantiza la disponibilidad de oxígeno en los consultorios, en el área de observación y en la sala de reanimación
LABORATORIO CLÍNICO	<p>La unidad dispone de un área física exclusiva y delimitada y tiene los siguientes ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Toma de muestras.</u> <u>Área de análisis de muestras.</u> <u>Lavado de material, esterilización.</u>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
	<p>Servicios sanitarios para pacientes. El área técnica de análisis que requiera metodologías radioactivas debe estar ubicada independiente del resto de las áreas de análisis.</p>
LABORATORIO CLINICO ALTA COMPLEJIDAD	<p>De acuerdo con los servicios que preste, cuenta con áreas técnicas exclusivas para: Hematología, Citoquímica, Microbiología, Parasitología, Inmunología.</p>
RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES IONIZANTES	<p>Los equipos fijos deben poseer instalaciones en ambientes exclusivos con barreras blindantes, de forma que garanticen que los niveles de radiación en las áreas adyacentes no superen los límites establecidos por la autoridad reguladora.</p>
MEDICINA NUCLEAR	<p>El servicio está situado en un área física exclusiva y delimitada de la institución, y cuenta con los siguientes ambientes; Zona caliente (de preparación de radiofármacos), zona almacenamiento de desechos para decaimiento, Sala de gammacámaras o sala de sistemas de adquisición de imágenes, Baños exclusivos para pacientes inyectados el servicio realiza tratamientos de terapia metabólica, cuenta con habitaciones que posean baños individuales con aislamiento estricto y recipientes para el adecuado manejo de las excretas contaminadas. Cuenta con la señalización correspondiente y los procedimientos para atención del paciente y acceso de visitantes.</p>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Unico de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
RADIOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> - El servicio se encuentra en un área física exclusiva y delimitada, y cuenta con los siguientes ambientes: - Sala de simulación que cumpla con lo establecido en las normas internacionales de radioprotección y que este acorde con el tipo de equipo utilizado. - Sala de moldeo y planeación de tratamiento - Sala de procedimiento para braquiterapia de alta tasa - Cuando se realice braquiterapia de baja tasa se debe contar con área para hospitalización que cumpla con lo establecido en las normas internacionales de radioprotección <p>Quando se realicen procedimientos de teleterapia el servicio cumple además con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adecuado sistema de blindaje en paredes y puertas, según las especificaciones técnicas de cada equipo - Cuando se trate de una edificación de más de un piso, los entrepisos correspondientes al área de teleterapia deberán contar con la protección adecuada <p>Quando se realicen procedimientos de braquiterapia de alta tasa, el servicio cumple además con los siguientes ambientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adecuado blindaje - Disponer de áreas para trabajo sucio y limpio - Disponibilidad de oxígeno - Área para recuperación de pacientes - El área alrededor de la mesa de procedimiento permite la instalación y movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia - Área para la disposición de las celdas que almacenan las fuentes radiactivas.
SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO O	Dispone de un área física exclusiva y delimitada, y dispone de las siguientes Ambientes:

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Unico de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
<p>TERAPÉUTICO: NEUMOLOGIA (FIBROBRONCOSCOPIA), DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR, DIÁLISIS RENAL ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS, REHABILITACIÓN CARDIACA LITOTRIZIA UROLÓGICA Y PROCEDIMIENTOS, ONCOLOGÍA CLÍNICA</p>	<p>Zona de Preparación de pacientes y vestier. Sala (s) de procedimientos o área quirurgica. Área de Recuperación de pacientes. Si ofrece quimioterapia, cuenta con área para preparación de medicamentos, independiente del sitio de administración Disponer de Baño para los usuarios. Cumple además con las siguientes condiciones específicas, según el tipo de servicio ofrecido: Si hace biopsias transbronquiales, estas se realizan en quirófano Si ofrece servicios de fibrobroncoscopia, endoscopia digestiva, o si realiza pruebas de esfuerzo o ecocardiogramas en diagnóstico cardiovascular, cuenta con disponibilidad de oxígeno en las salas de procedimientos y de recuperación Si el procedimiento de litotripsia requiere la utilización de fluoroscopio, la sala cuenta con las medidas de radioprotección necesarias Si ofrece hemodiálisis, cuenta con además con: Si ofrece diálisis peritoneal, cuenta con un área para la atención de los pacientes que requieren de este tipo de procedimiento El área alrededor de cada maquina permite la movilización del personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia área para la ubicación de los equipos de tratamiento de aguas el sistema para tratamiento de agua permite la desmineralización, deionización y filtración del agua las instalaciones hidráulicas son adecuadas para cada tipo de maquina cada maquina cuenta con sistema independiente</p>
<p>HEMODINAMIA</p>	<p>Dispone de un ambiente físico exclusivo, delimitado y de circulación restringida, y dispone de los siguientes ambientes: Vestier y baño para el personal y pacientes Área para lavamanos quirúrgicos</p>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Unico de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de procedimientos - Área para recuperación <p>El servicio, cumple además con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El área alrededor de la mesa de procedimientos permite la instalación y movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia. - La sala de procedimientos cumple con las condiciones exigidas para una sala de rayos x - El área de recuperación cumple con las condiciones exigidas para una sala de recuperación de cirugía (esto incluye la disponibilidad de oxígeno) <p>Situada en un área específica, intrainstitucional, claramente identificada y dispone de los siguientes ambientes:</p> <p>Cuenta con los siguientes sistemas de protección de radiación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de procedimientos. - Área con lavamanos, independiente del de los baños - Zona de lavado de material.
CITOPATOLOGÍA	<p>Dispone de un área física exclusiva y delimitada, y dispone de las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Área de Macroscopía. - Área del Histotecnología. - Área para microscopía

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	INSTALACIONES FISICAS
TERAPIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Dispone De Áreas Especificas De Acuerdo Con Los Servicios Que Ofrezca: Terapia física, Terapia ocupacional, Terapia del lenguaje, Terapia respiratoria. - El servicio cumple además con las siguientes áreas y condiciones específicas, de acuerdo con el tipo de servicio ofrecido: <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de baño para pacientes - Si ofrece terapia respiratoria, el área para procedimientos, es ventilado, garantiza condiciones de asepsia y dispone de oxígeno; y cuenta con área para lavado y desinfección de equipos - Si ofrece terapia física o terapia ocupacional, cuenta con área para interrogatorio o consultorio
SERVICIOS EXTRAMURALES	<ul style="list-style-type: none"> - Áreas acondicionadas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos
<u>SERVICIO DE VACUNACIÓN</u>	<u>Dispone de una Área delimitada con espacio para refrigeradora en zona de sombra y alejada de toda fuente de calor, y dispone de área para vacunación la cual cuenta con lavamanos</u>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

3. Dotación – Mantenimiento.

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

Criterios:

0. Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico - científico.
7. Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de uso corriente. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

Tabla 3. Estándar de dotación – mantenimiento. Detalle de la dotación, equipos y su mantenimiento mínimos, obligatorios por servicio

SERVICIO	EQUIPOS
HOSPITALIZACIÓN EN TODOS LAS COMPLEJIDADES	<p>Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos, que cada servicio tenga definido en una relación fácilmente disponible. La dotación mínima será Ambú, Laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, Guía de entubación (adulto y pediátrica). Esta condición se cumplirá siempre que se especifique un equipo de reanimación en un servicio.</p> <p>Las áreas de atención a pacientes hospitalizados cuentan con: Succionador, Electrocardiógrafo, Bombas de infusión (si manejan medicamentos de goteo estricto), Glucómetro, camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados y silla de ruedas. y</p>
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL, PEDIÁTRICO Y ADULTO CUIDADO INTENSIVO NEONATAL, PEDIÁTRICO Y ADULTO. Y UNIDAD DE QUEMADOS	<p>Si el servicio es cuidado intermedio o unidad de quemados cuenta con la siguiente dotación para todo el servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> - incubadora estándar, cuna o cama de dos o tres planos, de acuerdo con el tipo de servicio ofrecido - Monitor con trazado electrocardiográfico y uno o más módulos de presión invasiva - Bomba de infusión - Pulsoxímetro - Disponibilidad de electrocardiógrafo - Glucómetro - Aspirador portátil de secreciones - Bala(s) de oxígeno con carro de transporte - Disponibilidad de equipo de Rayos X Portátil - Equipo de órganos de los sentidos - Tensiómetro y fonendoscopio

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
	<ul style="list-style-type: none"> - Si es neonatal, además de lo anterior cuenta con: cámaras cefálicas; lámpara de fototerapia; pesabebés y lámpara de calor radiante. - Si es unidad de quemados, además de lo anterior cuenta con: Equipo de disección de vena; equipo de curación uno por cada paciente y Silla de ruedas - Si el servicio es intensivo cuenta con la siguiente dotación por cada cubículo o paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Incubadora de cuidado intensivo o cama de dos o tres planos con baranda, según el tipo de servicio ofrecido - Ventilador - Monitor con trazado electrocardiográfico y uno o más módulos de presión invasiva - Bomba de infusión - Pulsoxímetro - Adicionalmente para neonatal: Bomba de microperfusión - Si el servicio es intensivo cuenta, además de lo exigido para cuidado intermedio, con la siguiente dotación para todo el servicio: <ul style="list-style-type: none"> - ventilador de transporte - Monitor con trazado EKG, Computador de gasto cardíaco, fuente y electrodo para marcapaso interno transitorio y monitor de transporte. - Si es neonatal: incubadora de transporte y humidificador con control de temperatura
<p>HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA Y FARMACODEPENDENCIA</p>	<p>Camas hospitalarias adecuadas con el tipo de pacientes, equipo Básico de Reanimación así como elementos para inmovilización y sujeción mecánica.</p>
<p>SERVICIOS QUIRÚRGICOS TODAS LAS COMPLEJIDADES</p>	<p>Cada quirófano cuenta con la siguiente dotación:</p> <p>Mesa para cirugía, acorde al tipo de cirugías que realiza, Máquina de anestesia, la cual debe contar con: Alarmas de desconexión, seguro de mezcla hipóxica, analizador de gases anestésicos, monitor de oxígeno administrado, monitor de presiones en la vía aérea y ventilador. Lámpara cielítica, Mesa para instrumental quirúrgico,, aspirador portátil, Laringoscopio con hojas para adultos y pediátricas, Tensiómetro y fonendoscopio, Camillas rodantes con barandas, equipo básico de reanimación, disponibilidad de desfibrilador, y elementos de monitoreo mínimo para</p>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
	<p>administrar anestesia (presión arterial no invasiva, electrocardiograma continuo, y pulsooximetría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumental necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realizan en el servicio - Bala(s) de oxígeno con carro de transporte <p>En sala de recuperación: Aspirador de succión, camillas y equipo básico de reanimación</p> <p>Si el servicio es de alta complejidad cuenta además con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bombas de infusión - electrocardiógrafo y/o Monitor cardiaco - Estimulador de nervio periférico - Presión arterial invasiva y no invasiva - Oximetría - Disponibilidad de gases arteriales - Capnógrafo - Sistema de infusión rápida de líquidos y sistema de calentamiento de líquidos y sangre - Disponibilidad de rayos X portátil - Disponibilidad de Equipo de gasimetría arterial y electrolitos - Cardiovisoscopio con una derivación estándar <p>En sala de recuperación, además de lo definido anteriormente: equipo de monitoreo y desfibrilador</p>
UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO Y PEDIÁTRICO	La Sala Quirúrgica además de la dotación básica de cualquier sala de cirugía, debe disponer de los siguientes elementos específicos: Instrumental básico de Cirugía Plástica, Dermátomo manual o electrónico, Expansor de injertos.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	Además de la dotación para servicios quirúrgicos cuenta con: Equipos e instrumental necesario para la práctica de cirugías cardiovasculares: Bomba de circulación extracorpórea con entrada y salida de agua independiente, Balón de contra pulsación aórtica, Una toma eléctrica independiente para la bomba de circulación extracorpórea, Fuente de oxígeno y aire comprimido para la bomba de circulación extracorpórea, Intercambiador de calor, Cobija térmica, Salvador de células, Un fotóforo de luz fría.
CIRUGIA OFTALMOLOGICA	Instrumental y equipos para la práctica de Cirugía Oftalmológica: Microscopio acorde con los procedimientos que realice, Instrumento de cauterización, Instrumental y equipos acorde con los procedimientos ofrecidos por el servicio. Si ofrece servicios de eximer láser, Unidad de Eximer Láser compuesta por: Mesa o silla reclinable, de acuerdo con las características del equipo de Eximer láser, microscopio, computador, monitor, equipo de Eximer láser, microquerátomo
CIRUGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	Además de la dotación definida en servicios quirúrgicos de alta complejidad cuenta con: Microscopio de pedestal específicamente para procedimientos de oído y de laringe. Instrumental para oído, laringe y nariz, endoscopios para practicar cirugía endoscópica de senos paranasales.
CIRUGIA PLASTICA, MAXILOFACIAL Y DE LA MANO	Equipos e instrumental necesario para la práctica de cirugías plásticas: Equipo de mini y microplacas, equipo de corte y perforación, instrumental para cirugía de labio y paladar hendido, expansores de tejidos, mesa para cirugía de mano, torniquete neumático para cirugía de mano, cámara fotográfica tipo reflex, instrumental para Cirugía de Mano.
CIRUGIA UROLOGICA	Si realiza RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA, requiere: Mesa urológica o con opción para colocar estribos, Sistema de irrigación con atril y succión, bolsas de uromatic, bajante, equipo de resección transuretral.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
<u>SERVICIOS OBSTETRICOS DE MEDIANA, BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD</u>	<u>Si el servicio es de baja complejidad, la sala de partos cuenta con:</u> <u>Equipo de succión, equipo básico de reanimación, Lámpara cuello de cisne,</u> <u>Lámpara de calor radiante, Mesa de atención de parto, Equipos de atención de partos, Equipo de episiotomía y episiorrafia, Mesa para la atención del Recién Nacido,</u> <u>Tallímetro, Pesa bebé,</u>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Unico de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
SERVICIOS OBSTÉTRICOS DE MEDIANA, COMPLEJIDAD	Además de lo definido para baja complejidad, se cuenta con la siguiente dotación para todo el <u>servicio</u> : Monitor fetal, incubadora estándar y ecógrafo.
SERVICIOS OBSTÉTRICOS DE ALTA COMPLEJIDAD	Además de lo definido para mediana complejidad el servicio cuenta con la siguiente dotación según cada área: <ul style="list-style-type: none"> - Consultorio para examen: Camilla Ginecológica con estribos ajustables, Equipo de monitoreo fetal y tensiómetro y fonendoscopio. - Area de parto: Cama hospitalaria de 2 o 3 planos, Equipo de succión Ecógrafo con transductor vaginal, Doppler obstétrico Equipo para amniocentésis, Bombas de infusión, Glucómetro. - Salas de parto, Equipo para revisión del canal del parto, Incubadora de transporte. - Unidad de cuidado obstétrico con: cama hospitalaria de dos o tres planos, Monitores de signos vitales, Bombas de infusión continua, oxímetro
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL O ESPECIALIZADA, SERVICIOS DE ATENCIÓN EXTRAMURAL VACUNACIÓN.	Dotación básica para consultorio medico: Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, Equipo de órganos de los sentidos y Balanza de pie <ul style="list-style-type: none"> - La dotación de los consultorios de especialistas para los cuales no se haya establecido detalles particulares, será la exigida para la consulta de medicina general <p>Si realiza consulta médica de terapias alternativas cuenta además con: para terapia neural - equipo básico de reanimación; para terapia con filtros - estimuladores eléctricos y magnéticos de sustancias biológicas, bioquímicas y Farmacológicas, frecuenciales y arquetípicos; láser para bioenergética multifrecuencial. imanes bipolares</p> <p>Si ofrece vacunación cuenta con: Nevera y Termo, según Programa Ampliado de Inmunizaciones..</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si ofrece atención extramural, de acuerdo con los servicios que ofrece, cuenta con: para Consulta Médica y controles de enfermería: Camilla Equipo de órganos de los sentidos, Fonendoscopio y Tensiómetro, metro, Termómetro, Tabla de agudeza visual, Balanza y tallímetro; Salud oral: Unidad odontológica portátil, instrumental básico de odontología; Laboratorio Clínico: Microscopio- centrífuga,

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
	<p>Reactivos para pruebas de tamizaje; Promoción y Prevención: contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas.</p>
<p>CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, Escupidera, Lámpara odontológica de luz fría, Bandeja para instrumental, Eyector, Jeringa Triple, Módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano. - Airotor, Micromotor, Contra-ángulo, Compresor de aire, Esterilizador, Recipiente para esterilización en frío, estéril, disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se compone de: , , Espejos bucales, Exploradores doble extremo, Sondas periodontales, Pinzas algodoneras, Cucharillas y/o excavadores, Jeringas Cárpulas en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad. Se dispone también del siguiente Instrumental para operatoria: aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor y o cleoide discoide, de Instrumental para endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, limas, de Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí, y de Instrumental para periodoncia: curetas. - En los consultorios de especialistas se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad,
<p>CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA CONSULTA DE OPTOMETRÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Optotipos para la determinación de la agudeza visual en visión lejana, con sistema adecuado de iluminación. Optotipos para la determinación de la agudeza visual en visión próxima. Equipo básico de refracción que cuente con los siguientes elementos: Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio directo y retinoscopio, Cajas de pruebas o foropter, y/o reglas de esquioscopía, Montura de pruebas, Reglilla milimetrada, Set de prismas sueltos, Queratómetro, Lensómetro, Lámpara de Hendidura - Si ofrece lentes de contacto: Caja de pruebas de lentes de contacto, reglilla diamétrica, medidor de curvas bases de lentes rígidos, transiluminador o linterna.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
	<ul style="list-style-type: none"> - Tonómetro de Aplanación, Oftalmoscopio indirecto, ortotipos para la determinación de la estereopsis, test para la valoración de visión cromática en la consulta de oftalmología, además de lo anterior cuenta con: Lámpara de Hendidura, tonómetro de aplanación y Acceso a campímetro.
ONCOLOGÍA CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> - La Sala de Quimioterapia, cuenta con: Sillas para administración de quimioterapia. Cama de tipo hospitalario para el uso de los pacientes que requieran administración de quimioterapia por varias horas. equipo básico de reanimación. - Si dispone y prepara los medicamentos para los pacientes en la misma zona, cuenta con: Área separada para preparación de drogas citotóxicas, con presión negativa (extractor de aire) y
URGENCIAS BAJA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	<p>Si el servicio es de baja o mediana complejidad cuenta con:</p> <p>En el área de consulta médica: Camilla con estribos, Tensiómetro y fonendoscopio, Equipo de órganos de los sentidos, balanza de pie y cinta métrica</p> <ul style="list-style-type: none"> - En Sala de procedimientos: Camillas rodantes con freno y con barandas, equipo de pequeña cirugía - En Sala de Observación: Camillas rodantes con barandas. - Dotación para todo el servicio: Instrumental Ginecobstétrico, Monitor de signos vitales, equipo básico de reanimación, succionador y material para inmovilización adulto y pediátrico <p>Si el servicio es de alta complejidad cuenta, además de lo definido para baja y mediana complejidad con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En Sala de reanimación, Camilla rodante con mecanismo de freno, Mesa auxiliar rodantes, Succionador, Adecuado sistema de iluminación, Monitor cardiaco de 5 derivaciones con visoscopio, impresora y desfibrilador con paletas adulto y pediátricas, de funcionar con batería debe permanecer conectado

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
	<p>permanente, Monitor de signos vitales y oximetría. Elementos para todo el servicio: Equipos de punción lumbar y bombas de infusión.</p>
<p>LABORATORIO CLÍNICO BAJA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD</p>	<p>- Salvo que sean sustituidos por equipos de procesamiento automatizados o semi automatizados: Baño serológico, cámara de Neubauer, espectrofotómetro, fotómetro o similar, centrífuga, microscopio binocular, nevera, cronómetro, pipetas automáticas. Agitador de Mazzini, microcentrífuga, autoclave.</p>
<p>LABORATORIO CLINICO DE ALTA COMPLEJIDAD</p>	<p>Además de lo definido para mediana complejidad cuenta con: Microscopio de fluorescencia, Equipo de cromatografía de acuerdo con las necesidades del servicio, Estufa de temperatura variable, Cámara de lectura de luz UV o transiluminador de luz ultravioleta, Cabina de seguridad para extracción de gases tóxicos, Potenciómetro o Phmetro, Equipo de electroforesis, Pipeteadores manuales o eléctricos, Micro pipetas graduables, Equipo de densitometría, Centrífuga con refrigeración, Balanza analítica, Horno o incubadora, Si ofrece estudios por técnica de biología molecular, además de lo definido para una alta complejidad, cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cámara de aire de flujo laminar - Termociclador automático <p>Si ofrece estudios de genética, además de lo definido para una alta complejidad, cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incubadora CO 2 con sus tanques y manómetro - Equipo para microfotografía - Estereoscopio <p>Equipo de filtración de Medios</p>
<p>SERVICIO DE TRANSFUSIÓN SANGUINEA</p>	<p>- Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes, con sistema de registro y control de temperatura entre 1°C y 6°C, así como de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que la sangre pueda deteriorarse, congelador con un registro y control de temperatura por debajo de -18°C, con sistema de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse.</p> <p>- Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitado, con sistema de registro y control de temperatura por debajo de menos dieciocho grados</p>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
	centígrados (-18o.C), así como de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse - Nevera para el almacenamiento de sueros y reactivos con termómetro interno para control de temperatura, equipo separador de plasma pipetas automáticas, - Centrifuga lavadora de células (serófugas).
HEMODINAMIA	Cadena de televisión de alta resolución, 1024 líneas. Equipo multiaxial con diferentes focos de magnificación e intensificador de imagen, Polígrafo de presiones, que permita el monitoreo de por lo menos dos (2) derivaciones de electrocardiografía y dos (2) derivaciones de presiones. Imagen congelada en sistema de video de alta resolución, Oxímetro digital, Fuente de marcapaso externo, Bombas de infusión, equipo de reanimación, desfibrilador La sala de recuperación cuenta con camillas con barandas y monitores de signos vitales con alarmas
RADIOLOGIA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA ENDOSCOPIA DIGESTIVA, FIBROBRONCOSCOPIA, LITOTRIPSIA UROLÓGICA Y PROCEDIMIENTOS UROLÓGICOS DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	Equipo de RX correspondiente, , delantal plomado, Protector Gonadal, si se usa medio de contraste, cuenta con equipo básico de reanimación que puede ser compartido con el de sala de recuperación y disponibilidad de desfibrilador. - Si realiza ultrasonografía, cuenta con equipo de ultrasonografía con los transductores adecuados para cada uno de los estudios ofrecidos, en caso de - Si ofrece el diagnóstico cardiovascular cuenta con: Equipo básico de reanimación, Electrocardiógrafo con mínimo 12 derivaciones, Si realiza PRUEBAS DE ESFUERZO, cuenta además de lo básico con: banda de prueba de esfuerzo o bicicleta, con 12 canales y automatizada, con registro de monitoreo continuo de electrocardiograma, de mínimo 3 canales. Electrocardiógrafo conectado a impresora, para registro de impresión de 12 canales simultáneo, Si realiza MONITOREO DE TENSIÓN ARTERIAL, cuenta además de lo básico con: computadora, impresora y el equipo adecuado, Si ofrece HOLTER, cuenta además de lo básico con: El equipo correspondiente, impresora, computador, cassette con rebobinador y grabadora, Si realiza ECOCARDIOGRAFÍA, cuenta, además de lo básico, con: Ecocardiógrafo de alta resolución, permitiendo imágenes de modo M, bidimensional, doppler pulsado, continuo, poseer conexión para electrocardiograma, apareciendo simultáneamente en la pantalla para realización de mediciones de acuerdo al ciclo cardíaco. Poseer controles para definición de

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
	<p>imágenes, al mismo tiempo útil en la mejoría del Doppler y bidimensional para realizar cambios en: límite de transmisión, profundidad, poder de transmisión, control de compresión, compensación y tiempo de ganancia. con transductores y que éstos sean: Electrónicos de disposición física, o Mecánicos (siempre y cuando sean de alta resolución).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si ofrece resonancia nuclear magnética, cuenta con resonador magnético - Si ofrece tomografía axial computarizada, cuenta con tomógrafo <p>Si ofrece fibrobroncoscopia cuenta con: Camilla, Fibrobroncoscopio con fuente de luz, Equipo de Succión, oxímetro, unidad electroquirúrgica con módulos de corte y coagulación, Pinzas de biopsia y de extracción de cuerpo extraño, Si realiza biopsias transbronquiales, cuenta con fluoroscopio o intensificador de imágenes, Equipó Básico de Reanimación y equipo de succión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si realiza endoscopia digestiva cuenta con: Camillas, Equipos endoscópicos con fuente de luz y unidades de inserción, y el instrumental necesario, de acuerdo con el tipo de procedimiento realizado. Si realiza procedimientos más complejos, cuenta además con: Unidad electroquirúrgica con módulos de corte y coagulación, si se realiza COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA, requiere: Duodenoscopio, Unidad electroquirúrgica de refuerzo, segundo aspirador de secreciones, acceso o disponibilidad a Unidad de fluoroscopia con: Intensificador de imagen, y monitor de signos vitales. equipo básico de reanimación y succionador. <p>Si realiza litotripsia urológica cuenta con: Camilla, Equipo de Litotripsia que conste de: mesa, emisor de ondas de choque, de mecanismo para localización del calculo y dirección del procedimiento;</p> <p>Si realiza procedimientos urológicos cuenta con: Camilla urológica y los equipos endoscópicos adecuados, con sus correspondientes accesorios, de acuerdo con el tipo de procedimiento ofrecido.</p> <p>Si realiza procedimientos especiales cuenta además con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de RX para procedimientos especiales: Equipo de substracción digital, Acceso a equipo de anestesia, inyector, Oxímetro de pulso, Equipo de pulsosucción. <p>Sala de Observación: Camilla de barandas, , equipo básico de reanimación</p>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
MEDICINA NUCLEAR	<p>El servicio cuenta con:</p> <p>Sistema de adquisición de imágenes (Gamacámaras – Sondas). Calibrador de dosis, contenedores de viales y accesorios para el manejo seguro (pinzas, guantes, caretas, recipientes para recolección de desechos sólidos y líquidos)</p>
RADIOTERAPIA	<p>Cuando se realice teleterapia el servicio cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Cobaltoterapia o Acelerador lineal - Si la teleterapia se realiza con Acelerador lineal, es indispensable contar con equipo de simulación - Si la teleterapia se realiza con unidad de cobaltoterapia se garantizar algún mecanismo que supla un sistema de simulación (que podría ser un RX convencional o un TAC adaptado para simulación de radioterapia) - Contar con un sistema de verificación de tratamiento (películas de verificación y porta película adecuado) - Si existe acelerador lineal, se cuenta con un sistema de dosimetría para calibración de haces de radiación <p>Cuando se realice braquiterapia el servicio cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo de braquiterapia para baja tasa de dosis, si se realiza - Equipo de braquiterapia para alta tasa de dosis, si se realiza - Se cuenta con un sistema de planeación para braquiterapia
ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Área de Procedimientos, con Camilla móvil, con barandas, que permita dar posiciones de inclinación; con colchoneta y almohada, así como ropa de camilla por paciente. - Equipos de endoscopia: Con fuente de luz y unidades de inserción (endoscopio, colonoscopio, duodenoscopio, ano-rectosigmoidoscopio rígido) según los servicios ofrecidos, con un tiempo mínimo de reutilización de 20 minutos. Aspirador de secreciones. - Si ofrece procedimientos endoscópicos BÁSICOS, contar con los siguientes accesorios: Pinzas de biopsia, pinzas para extracción de cuerpo extraño, asas de polipectomía, si ofrece procedimientos endoscópicos AVANZADOS, contar dentro del Servicio, además de los anteriores, con los siguientes accesorios: Agujas de inyección endoscópica, canastillas para extracción de cuerpo extraño y pólipos,

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
	<p>dilatadores esofágicos neumáticos y-o guiados, Unidad electroquirúrgica con módulos de corte y coagulación, si se realiza COLANGIOPANCREATOGRÁFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA, requiere: Duodenoscopio (s), Unidad electroquirúrgica de refuerzo, segundo aspirador de secreciones, acceso o disponibilidad a Unidad de fluoroscopia con: Intensificador de imagen, Fuente de vacío y oxígenomonitor de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accesorios para ofrecer opciones terapéuticas: Cánula, Esfinterótomo, Canastilla, Equipo de reanimación - Área de Recuperación de pacientes con: Silla(s), sillón(es) o reclinomatic, si se realizan procedimientos endoscópicos básicos. En caso de realizar procedimientos avanzados: Camillas móviles, con barandas y atriles, Fuente de oxígeno y vacío, Monitores de signos vitales, con alarmas.
CITOPATOLOGÍA	<p>Microscopio binocular, Material de disección: Procesador de tejidos, Micrótopo de cuchillas, Baño flotante, Dispensador de parafina, batería para coloración, Termo para nitrógeno (solo necesario si se remite material preservado a muy bajas temperaturas para estudios especializados). Criostato (solo necesario si se hacen biopsias por congelación).</p>
DIÁLISIS RENAL	<p>Sillas, Equipos de hemodiálisis los cuales deben ser independientes para pacientes seropositivos para hepatitis B. Cada equipo debe contar con: Monitor de: alarma de conductividad, alarma de temperatura, alarma de aire en el sistema de sangre, presión en cámara venosa y en cámara arterial, tiempo efectivo en diálisis, volumen de sangre de la bomba y sistema de desinfección de la máquina.</p> <p>Bomba de infusión de heparina Sistema de proporcionamiento del dializado Sistema de ultrafiltración controlado Inyector de sangre variable Sistema de monitoreo de la hemodiálisis con tensión arterial y pulso Baño para hemodiálisis con bicarbonato concentrado nevera Máquina cicladora para diálisis peritoneal automatizada Equipo básico de reanimación</p>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	EQUIPOS
<p><u>AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO</u></p>	<p><u>Camilla Principal con su sistema de anclaje</u> <u>Camilla Secundaria</u> <u>Camillas de trauma así: tabla espinal corta y una camilla para inmovilización tal como: tabla espinal larga, o camilla tipo cuchara (scoop stretcher), o Miller, o camilla de vacío</u> <u>Silla de ruedas</u> <u>Sistema de Oxígeno con capacidad total de almacenamiento de mínimo 6 metros cúbicos</u> <u>Equipo de Radiocomunicaciones</u> <u>Un Sistema Sonoro de Alerta Vial adicional al pito o bocina.</u> <u>Rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos y de la ambulancia.</u></p>
<p><u>AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO</u></p>	<p><u>Lo exigido para las ambulancias de traslado asistencial básico y además los siguientes equipos: Laringoscopio adulto y pediátrico con hojas rectas y curvas, Respirador o ventilador de transporte, de volumen ó presión, o mixto, con (2) circuitos respiratorios estériles, Monitor de electrocardiografía con desfibrilador, tipo portátil, Oxímetro, Sistema electrónico de control de Infusión, Glucómetro. Para traslado neonatal, adicionalmente: Cámara de Hood neonatal, Incubadora portátil.</u> <u>Si el servicio de traslado asistencial de pacientes es aéreo, le aplican las condiciones de Traslado Medicalizado, y cumple adicionalmente con las siguientes condiciones:</u> <u>Se garantiza que los equipos médicos utilizados soportan las condiciones del medio aeronáutico como son las vibraciones, los cambios de la presión atmosférica, la humedad medio ambiental y la no interferencia con los equipos de radio y de navegación de la aeronave</u></p>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

4. Insumos – Gestión de Insumos.

Estándar. Se tienen diseñados y se aplican procesos para el manejo de los insumos cuyas condiciones de almacenamiento distribución y entrega condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Criterios:

1. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición, y se cuenta y aplican procedimientos técnicos para el almacenamiento y la distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.
1. Los procedimientos de adquisición de medicamentos e insumos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA.
2. Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento.
2. Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reutilicen insumos salvo aquellos en los que el INVIMA defina expresamente que pueden serlo.
2. La institución garantiza la disponibilidad permanente de los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos indispensables para la prestación de los servicios que ofrece.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

5. Procesos prioritarios asistenciales.

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Criterios:

0. Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. La tabla anexa al presente estándar establece el detalle de los procedimientos, procesos, guías y protocolos por servicio.
0. Los procedimientos, procesos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.
0. La institución cuenta con guías clínicas de atención para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa y urgencias.
0. Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional
0. La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico.
0. Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta
0. La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza y aseo y mantenimiento hospitalario.
0. La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales, cambio de tanques de agua y sistemas de alarma.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

0. Si la institución presta servicios de hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencias, cuenta con:

- o Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución a los pacientes
- Guías o manuales de los siguientes procedimientos: Atención en Reanimación Cardiocerebropulmonar, Control de líquidos, plan de cuidados de enfermería, administración de medicamentos, inmovilización de pacientes, venopunción, toma de muestras de laboratorio, cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas

0. Si la institución presta servicios de unidad de cuidado intermedio e intensivo, además de lo anterior cuenta con:

- o Guías para: sondas de alimentación, declaración de muerte cerebral, colocación de catéter de presión intracraneana, inserción de catéteres centrales, inserción de marcapaso interno transitorio, traqueostomía, broncoscopia, toracentesis, cambio de líneas IV (centrales y periféricas), control de nutrición parenteral, anticoagulación profiláctica.
- o Guía para: colocación de tubo de tórax, paracentesis, lavados abdominales, venodisección, embolectomía, lavado peritoneal, diálisis peritoneal, hemodiálisis, hemodiafiltración (cuidados del paciente), lavado de fracturas, punción lumbar, protocolos de los cuidados por terapia respiratoria
- o Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares incluido el servicio de unidad de quemados, urgencias y obstetricia.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Unico de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

Tabla 4. Estándar de procesos prioritarios asistenciales. Detalle por Servicio

SERVICIO	PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES
HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS	Transfusión de sangre total o de sus componentes, provenientes de un Banco de Sangre o de un servicio de transfusión. Los prestadores que realicen la transfusión tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente.
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	Guías sobre: Manejo general del prematuro, Ictericia, Policitemia, manejo de brotes de Infección, Hipoglicemia e hiperglicemia, Síndrome de Dificultad Respiratoria, Manejo de líquidos y electrolitos y alteración de los mismos, Convulsiones, Enterocolitis, Hemorragia intracraneana, Ductus arterioso persistente, Nutrición enteral y parenteral, neonatos producto de partos con ruptura prematura de membranas, Meningitis bacteriana, Aplicación de sangre y derivados, Recién nacido con sospecha de infección.
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	Además de las guías definidas para cuidado intermedio: Síndrome de Dificultad Respiratoria (enfermedad de membrana hialina y síndromes aspirativos), Hipertensión pulmonar, Cardiopatías congénitas, Asfixia perinatal, Shock, Ventilación mecánica, Barotrauma, Uso de surfactante pulmonar.
UNIDAD DE QUEMADOS ADULTO Y PEDIÁTRICO	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de manejo ambulatorio y controles posteriores por cirugía plástica, Utilización de escalas del Dolor - Guías sobre: Clasificación de la gravedad de las quemaduras, Atención inicial de urgencias y reanimación del paciente quemado, Métodos de tratamiento local, Escarotomías decompresivas, Escarectomía tangencial precoz, Diagnóstico y manejo de sepsis y falla multisistémica, Manejo de la cicatrización, Manejo del dolor - Protocolos de Enfermería sobre: Plan de cuidado de enfermería, Curaciones locales, Manejo de líquidos, Control de peso. - Valoración inicial a todos los pacientes por parte de Nutrición y Dietética, Medicina Física y Rehabilitación, Fisioterapia.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES
HOSPITALIZACIÓN PSQUIÁTRICA Y FARMACODEPENDENCIA	Programación de actividades diarias de los pacientes, sistemas para garantizar el adecuado uso del teléfono y correspondencia y condiciones de aislamiento de los pacientes, guías de atención de urgencias psiquiátricas, Protocolo para aplicación de Terapia Electroconvulsiva (TEC) si lo utiliza.
SERVICIOS QUIRÚRGICOS, SERVICIOS OBSTÉTRICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de asepsia y antisepsia en relación con: Planta física, Equipo de salud, El paciente, Instrumental y los equipos. - Evaluación y registro pre-anestésico, a todo paciente que va a ser intervenido con anestesia regional o general. - Preparación del paciente para el acto quirúrgico, Traslado del paciente al quirófano, Manejo de complicaciones postquirúrgicas, Transporte de paciente complicado. - En caso de realizarse procedimientos ambulatorios, se deben tener definidos los procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones postoperatorias, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos quirúrgicos sin hospitalización.
CIRUGIA LAPAROSCÓPICA	Guías de atención sobre: Colecistectomía Laparoscópica, Laparoscopia Diagnóstica, Apendicetomía laparoscópica y si realizan éstos procedimientos: Herniorrafia laparoscópica, Cirugía del hiato esofágico mediante laparoscopia, Esplenectomía Laparoscópica, Resecciones del tracto gastrointestinal por laparoscopia, Nefrectomía laparoscópica.
SERVICIOS OBSTETRICOS	Atención del parto, Indicaciones y técnica de la Episiotomía y episiorrafia, Hemorragia post-parto y post-cesárea, Complicaciones intraparto. Instrumentación, atención al recién nacido (profilaxis ocular y umbilical, Adaptación, reanimación del Recién Nacido y criterios de remisión.
ALIMENTACION	Guías para el manejo de nutrición parenteral, si la entidad la utiliza.
LACTARIO	Guías para la preparación de fórmulas lácteas.
ESTERILIZACION	Si utiliza esterilización a gas, cuenta con un manual de procedimientos y lo aplica.
QUIMIOTERAPIA	Guías de Atención sobre el tratamiento con Quimioterapia.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

SERVICIO	PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES
URGENCIAS	<p>Además de las definidas para la atención hospitalaria, guías sobre Atención médica inicial y definición de conducta.</p> <p>Revisión en cada turno del EQUIPO DE REANIMACIÓN</p> <p>Metodología y definición de clasificación de pacientes (triage) si realiza este procedimiento.</p> <p>Planes de emergencia hospitalaria. Cadena de llamadas.</p>
NEFROLOGIA (DIALISIS RENAL)	<ul style="list-style-type: none"> - Guías de manejo de: - <u>Insuficiencia renal aguda, Insuficiencia renal crónica, Bioseguridad en unidad renal, Manejo de la anemia en IRC, Manejo de la osteodistrofia renal, Manejo de la nefropatía Lúpica, Manejo de la nefropatía diabética, Manejo de la HTA.</u> - <u>Las guías de la terapia de hemodiálisis debe tener: Adecuación de hemodiálisis según cinética de la urea, Complicaciones en hemodiálisis, Accesos vasculares, Cuidado y tratamiento de la infección del acceso vascular.</u> - <u>Las guías de terapia de diálisis peritoneal deben tener: Adecuación de diálisis peritoneal según cinética de la urea, Test de equilibrio peritoneal, Implante de catéter peritoneal, Tratamiento de Infección del orificio y túnel del catéter peritoneal, Tratamiento de peritonitis en diálisis peritoneal.</u> - <u>Actas de Información a los pacientes</u>
AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Guías de manejo de patologías de Urgencia.</u> - <u>En el caso del Servicio Aéreo de Ambulancia, Guías de transporte aeromédico</u>

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

Criterios:

0. Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.
0. Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo.
1. Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.
2. Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
3. En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto -ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.
4. Los registros asistenciales Son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

7. Interdependencia de Servicios.

Estándar: la institución dispone de servicios asistenciales y de flujos críticos entre los servicios, indispensables para garantizar una atención oportuna e integral a los usuarios de los servicios.

Criterios:

0. Si la institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o urgencias de baja complejidad dispone de:
 - Laboratorio clínico
 - Servicio farmacéutico
 - Disponibilidad de ambulancia
 - Disponibilidad de radiología
 - Disponibilidad de servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento)
0. Si la institución presta servicios hospitalarios, en especial, obstetricia, unidad de cuidado intermedio e intensivo o unidad de quemados; o urgencias de mediana o alta complejidad, cuenta además con:
 - Disponibilidad de servicios de transfusión las 24 horas
 - Disponibilidad de servicio de nutrición
 - Disponibilidad de terapia respiratoria
 - Disponibilidad de quirófano
 - Si la institución presta el servicio de unidad de quemados u obstetricia de alta complejidad, cuenta con disponibilidad de unidad de cuidados intensivos
 - La unidad de quemados dispone además de servicio de fisioterapia
1. Si presta servicio de hospitalización psiquiátrica o de farmacodependencia dispone de servicios de psicología y terapia ocupacional.
1. Si presta servicio de hospitalización pediátrica dispone de lactario
1. Si presta servicios quirúrgicos dispone de servicio de esterilización
1. Si presta servicios de hemodiálisis dispone de servicios de laboratorio, imagenología, farmacia, banco de sangre y disponibilidad de servicio de nutrición.
2. Si presta servicio de transporte asistencial dispone de una Red de Radiocomunicaciones.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

8. Referencia de Pacientes.

Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

Criterios:

0. Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes. La tabla anexa al presente estándar, define el detalle de los servicios de apoyo o asistenciales indispensables, por servicio ofrecido.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Unico de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

Tabla 5. Estándar de referencia. Detalle por servicio.

SERVICIO	PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA
HOSPITALIZACION, URGENCIAS	Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> - Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superan la capacidad técnico científica de la institución. - Los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia. - La disponibilidad de los medios de transporte. - Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.
SERVICIOS OBSTETRICOS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD	- Sistemas de referencia de pacientes a alto riesgo obstétrico y neonatal.
PRESTADORES EN ÁREAS GEOGRÁFICAS DE DIFÍCIL ACCESO Y CON LIMITACIÓN DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Equipo de radio comunicaciones, y definición de medios de transporte.

ANEXO TÉCNICO 1 – RESOLUCION NUMERO 001439 DE 20022002

Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales

9. Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios.

Estándar: Se tienen definidos procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud definidos como prioritarios.

Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta; en los que se deben incluir: mortalidad hospitalaria; infecciones intrahospitalarias; complicaciones quirúrgicas inmediatas; complicaciones anestésicas; complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales; complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

El Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, presenta los lineamientos conceptuales e instrumentales que guiarán el proceso de acreditación para dichas instituciones y los estándares de acreditación.

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

GARANTÍA DE LA CALIDAD

Se entiende por **Garantía de la Calidad** el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad.

Construir un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (MCC) Y ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE.

El mejoramiento continuo (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial, el cual involucra los gerentes, el primer nivel directivo y los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención para sus clientes/ usuarios y sus familias. Este enfoque

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen el desperdicio, la duplicación y el trabajo innecesario. Cuando se aplica el MCC, la meta es identificar y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad.

Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los clientes, a satisfacer sus necesidades y expectativas. Esta transición de los prestadores de servicios de atención hacia el enfoque de satisfacer a sus clientes, implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con dichas expectativas.

Como en cualquier reorientación o readaptación de una institución, adaptarse a este enfoque implica cambios en la filosofía y cultura de la institución, en el tipo de liderazgo, en la planeación y compartir el conocimiento del negocio, en hacer cambios significantes en el trabajo diario, en los roles y apoderamiento de las personas y en las relaciones y coordinación del trabajo entre los profesionales dentro de la organización .

DEFINICIÓN Y GRANDES PROPÓSITOS

DEFINICIÓN

Por acreditación en Colombia debe entenderse:

“Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizados para dicha función”.

PROPÓSITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Misión

“Mejorar la gestión por calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa, con unos estándares óptimos factibles, para mejorar la salud de los colombianos”.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Visión

“Ser el mecanismo fundamental y de mayor credibilidad para direccionar el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia”.

Principios

El Sistema Único de Acreditación en Salud se orienta por los siguientes principios:

1. Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.
2. Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
3. Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

**ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

TIPO, AMPLITUD Y CONTENIDO

Tipo: Orientados inicialmente a procesos y posteriormente se involucrarán algunos estándares de resultados.

Amplitud: Los estándares evaluarán la organización integralmente.

Contenido: Está dirigido al proceso de atención de los usuarios, centro y razón de ser de una organización de servicios de salud.

ESTRUCTURA DE LOS ESTÁNDARES

Explicación del orden de los estándares.

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

El proceso asistencial cuenta con un gran módulo, uno denominado **Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial**. En este se encuentra un proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria. Estos estándares poseen una serie de llamadas de atención para servicios particulares, como son: **materno, ambulatorio, urgencias y cirugía**. Estas secciones sólo incluyen las diferencias particulares que deben ser consideradas por las organizaciones que cuenten con esos servicios. Se entiende que el resto de los estándares y criterios para estos servicios son exactamente iguales a los que aparecen en el proceso de atención asistencial.

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

- **Direccionamiento:** es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización.
- **Gerencia:** es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

- **Recursos humanos:** se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.
- **Sistema de información:** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.
- **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.

Cada una de las secciones de los estándares (tanto asistenciales como administrativos) cuenta con una sección común, el cual es el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes e idénticos en todas las secciones de estándares.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

DIMENSIONES A EVALUAR

Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución

Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

VARIABLES DE CADA DIMENSIÓN

Enfoque

- **Sistematicidad:** grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- **Amplitud.** Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del capítulo
- **Proactividad:** grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** forma en que se evalúa y mejora el enfoque.
- **Impacto:** Grado de incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados.

Implementación

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

- **Despliegue en la institución:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.
- **Despliegue hacia el cliente.** Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Variables	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
Impacto				Existe alguna evidencia que indica que el enfoque está incidiendo en la implementación y en los procesos más importantes	La incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados es demostrable.
IMPLEMENTACIÓN Y DESPLIEGUE					
Despliegue en la					

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas,	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar)	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Instructivo para calificar

1. Repase con detenimiento el significado de los componentes: enfoque e implementación, y el de sus correspondientes variables, así como el estándar a evaluar.
2. Lea las oportunidades de mejoramiento y las fortalezas señaladas por la institución.
3. Remítase a la tabla de calificación
4. Defina el grado de desarrollo de la organización:
 - Ubíquese en la escala del numeral 3 (Organización en un grado mediano de madurez del enfoque y de la implementación), lea cada una de las variables del enfoque y de la implementación del mismo.
 - Compare la organización con las características del numeral 3. Evalúe si corresponde a este numeral. Si corresponde a este, califíquelo como 3
 - Si no corresponde al numeral 3, porque considera que la organización supera las características de este numeral, desplácese hacia el numeral 4. Si está acorde con este numeral. Ponga 4
 - Si considera que la organización tiene un grado de madurez menor que el numeral 3 desplácese hacia el numeral 2. Si está acorde con este numeral. Ponga 2
 - Y así sucesivamente siga hacia arriba o hacia abajo.

El estándar debe calificarse teniendo en cuenta el enfoque y la implementación como un todo. No se califican por separado.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL

Propósito de los estándares

La sección de los estándares del proceso de atención al paciente, en su forma general y los específicos para ciertos servicios, pretende señalar el camino lógico de la relación paciente - organización dentro de un proceso discreto de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia.

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

Organización de los estándares

La organización debe tener definida una política respecto a los derechos de los clientes, acorde con el direccionamiento estratégico, los cuales son difundidos y conocidos por todos en la organización; así mismo se conoce por todos el proceso de atención desde el ingreso hasta el egreso del paciente.

Coherente con el proceso de atención, existen subprocesos de: admisión para la atención inicial e información al paciente; registro para la atención, donde se captura la información de identificación y del paciente y familia y se brinda información inicial de la organización frente al proceso de atención y derechos o servicios cubiertos; evaluación inicial del ingreso donde se recoge la mayor cantidad posible de información acerca de las condiciones de ingreso, y se brinda la educación acerca de las características de la enfermedad, del tratamiento y sus posibles resultados.

Con base en la información obtenida la entidad planea el cuidado y tratamiento del paciente, así como de su seguimiento, lo cual parte de la obtención del consentimiento informado, aceptación de participar o no en una investigación, se garantiza la privacidad y confidencialidad, asesoría farmacológica, valoración anestésica cuando es requerida y apoyo emocional y espiritual. Los resultados del tratamiento son asegurados mediante la atención por parte de un equipo interdisciplinario que brinda una buena información al paciente y su familia acerca de la enfermedad su evolución y cuidados posteriores.

En cuanto al proceso de gestión de la atención, se cuenta con procesos como: un sistema de información que asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera integral, única y segura, identificando e informando a los profesionales involucrados la evolución y respuesta del paciente; el cuidado y tratamiento de acuerdo con estándares, guías y procedimientos aceptados; así mismo debe existir un proceso para el

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

manejo de las quejas para su investigación, respuesta y mejoramiento. Se debe contar con un proceso y políticas de aislamiento de pacientes en los casos que sea necesario, en condiciones dignas y que aseguren su tratamiento. El tratamiento debe ser evaluado permanentemente por la entidad y los clientes para lo cual se debe contar con procesos definidos de evaluación muestral que verifiquen el cumplimiento de estándares de atención y procedimientos adecuados para casos exitosos y para casos con resultados adversos. En la evaluación con la familia se debe contar con la posibilidad de revisar los resultados esperados contra los reales y analizar las diferencias.

El egreso del paciente debe ser registrado de forma tal que indique los requerimientos futuros que permitan planear los cuidados del cliente en ese momento. El plan de egreso contiene información relacionada con cuidados, medicación, alimentación, uso de equipos médicos y rehabilitación si se requiere. Así mismo, información completa del tratamiento y resultados a la EPS y a la entidad o médico que lo refirió.

Este proceso de atención se debe monitorear por medio de indicadores de desempeño, redundando esto en procesos de mejoramiento que son compartidos y seguidos permanentemente.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

DERECHOS DE LOS PACIENTES	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.						
ACCESO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
3. Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.						
REGISTRO E INGRESO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>4. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.</p>						
<p>4.1. Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.</p> <p>4.2. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del personal dentro de la institución que debe estar a cargo del paciente, según su enfermedad. • Priorización de los pacientes que deben atenderse. • Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición pone sobre la vida del paciente¹. 						
<p>5. Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.</p>						
<p>5.1. La organización garantiza un proceso para proveer información al paciente y su familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se provee información al paciente y su familia acerca de la organización, por lo menos en los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Información acerca de la organización: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos. ◆ Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación². ◆ Plan para asegurar sus pertenencias personales³. ◆ La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento. ◆ Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos. <p>5.2. Existe un protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación y presentación ante los compañeros de habitación⁴.</p> <p>5.3. Se obtiene consentimiento informado, si aplica en este momento⁵.</p>						

¹ Criterio específico para el servicio de cirugía

² Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios, a excepción de servicios de cirugía ambulatorio o similares.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
6. La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguiente criterios.						
<p>6.1. La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del paciente acerca de su patología. • Forma de tratamiento de su enfermedad. • Expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento. <p>6.2. Existe evidencia de que la evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un médico tratante responsable. El equipo en cuestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está calificado para atender la patología que está atendiendo. • Es rotado periódicamente de actividad • Es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que sirve. 						
7. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobreagregada, requiere técnicas especiales de aislamiento.						
<p>7.1. Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.</p> <p>7.2. La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo a la decisión adoptada.</p>						

PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Calificación de la organización					
--------------------------------------	---------------------------------	--	--	--	--	--

³ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios, a excepción de servicios de cirugía ambulatorio o similares.

⁴ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios, a excepción de servicios de cirugía ambulatorio o similares.

⁵ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios, a excepción de servicios de cirugía ambulatorio o similares.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	5	4	3	2	1	NA
8. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados. Esta planeación incluye						
<p>8.1. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.</p> <p>8.2. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p> <p>8.3. Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, donde se le explica el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</p> <p>8.4. Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante</p>						
9. Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones e incluyen:						
<ul style="list-style-type: none"> • Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente. • Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido⁶. • Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados⁷. 						

⁶ Criterio específico para servicios materno - infantiles

⁷ Criterio específico para servicios materno - infantiles

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> • Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos⁸. • Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos⁹. • Apoyo emocional al paciente y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica sólo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas¹⁰. • Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica. • Soporte nutricional especial. • Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para pacientes de tercera edad¹¹. • Consejería y apoyo emocional al paciente y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos, cuando aplique. • Apoyo espiritual / religioso¹². • En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica se realiza una valoración anestésica prequirúrgica¹³. • Se verifica la identidad del paciente, la naturaleza y el sitio de la operación propuesta¹⁴. 						
<p>10. La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. • La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. • La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. 						

⁸ Criterio específico para servicios materno - infantiles
⁹ Criterio específico para servicios materno - infantiles
¹⁰ Criterio específico para el servicio de cirugía
¹¹ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios
¹² Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios
¹³ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios
¹⁴ Criterio específico para el servicio de cirugía

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>11. El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del plan farmacológico de tratamiento. • Todas las órdenes de farmacia son revisadas en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos. • Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo de salud, las necesidades específicas de medicamentos del paciente¹⁵. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume dentro de un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos dentro del plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica. • Mecanismos para proveer información al paciente o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos. • Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. 						
<p>12. El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.</p>						
<p>12.1. La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al paciente y su familia. Constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica.</p> <p>12.2. La planeación de la investigación diagnóstica incluye¹⁶.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con un sitio para referir las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente. • Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras, cómo son transportadas las muestras y cómo son notificados los resultados. • Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante. • Se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes. • Los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, 						

¹⁵ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios

¹⁶ Aplica a los servicios ambulatorios sólo en caso de que una junta médica los requiera.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>código del responsable, y fecha de resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia. • Se realizan 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. <p>12.3. La organización garantiza un proceso donde se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de laboratorio. Los servicios de laboratorio deben asegurar el cumplimiento de estos procesos.</p>							
<p>13. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						

EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>14. Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.</p>						
<p>14.1. La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo¹⁷.</p> <p>14.2. El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, la cual incluye como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos. • El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma. • Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso¹⁸. • Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo prevención de infecciones. • Cuidados en casa, si aplica. <p>14.3. La educación está dada por un grupo interdisciplinario.</p>						

¹⁷ Aplica a los servicios ambulatorios sólo en caso de que una junta médica los requiera.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>15. El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.</p>						
<p>15.1. Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente. 15.2. La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.</p>						
<p>16. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • La organización promueve un sistema para que los clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización • Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos. • Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación. 						

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos. • La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para los casos de resultados adversos o de resultados no esperados en el curso de tratamiento. 						

SALIDA Y SEGUIMIENTO	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA

¹⁸ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>18. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios¹⁹.</p>						
<p>19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.</p>						
<p>19.1. Existe un plan de egreso que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación, si aplica. • Comunicación de toda la información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento. • Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Lugar, fecha y razones de referencia. • Personas que se deben contactar, si aplica. • Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica. <p>19.2. Las necesidades del continuo de cuidado al egreso reflejan la situación del cuadro clínico actual y de las nuevas necesidades expresadas por el paciente.</p>						
<p>20. La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.</p>						
<p>21. El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.</p>						
<p>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>22. Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento.</p>						
<p>22.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p>						

¹⁹ Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>22.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.</p> <p>22.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>22.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados</p>						
<p>23. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<p>23.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo. • Alto volumen. • Alto costo. <p>23.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Continuidad • Coordinación • Competencia • Aceptabilidad • Efectividad • Pertinencia • Eficiencia • Accesibilidad • Oportunidad 						
<p>24. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

de información, procesamiento y análisis de resultados.	
25. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	
25.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. 25.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO

Propósito de los estándares

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

Organización de los estándares

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.						
2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.						
2. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno Esta definición contempla por al menos los siguientes criterios.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de la organización con la comunidad que sirve. ▪ Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia. ▪ Aspectos que guían la ética de la organización. ▪ La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. ▪ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios. 						
4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. ▪ La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y del proceso de atención al cliente. 						
5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.</p>						
<p>7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad de la atención por tipos de servicios. • Utilización de servicios por afiliado (por ejemplo, tratando de incentivar la consulta y desincentivar la hospitalización). • Satisfacción global del cliente con la atención recibida. • Calidad de la atención. 						
<p>8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin. 						
<p>9. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.</p>						
<p>9.1. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos. ▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas. <p>9.2. El asesoramiento involucra las políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención a los clientes.</p>						
<p>10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los integrantes de la junta directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así mismo, de cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. ▪ Especial énfasis debe ser puesto en la filosofía, políticas y procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento						
<p>11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.</p> <p>11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</p>						
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia , el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo. • Alto volumen. • Alto costo. <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Continuidad • Coordinación • Competencia • Aceptabilidad • Efectividad • Pertinencia • Eficiencia • Accesibilidad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad 						
<p>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<p>14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. 14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

ESTÁNDARES DE GERENCIA

Propósito de los estándares

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

Organización de los estándares

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. ▪ La evaluación del logro de las metas y objetivos 						
<p>6. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización. El respeto por el cliente incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dignidad personal. ▪ Privacidad. ▪ Seguridad. 						
<p>7. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una política clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y compañeros de trabajo ▪ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. ▪ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. ▪ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas. 						
<p>8. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>						
<p>9. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de prioridades en el plan. ▪ Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. ▪ Evaluación de los recursos disponibles. 						
<p>10. Existe un proceso para la protección y control de los recursos.</p>						
<p>Lo anterior se logra a través de:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición de la productividad. ▪ Costeo. ▪ Monitorización de los presupuestos. ▪ Manejo de inventarios. ▪ Manejo de seguros. ▪ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. ▪ Auditoría de procesos. ▪ Seguimiento de contingencias cubiertas por ATEP y SOAT. ▪ Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades. 	
---	--

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia</p>						
<p>11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.</p> <p>11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</p>						
<p>12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia , el equipo de salud y los trabajadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo. • Alto volumen. • Alto costo. <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Continuidad • Coordinación • Competencia • Aceptabilidad • Efectividad • Pertinencia • Eficiencia • Accesibilidad • Oportunidad 							
<p>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						
<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 							
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>							
<p>14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. 14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>							

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

Propósito de los estándares

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

Organización de los estándares

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.						
<p>1.1. Estos procesos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legislación relevante. • Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. • Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial. • Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. • Evaluación de desempeño. • Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional. • Políticas de compensación. • Estímulos e incentivos. • Bienestar laboral. • Necesidades de comunicación organizacional. <p>1.2 Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</p> <p>1.3 Los procesos mencionados en el estándar debe incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.</p>						
2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.						
<p>2.1 El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la misión de la organización. • Cambios en el plan estratégico. • Cambios en la estructura organizacional. • Cambios en la planta física. • Cambios en la complejidad de los servicios. • Disponibilidad de recursos. • Legislación relevante. • Tecnología disponible. <p>2.2. La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> • Requisitos y perfil del cargo. • Identificación de los patrones de carga laboral del empleo. • Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera. <p>2.3. La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención.</p>						
<p>3. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.</p>						
<p>3.1. Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con: <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia. • Licenciamiento o certificación, si aplica. <p>3.2. Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y habilidades. • Relaciones interpersonales. • Habilidades de liderazgo y administrativas. • Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. 						
<p>4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>4.1. La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se provee información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Valores. • Misión y visión. • Plan estratégico. • Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. • Servicios disponibles. • Objetivos y metas de la organización • Estructura organizacional. • Expectativas del desempeño. • Legislación relevante. • Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. • Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. • Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización. <p>4.2. La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.</p>						
<p>5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. • El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. • Se provee retroalimentación al personal evaluado. 						
<p>6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. • Investigación científica. • Entrenamiento de estudiantes, si aplica. • Conciliación de protocolos médicos. • Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. • Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. • La atención al cliente y su familia. 						
<p>7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.</p>						
<p>8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los registros. • Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización. 						
<p>9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.</p>						
<p>9.1. Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. 9.2. Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.</p>						
<p>10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.</p>						
<p>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	<p>Calificación de la organización</p>					
	5	4	3	2	1	NA
<p>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano</p> <p>11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente , su familia y los trabajadores en general.</p> <p>11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados						
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia , el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo. • Alto volumen. • Alto costo. <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Continuidad • Coordinación • Competencia • Aceptabilidad • Efectividad • Pertinencia • Eficiencia • Accesibilidad • Oportunidad 						
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.						
<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.						
14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	
--	--

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Propósito de los estándares

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

Organización de los estándares

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

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.						
<p>1.1. Lo anterior incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gerencia de los riesgos físicos. • Mantenimiento de la seguridad industrial. • Preparación para emergencia y desastres. • La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades. <p>1.2. Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</p> <p>1.3. Está diseñado y difundido un plan que desarrolla el método o programa que se utilizará para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los pacientes durante su proceso de atención y de los trabajadores.</p>						
2 La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares, que incluyen:						
<p>2.1. Para los clientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admisión y transporte de los pacientes con infección. • Implementación de técnicas de aislamiento. • Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral. <p>2.2. Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de cuándo se considera una infección intrahospitalaria. • Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria. • Reporte de las infecciones intrahospitalarias. • Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes dentro de la organización. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>2.3. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.</p> <p>2.4. El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p> <p>2.5. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones .</p> <p>2.6. El personal de la organización recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones.</p> <p>2.7. Existen sistemas de ventilación para prevenir la diseminación de contaminantes, si aplica.</p> <p>2.8. Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc).</p>						
<p>3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos. • Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. • Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención. • Programaciones de limpieza. 						
<p>4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. • No reutilización de materiales. • Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. • Impacto ambiental. • Reciclaje y comercialización de materiales. • El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. 						
<p>5. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).</p>						
<p>5.1 Existe un plan organizacional que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado. • Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> • Conexión a la red de urgencias. • Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. <p>5.2. Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo la unidad se integra al plan organizacional.</p> <p>5.3. Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres.</p> <p>Estos ejercicios permitirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización. • Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. • Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. • Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo. <p>5.4. La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta. • Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. • La identificación del personal que está a cargo de los servicios. • Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. • Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización. • Recolectar y difundir la información necesaria. • Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. <p>5.5. La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.</p>							
<p>6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de un área para la recepción del personal. • Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso. • Aplicación de un sistema de <i>triage</i>. • Señalización del área acomodada para atender al grupo de pacientes. • Activación de protocolos de salida a los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos. 						
<p>7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.</p>						
<p>7.1. El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos. 7.2. El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de incendios. • Educación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación. • Emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. • Evacuación de los clientes en riesgo. • Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. • Sistemas de evacuación. • Señalización de sistemas de evacuación. • Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. <p>7.3. La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de incendios.</p>						
<p>8. Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes. El proceso incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de clientes que deben ser reubicados. • Comunicación de esta situación a las familias. • Sistema de transporte de los clientes. • Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>9. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. • Un sistema de comunicación dentro de la organización para la identificación del cliente. • Designar a un responsable de la búsqueda. • Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización. • Contacto con la policía y la familia del cliente. 						

<p>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	<p>Calificación de la organización</p>					
	<p>5</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>NA</p>
<p>10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico</p>						
<p>10.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>10.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores de la organización</p> <p>10.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>10.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</p>						
<p>12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia , el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo. • Alto volumen. • Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Continuidad • Coordinación • Competencia • Aceptabilidad • Efectividad • Pertinencia • Eficiencia • Accesibilidad • Oportunidad 						
<p>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<p>14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. 14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

Propósito de los estándares

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

Organización de los estándares

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.						
<p>1.1. Las necesidades que están identificadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los procesos de atención a los clientes. • Planeación de la organización. • Asignación de recursos. • Productividad. • Educación del personal. • Investigación. • Necesidades del cliente y la comunidad. • Direccionamiento organizacional • Mejoramiento de la calidad • Coordinación de servicios frente a la atención del cliente. <p>1.2. Existe un plan de gerencia de la información. El plan incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La identificación de las necesidades de información. • Captura de los datos. • Análisis de la información. • Transmisión de la información. • Estandarización de la información • Uso de la tecnología • Un proceso de implementación basada en prioridades. • Almacenamiento, conservación y depuración de la información. • Seguridad y confidencialidad de la información. • Sistema de evaluación del plan. • Sistema de mejoramiento <p>1.3. Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)</p>						
<p>2.1. Los procesos contemplan la recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección la toma oportuna y efectiva de decisiones. 2.2. Existe un proceso periódico para priorizar y recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los clientes del sistema. 2.3. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. 2.4. La información soporta la gestión de los procesos relacionados con el cliente y los generales de la organización.</p>						
<p>3. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.</p>						
<p>3.1. La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas.</p>						
<p>4. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</p>						
<p>4.1. La seguridad debe prevenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso no autorizado. • Pérdida de información. • Manipulación. • Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización. • Deterioro físico de los archivos. 						
<p>5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.</p>						
<p>5.1. La transmisión debe garantizar la</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad. • Facilidad de acceso. • Confiabilidad y validez de la información. • Confidencialidad y seguridad. 						
<p>6. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

7. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.						
<p>7.1. Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad.</p> <p>7.2. La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas.</p>						

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
8. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información						
<p>8.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>8.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores de la organización</p> <p>8.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>8.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</p>						
9. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<p>9.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia , el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: • Alto riesgo. • Alto volumen. • Alto costo. <p>9.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Continuidad • Coordinación • Competencia • Aceptabilidad • Efectividad • Pertinencia • Eficiencia • Accesibilidad • Oportunidad 						
<p>10. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>11. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<p>11.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. 11.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

GLOSARIO

Para efectos del presente manual se adoptan las siguientes definiciones.

Accesibilidad. Se habla de accesibilidad cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse. Esta depende de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar, pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención. En acreditación es importante darle una dimensión adicional al término Acceso, ampliando su concepto a la capacidad de la organización de involucrar los derechos de los usuarios dentro de su sistema de direccionamiento político frente al paciente y su familia.

Aceptabilidad. Aspecto relacionado con la satisfacción de los usuarios (y que depende de aspectos culturales), respecto de la valoración que estos realizan acerca del costo, la calidad, la seguridad, la actitud del proveedor. Los resultados, la conveniencia u otros aspectos relevantes relacionados con una prestación sanitaria determinada.

Aislamiento, técnicas de. Confinamiento involuntario de un paciente en una habitación, de la que no se le permite salir durante un espacio de tiempo determinado. El aislamiento no incluye el confinamiento involuntario por mandato legal sin propósitos clínicos, como confinar a una persona que se enfrenta a cargos criminales o que está cumpliendo una sentencia, a una habitación cerrada con llave.

Ambiente físico. Medio en el que se desarrollan los seres humanos y que potencialmente puede condicionar su crecimiento, desarrollo, supervivencia y comportamientos. Comprende todos los aspectos externos al organismo humano de tipo físico, químico o biológico, que ejercen alguna influencia sobre su salud, y respecto del cual tiene limitada capacidad de control.

Auditoría de Calidad.: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Benchmarking (referenciación competitiva). Es el proceso de compararse y evaluarse continuamente con otras organizaciones consideradas como las mejores para lograr información sobre filosofías, estrategia, procesos, medidas que le pueden ayudar a su organización a tomar acciones para mejorar su desempeño.

Bienestar laboral. Concepto relacionado con la calidad del ambiente de trabajo, que se refiere a una sensación individual medible a través de una valoración subjetiva por parte del trabajador construida por la incidencia de los factores físicos de su entorno, los sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social en la organización.

Certificación. Proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos. La certificación se refiere por lo general, a personas, y la acreditación, a instituciones. En salud es más conocida la certificación de profesionales como especialistas, en el cual el colegio profesional, sociedad o grupo de especialistas certifican que el profesional tiene capacidades mayores que las que permitieron su licenciamiento y cumple con los requisitos para actuar.

Cliente.: Cualquier individuo, familia, grupo y/o comunidad (interno o externo a la organización) que recibe cuidados y tratamientos o servicios de la organización. En el contexto de este manual de estándares se homologará la palabra cliente externo al de paciente.

Código de Ética. Conjunto de estándares para la construcción y funcionamiento de los principios de la moral aplicados a las acciones humanas.

Confiabilidad. Factor fundamental que hace referencia a que el cliente pueda estar seguro del buen desempeño y respuesta de un proveedor de productos o servicios para cumplir sus cometidos.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Confidencialidad. Respeto a los derechos del paciente para controlar la distribución y difusión de los datos de su enfermedad¹. Limitación al acceso, a los datos y la información a los individuos que tengan necesidad, motivo y esté autorizado su acceso.

Consentimiento informado. Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación, programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes. Este último factor es fundamental para que un sujeto otorgue su consentimiento informado.

Continuidad. Componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo.

Control. Conjunto de operaciones encaminadas a verificar y comprobar el funcionamiento, productividad, de algún proceso de acuerdo con unas directrices y planes establecidos.

Declaración de Derechos y Deberes. Política emanada de la alta gerencia, diseñada en conjunto con los empleados de la organización, donde se estipula claramente la responsabilidad social de la organización frente a los derechos que legal y humanamente tienen los pacientes, así como los deberes que estos deben cumplir acorde con los lineamientos legales del sistema. Sirve de directriz para el comportamiento de los funcionarios de la organización frente a los pacientes que debe atender.

Desastre. Suceso natural u ocasionado por el hombre que perturba el entorno de la asistencia, tales como daños ocasionados a terrenos y edificios del hospital como tormentas, tornados, huracanes o terremotos. También sucesos que afectan a la asistencia al paciente y al tratamiento, como la pérdida de suministros (luz, agua y teléfono) debido a inundaciones, disturbios, accidentes o emergencias dentro del hospital o en la comunidad circundante.

Desechos. Cualquier producto deficiente, inservible o inutilizado que su poseedor destina al abandono o del que quiere desprenderse.

Direccionamiento Estratégico. Es un concepto amplio que significa focalizar esfuerzos y lograr solidaridad hacia propósitos comunes. No es un sistema gerencial ni un instrumento específico. Busca orientar la organización hacia el futuro y hacia el mercado (entorno), para garantizar su supervivencia a largo plazo. Es un proceso o método mediante el cual la dirección involucra la planificación, la toma de decisiones y el establecimiento de los procedimientos para ejecutar las decisiones así como hacer que las demás personas de la organización hagan las tareas encomendadas y supervisadas.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Efectividad. El grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.

Efectos colaterales o secundarios. Resultados paralelos y generalmente de menor importancia de un proceso o acción.

Eficiencia. Indicadores y resultados que miden el nivel de recursos empleados en un proceso para atender los requisitos de los clientes. Relación entre los resultados (resultados de la asistencia) y los recursos utilizados para prestar la asistencia al paciente.

Equipo de Salud. Grupo de personas del sector salud que realizan diferentes aportes con una metodología compartida, de cara a un objetivo común centrado en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud, así como las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; donde cada miembro tiene claramente asumidas sus propias funciones y los intereses comunes, y todos los miembros comparten la responsabilidad de los resultados.

Equipo Administrativo. Grupo de personas dedicadas a acciones de guía, coordinación y dirección de una institución, orientadas hacia la mejora de sus objetivos y el cumplimiento de sus fines.

Estándar. Nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual.

Estrategia. Acción de largo y mediano plazo necesaria para alcanzar la visión. Camino que ha de seguir por la organización para garantizar su supervivencia en el largo plazo. Medios o caminos escogidos (necesarios) para alcanzar posiciones futuras favorables (metas) con relación a otros competidores en determinado mercado.

Exámenes Diagnóstico. Es la suma del número de pruebas y sus técnicas realizadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de contribuir a la investigación y esclarecimiento de las características y circunstancias del estado de salud de los usuarios y sus patologías (incluye exámenes de laboratorio clínico, patológico, inmunológico, genético, biológico, electrofisiológico, oftalmológico, auditivo, etc.; así como también pruebas imagenológicas invasivas y no invasivas).

Ficha Técnica. Documento de carácter técnico que soporta y estandariza al interior de la organización los aspectos básicos de cada uno de los indicadores. Esta Ficha Técnica incluye la conceptualización y referencia bibliográfica importante del indicador incluyendo sus ventajas y limitaciones, el uso que la organización pretende darle, la forma de estandarización, la cual comprende las fuentes de recolección de la información, los responsables de la misma, los datos necesarios para conformar el numerador y el denominador y la fórmula

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
de construcción del indicador. Adicionalmente se incluye en la Ficha Técnica la periodicidad de medición.

Guías de Práctica Clínica. Las guías de manejo clínico basadas en evidencia científica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática que buscan ayudar al médico y al paciente en decisiones sobre el cuidado apropiado en salud en circunstancias clínicas específicas. Las guías de manejo clínico han sido promovidas como una estrategia para apoyar las decisiones clínicas, buscando mejorar la efectividad y optimizar costos de los servicios de salud. Promueven una apreciación más explícita de los determinantes de la toma de decisiones clínicas y facilitan la estandarización y evaluación de la calidad de la práctica médica mediante parámetros confiables y científicamente sólidos.

Historia Clínica Única. Es la historia clínica de los tratamientos ambulatorios archivada en el mismo lugar de la historia clínica de tratamientos intrahospitalarios hechos al paciente y que es de fácil acceso y consecución. También incluye los resultados de los exámenes clínicos, radiológicos y de laboratorio realizados al paciente.

Incidente. Suceso que surge en el desarrollo de otro.

Infecciones nosocomiales (u hospitalaria). Todas las infecciones que se presentan en el hospital, excepto los casos en los que el paciente ingresa con la infección activa o en período de incubación. Infecciones adquiridas en el hospital que no se ponen de manifiesto hasta después del alta. Infecciones entre el personal sanitario.

Insumos. Son los recursos humanos, financieros, de infraestructura, materiales, etc., que utilizan una institución para producir servicios.

Integralidad. Papel de coordinación de una organización para que un paciente use una serie de prestadores cuyo trabajo en conjunto sea complementario dentro de un mismo proceso de atención en un punto del tiempo o a lo largo del mismo.

Monitoreo. Se refiere a la vigilancia constante y la medición sistemática de un fenómeno, se utiliza para detectar tempranamente cualquier alejamiento del buen manejo o estándar del proceso y su corrección inmediata. Se utilizan criterios explícitos para temas considerados como importantes, esenciales o básicos, manejados en condiciones específicas.

Oportunidad. Dimensión de la actuación referente a la manera en que se presta la asistencia o se realiza una intervención en el paciente en el momento más beneficioso o necesario.

Pares, revisión por. Evaluación de la actuación de un profesional realizada por un compañero de profesión.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Personal. Funcionarios que laboran en o para la organización. Incluye a los profesionales de la salud, a los profesionales de áreas diferentes de la salud y a los demás trabajadores no profesionales de cualquier nivel.

Pertinencia. Calidad de lo que exactamente conviene o corresponde al objetivo que se trate.

Plan de Egreso. Documento que contiene el reporte final de la estadía del paciente, los requerimientos futuros necesarios, el proceso para identificar las necesidades; y la estrategia para el continuo de cuidados al usuario después de su egreso.

Prevención y Control de Infecciones. Programa de asistencia en salud de la organización incluyendo normas y procedimientos para la supervisión, prevención y control de la infección. Todos los servicios de asistencia y ayuda al paciente están incluidos en él.

Proceso. El concepto de proceso puede ser entendido como el conjunto de causas que provocan un o unos efectos. Es una serie de acciones, sucesos, mecanismos, o pasos interrelacionados y orientados hacia un objetivo. También puede ser definido como la secuencia de tareas organizadas, repetitivas que producen un resultado (producto / bien /o servicio) predeterminado, y tienen un solo responsable. En este documento se entenderá por proceso una forma de articular el conjunto de actividades, prácticas, comportamientos, procedimientos, sistemas y mecanismos repetitivos con los cuales opera una organización.

Productividad. Es la relación entre la cantidad de un bien o servicio y la cantidad de factores que han servido para producirlo. La productividad se relaciona con la capacidad de los recursos para producir o no los servicios necesarios.

Producto. (1) Es la combinación de bienes y/o servicios que se ofrece al mercado para su adquisición, uso o consumo y que satisface una necesidad o un deseo. Así los productos en salud pueden verse representados en una glicemia, una curva de glicemia, una apendicectomía, una curación de una herida, la atención de un parto, un día de hospitalización o una comida. La definición de cada uno de los productos lleva implícita un costeo y una fijación de precio, pues cada producto se debe manejar como un ente independiente. Habitualmente suele distinguirse entre productos intermedios y finales. Los productos *intermedios (outputs)* se refieren a las diversas actividades que (de forma diferenciada según la naturaleza del producto) se integran en el proceso global de producción componiendo el producto final; mientras que los productos *finales (Outcomes)* se refieren a la integralidad de tales bienes o servicios, que constituyen en cada caso los objetos básicos (unitariamente facturables) de la actividad considerada.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Promoción. Cualquier cambio real en la posición o *status* dentro de la empresa que suponga un ascenso. Impulso a una determinada acción, y especialmente a una empresa, producto o servicio.

Reclutamiento. Conjunto de procedimientos que tienden a atraer candidatos potencialmente calificados y capaces de ocupar puestos de trabajo dentro de la organización. Es, por tanto, una actividad positiva de invitación, de incremento de input.

Resultado (*Outcomes*). Efecto y consecuencia de la actuación (o no actuación) de una función o proceso(s).

Resultados Adversos Efectos o consecuencias no esperados y no deseables de un proceso de atención a un usuario, el cual no es dependiente de la historia natural de la enfermedad.

Salud Ocupacional: Se interesa de la salud de los individuos o los grupos en relación con su trabajo y su ambiente laboral. Incluye la capacidad de los individuos para adaptarse a su actividad laboral y, a su vez, la adaptación del ambiente laboral a los individuos que en él trabajan.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Seguridad Industrial. Conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas, sociológicas empleadas para prevenir accidentes, eliminar las condiciones inseguras del ambiente e instruir o convencer a las personas sobre la implantación de medidas preventivas. Su empleo es indispensable para el desarrollo satisfactorio del trabajo.

Selección. Elección del candidato adecuado para el cargo adecuado o, más ampliamente entre los candidatos reclutados, aquellos más adecuados a los cargos existentes en la empresa con miras a mantener o aumentar la eficiencia y el desempeño del personal.

Triage. Es un término de origen francés que significa clasificar para definir prioridades; se aplica en la medicina de desastres para establecer no cuáles pacientes están más graves, sino para establecer el orden en el cual deben ser manejadas (rescate, estabilización, remisión, tratamiento).

Unidad Funcional. Conjunto organizado de factores o recursos productivos que interactúan de una manera armónica, se encuentran bajo el control de un centro de decisión único y están dedicados a la obtención de productos o resultados concretos.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Validez (de datos). Verificación de la corrección de los datos, refleja una situación verdadera. También se refiere a la característica de un instrumento de medir lo que se propone medir.

Vinculación: Establecer una unión o un vínculo entre dos partes o personas (el trabajador potencial y el empleador).

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

MANUAL DE ESTANDARES DE ACREDITACIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO, ENTIDADES ADAPTADAS Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA

El manual de estándares para la acreditación para EPS, ARS, entidades adaptadas y empresas de medicina prepagada, el cual, como su nombre lo indica, presenta los lineamientos conceptuales e instrumentales que guiarán el proceso de acreditación para dichas instituciones. Se constituye este manual en pieza fundamental para las instituciones que pretendan adelantar procesos de mejoramiento continuo de calidad, a los evaluadores del proceso y los profesionales en salud en general.

BASES CONCEPTUALES DE LA ACREDITACIÓN

Es importante, antes de comenzar el desarrollo de este documento, definir algunos términos y conceptos que utilizaremos permanentemente, con el fin de homologar significados y de esta forma seguir los planteamientos y procesos aquí desarrollados.

GARANTÍA DE LA CALIDAD

Se entiende por **Garantía de la Calidad** el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad.

Construir un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (MCC) Y ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

El mejoramiento continuo (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial, el cual involucra los gerentes, el primer nivel directivo y los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención para sus clientes/ usuarios y sus familias. Este enfoque introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen el desperdicio, la duplicación y el trabajo innecesario. Cuando se aplica el MCC, la meta es identificar y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad.

Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los clientes, a satisfacer sus necesidades y expectativas. Esta transición de los prestadores de servicios de atención hacia el enfoque de satisfacer a sus clientes, implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con dichas expectativas.

Como en cualquier reorientación o readaptación de una institución, adaptarse a este enfoque implica cambios en la filosofía y cultura de la institución, en el tipo de liderazgo, en la planeación y compartir el conocimiento del negocio, en hacer cambios significantes en el trabajo diario, en los roles y apoderamiento de las personas y en las relaciones y coordinación del trabajo entre los profesionales dentro de la organización .

DEFINICIÓN Y GRANDES PROPÓSITOS

DEFINICIÓN

La definición de acreditación adoptada para Colombia es:

“Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizados para dicha función”.

PROPÓSITOS DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN

Misión.

“Mejorar la gestión por calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa, con unos estándares óptimos factibles, para mejorar la salud de los colombianos”.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Visión.

“Ser el mecanismo fundamental y de mayor credibilidad para direccionar el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia”.

Principios.

El Sistema Único de Acreditación en Salud se orienta por los siguientes principios:

Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.

Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO, ENTIDADES ADAPTADAS Y ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGADA

TIPO, AMPLITUD Y CONTENIDO

Tipo de estándares: Orientados inicialmente a procesos y posteriormente se involucrarán algunos estándares de resultados.

Amplitud de los estándares: Los estándares evaluarán integralmente la organización.

Contenido de los estándares: Está dirigido al proceso de atención de los clientes, centro y razón de ser de una organización de servicios de salud.

ESTRUCTURA DE LOS ESTÁNDARES

Los procesos objeto de la acreditación.

Es importante mencionar, antes de presentar los estándares, y dada algunas particularidades que diferencian entre sí a las Empresas Promotoras de Salud, las Administradoras de Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada, se hará referencia explícita cuando un estándar no aplique a una de estas organizaciones o cuando se redacte un estándar específico para alguna de estas. Lo anterior no significa que el resto de estándares de una determinada sección dejen de aplicar en los casos anteriormente mencionados.

Afiliación y Activación de Derechos: se analizan tres grandes tópicos

El primer tópico es la **Información** que la EPS brinda al ciudadano como pilar fundamental para la toma acertada de las decisiones del mismo. Esta información debe incluir, como mínimo:

El segundo tópico son las actividades de **Registro y Afiliación** del ciudadano que ha decidido, con base en la información suministrada por la EPS, afiliarse a una determinada organización.

El tercer tópico es el **Recaudo**, donde es importante que la organización describa cuáles son las actividades de educación al empleador y cotizante para

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
identificar y corregir los riesgos potenciales de una no atención al cliente debido a una inadecuada liquidación de aportes.

Planeación de la Atención. Esta planeación de actividades se realiza de acuerdo con información captada del propio cliente y genera:

- Identificación de grupos de riesgo.
- Perfiles de esos grupos.
- Planeación a futuro de actividades de promoción y prevención.
- Identificación y planeación de actividades de educación, promoción y prevención.

Red de servicios, la cual provee el soporte al cliente para la resolución de sus necesidades.

Contacto del cliente con los prestadores

Acciones permanentes en el tiempo

Direccionamiento: es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización.

Gerencia: es le trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.

Recursos humanos: se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.

Sistema de información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.

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.

Cada uno de los estándares mencionados anteriormente cuenta con una particularidad en común: el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes a todas las secciones de estándares e idénticos. Este proceso, que parte desde su planeación misma, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades y su puesta en marcha, con su correspondiente evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el Sistema Único de Acreditación, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en documentos técnicos, sino que a partir de ese planteamiento

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
inicial se desarrollen unos enfoques y se cuente con evidencia y soportes que permitan a la propia organización y al público en general constatar su compromiso con las labores de calidad.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

DIMENSIONES A EVALUAR

ENFOQUE: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

IMPLEMENTACIÓN: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

RESULTADOS: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

VARIABLES DE CADA DIMENSIÓN

ENFOQUE

- **Sistematicidad:** grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- **Amplitud:** Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del capítulo
- **Proactividad:** grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** forma en que se evalúa y mejora el enfoque.
- **Impacto:** Grado de incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados.

IMPLEMENTACION

- **Despliegue en la institución:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.
- **Despliegue hacia el cliente.** Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Variables	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
Impacto				Existe alguna evidencia que indica que el enfoque está incidiendo en la implementación y en los procesos más importantes	La incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados es demostrable.

ESCALA DE CALIFICACIÓN

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

IMPLEMENTACIÓN Y DESPLIEGUE					
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas,	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar)	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

INSTRUCTIVO PARA CALIFICAR

1. Repase con detenimiento el significado de los componentes: enfoque e implementación, y el de sus correspondientes variables, así como el estándar a evaluar.
2. Lea las oportunidades de mejoramiento y las fortalezas señaladas por la institución.
3. Remítase a la tabla de calificación
4. Defina el grado de desarrollo de la organización:
 - Ubíquese en la escala del numeral 3 (Organización en un grado mediano de madurez del enfoque y de la implementación), lea cada una de las variables del enfoque y de la implementación del mismo.
 - Compare la organización con las características del numeral 3. Evalúe si corresponde a este numeral. Si corresponde a este, califíquelo como 3
 - Si no corresponde al numeral 3, porque considera que la organización supera las características de este numeral, desplácese hacia el numeral 4. Si está acorde con este numeral. Ponga 4
 - Si considera que la organización tiene un grado de madurez menor que el numeral 3 desplácese hacia el numeral 2. Si está acorde con este numeral. Ponga 2
 - Y así sucesivamente siga hacia arriba o hacia abajo.

El estándar debe calificarse teniendo en cuenta el enfoque y la implementación como un todo. No se califican por separado.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

PROCESO DE AFILIACIÓN Y ACTIVACIÓN DE DERECHOS

PROPÓSITO

La libertad de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud para elegir la EPS (ARS) encargada de ofrecer los servicios de salud requeridos, pretende garantizar la eficiencia del sistema y favorecer el acceso a los servicios de salud al incentivar la competencia por calidad, esto debido a que el afiliado al tener la posibilidad de trasladarse, las EPS (ARS) se ven forzadas a planear sus servicios de salud con base en las necesidades de sus afiliados, garantizando oportunidad y calidad técnica en los servicios, para retener a la población.

Por este motivo, la capacidad de las personas para ejercer su derecho de libre elección se convierte en pieza fundamental del sistema de calidad enfocado al cliente, y el acceso a la información necesaria para ejercer este derecho debe ser promovido por las EPS (ARS) por medios claramente entendibles de acuerdo con el perfil de los diferentes tipos de personas potenciales afiliados, garantizando amplia cobertura.

El proceso de afiliación a una EPS (ARS), que consta del proceso comercial y el proceso de registro, es el primer contacto del potencial afiliado con la organización, donde debe recibir una información básica en cuanto a deberes y derechos, conformación de la red de prestadores y forma de operar el sistema (acceder a los servicios), de manera que la elección de EPS (ARS) se ajuste a sus necesidades particulares.

Así mismo, la viabilidad financiera del sistema depende en gran medida del uso adecuado de los servicios disponibles, la oportunidad y honestidad en los aportes y la conformación adecuada de grupos familiares, por lo que se hace indispensable que el potencial afiliado conozca sus deberes y posibles sanciones a que se enfrenta en caso de un mal uso de los servicios, así como el derecho de servir de veedor a los aportes que realiza su empleador o entidad pensionadora para garantizar el derecho a utilización de servicios.

Este proceso, a su turno, debe garantizar que una vez registrado como afiliado tiene asegurado el cubrimiento de sus riesgos en salud, acorde con sus derechos definidos en la ley.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
Estándar I.1.A. La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los deberes que tendrá como afiliado de forma tal que:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las sanciones por utilizar información falsa o por facilitar la suplantación en la utilización de servicios ▪ La forma y contenido de la información debe contemplar el ser fácilmente entendible al usuario de acuerdo con su nivel de comprensión o educación. 						
I.1.B. La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los derechos que tendría como afiliado de forma tal que:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenga concordancia con los contenidos legales vigentes del sistema y explique los derechos adicionales que le brinda esta institución. ▪ Incluya explicación sobre la red de atención contratada y los derechos no implican obligaciones infinitas. ▪ La forma y contenido de la información debe contemplar el ser fácilmente entendible al usuario de acuerdo con su nivel de comprensión o educación. 						
Estándar I.1.C. La organización provee información al cliente sobre su responsabilidad en la conformación del grupo familiar y los criterios que deben cumplir sus familiares para ser beneficiarios. El afiliado comprende sus derechos y las sanciones a que se expone por una conformación irregular.²⁰ <u>Para el caso específico de las ARS</u> Existe un proceso para verificar e informar al ente territorial en caso de conformaciones familiares inadecuadas o familias fraccionadas.						
Estándar I.1.D. La organización cuenta con un proceso para proveer información a los afiliados sobre cotizaciones, este proceso:²¹						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A todos los afiliados se les informa sobre las consecuencias, sanciones, multas o causales de no atención derivadas de una falla en la cotización inherente al afiliado o al patrono. ▪ Se evalúa para conocer el nivel de la comprensión y la utilidad de la información entregada tanto a pensionados como independientes y empleados dependientes. ▪ A los empleadores, cuando es pertinente, se les da información sobre sus obligaciones y derechos, y sobre los lugares y métodos en donde conseguir apoyo adicional. 						

²⁰ Este estándar específico no aplica para las Empresas de Medicina Prepagada. El resto de estándares de esta sección aplican en su totalidad.

²¹ Este estándar específico no aplica para las ARS, el resto de estándares SI aplica.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>Estándar I.1.E. El usuario cuenta con la información acerca de la conformación de la red de prestadores tanto en su ciudad como en otras regiones del país. Lo anterior incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de acceso a los servicios (puerta de entrada urgencias, consultas) y sus posibilidades de elección ▪ Los servicios que brinda cada uno de estos prestadores según sus niveles de complejidad ▪ La localización de cada uno de los prestadores 						
<p>Estándar I.1.F. la organización cuenta con un proceso para proveer al usuario con información sobre el uso de servicios. Lo anterior incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuál es el proceso administrativo de solicitud y obtención de citas ▪ Cómo es el proceso para la obtención de medicamentos ▪ Cómo se realiza el acceso a los servicios en regiones donde la EPS no tenga red de prestadores ▪ Cómo se tramitan las licencias de maternidad e incapacidades 						
<p>Estándar I.1.G. La organización provee información al usuario sobre los servicios institucionales, lo cual incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Localización geográfica de sus oficinas. ▪ Personal clave de contacto según la necesidad a tratar (incluyendo teléfonos, fax, e-mail, direcciones correo). ▪ Horarios de atención. 						
<p>Estándar I.1.H. La EPS garantiza que el usuario entienda y conozca los valores mínimos y máximos de los copagos y cuotas moderadoras y los servicios que son sujetos a dichos pagos</p>						
<p>Estándar I.1.I. La organización provee información básica al usuario referente a los planes de beneficios, incluyendo:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exclusiones al POS. ▪ Los períodos de carencia. ▪ Los períodos mínimos de cotización. ▪ Los medicamentos incluidos. ▪ El manejo de las prestaciones económicas. 						
<p>Estándar I.1.J. La organización provee al usuario información acerca de cómo realizar una queja, el personal clave que se ha de contactar, los tiempos de resolución y la forma de responder.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.K. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de afiliación y activación de derechos						
<ul style="list-style-type: none"> • El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. • El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. • La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar I.1.L. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<p>Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto riesgo. ▪ Alto volumen. ▪ Alto costo. <p>Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguridad ▪ Continuidad ▪ Coordinación ▪ Competencia ▪ Aceptabilidad ▪ Efectividad ▪ Pertinencia ▪ Eficiencia ▪ Accesibilidad ▪ Oportunidad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>Estándar I.1.M. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar I.1.N. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. • Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Registro y afiliación.

PROPÓSITO

El proceso de registro (como parte de la afiliación a la EPS) es el mecanismo por el cual la información básica del nuevo afiliado y su grupo familiar se ingresa a las bases de datos de la organización. La información capturada debe cumplir los requisitos legales y debe permitir a la organización la adecuada identificación de los usuarios del sistema y sus respectivos beneficios, de manera que al momento de hacer uso de los mismos no se presenten limitaciones de acceso por deficiencias en las bases de datos que impidan realizar una correcta validación de derechos.

En su función de administrador de recursos del sistema general de seguridad social, la EPS debe garantizar que la calidad de la información de los afiliados y sus beneficiarios, le permita realizar adecuadamente el proceso de compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía y obtener la UPC que garantiza la atención de los afiliados que se encuentren al día en sus pagos. En el caso de las ARS, la buena calidad de la información es indispensable para la formalización de contratos con los entes territoriales y la carnetización de los beneficiarios.

Simultáneamente, la información capturada debe permitir el conocimiento del perfil de la población usuaria, sus riesgos de salud y los requerimientos básicos de salud, con el cual se pueda llevar a cabo el proceso de planeación de la red de prestadores y de la atención, y el desarrollo de actividades de promoción y prevención.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
Estándar 1.2.A. La EPS cuenta con procesos estandarizados para identificar y evaluar periódicamente las causas relacionadas con la negación o rechazo de la solicitud de servicios de los usuarios por mal procesamiento del registro de la afiliación.						
Estándar 1.2.B. La EPS cuenta con procesos estandarizados para identificar y evaluar periódicamente las causas de desafiliación y traslados de los usuarios.						

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar 1.2.C. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de registro y afiliación						
<ul style="list-style-type: none"> • El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. • El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. • La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar 1.2.D. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<p>Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto riesgo. ▪ Alto volumen. ▪ Alto costo. <p>Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguridad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuidad ▪ Coordinación ▪ Competencia ▪ Aceptabilidad ▪ Efectividad ▪ Pertinencia ▪ Eficiencia ▪ Accesibilidad ▪ Oportunidad 						
<p>Estándar 1.2.E. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar 1.2.F. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. • Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Recaudo

PARA EPS:

El proceso de autoliquidación de aportes es el mecanismo por el cual el cotizante independiente, el empleador o la entidad pensionadora realizan los aportes o cotizaciones de ley a través de la EPS, reportan las novedades administrativas (incapacidades, licencias, retiros, etc. y actualizan la información básica del afiliado.

El adecuado manejo de los formatos (magnéticos o físicos) por parte de los cotizantes y la EPS garantiza que se identifiquen correctamente los derechos de cada afiliado y no se limite el acceso a los servicios por error en la información.

De acuerdo con las revisiones efectuadas en varias EPS, los errores en el diligenciamiento de formatos de autoliquidación son la primera causa de negación equivocada de servicios por fallas administrativas. Por este motivo, los esfuerzos realizados en materia de capacitación a los cotizantes benefician directamente el acceso de los usuarios al servicio.

Debido a que las EPS deben suspender servicios programados en caso de mora de los aportes y cancelar la afiliación al completar seis meses de mora, con implicaciones sobre la antigüedad en el sistema, la mora en la realización de aportes puede representar riesgos importantes para los afiliados al limitar su acceso y oportunidad de servicios. Por este motivo, las EPS deben contar con procesos estandarizados de seguimiento de los aportes y de reporte de la mora al usuario, y en los casos pertinentes al empleador, de tal manera que este pueda exigir a su empleador la realización de aportes en forma oportuna.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.3.A. La EPS evalúa y ajusta sus procesos de capacitación al empleador y cotizante, y para identificar y corregir los riesgos potenciales de una no atención al usuario debido a una inadecuada liquidación de aportes. Así mismo, tiene controles para evitar fraudes o pagos incompletos²².						
Estándar I.3.B. La EPS cuenta con procesos estandarizados para adelantar actividades de concertación, capacitación y seguimiento de las entidades recaudadoras, y para identificar y corregir los riesgos potenciales de una no atención al usuario debido a una inadecuada liquidación de aportes.²³						
Estándar I.3.C. La EPS cuenta con procesos para proveer información y evaluar su impacto a empleados y empleadores sobre los procesos de autoliquidación, lugares de recaudo y explicación de trámites que se han de seguir. Así mismo, para promover la legalidad de los aportes y las sanciones en caso de fraude.²⁴						

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.3.D. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de recaudo						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar I.3.E Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						

²² Para el caso específico de las Empresas de Medicina Prepagada se reemplaza las palabras “empleador y cotizante” por la de “aportante” y “liquidación de aportes” por “pagos”.

²³ Este estándar no aplica para el caso de las Empresas de Medicina Prepagada.

²⁴ Para el caso específico de las Empresas de Medicina Prepagada se reemplaza las palabras “empleados y empleadores” por la de “aportante” y “autoliquidación” por “pagos”.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo. <p>Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad - Continuidad - Coordinación - Competencia - Aceptabilidad - Efectividad - Pertinencia - Eficiencia - Accesibilidad - Oportunidad 						
<p>Estándar I.3.F. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar I.3.G. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

PARA ARS:

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.3.H. La ARS verifica, cuantifica y aplica correctivos en los casos que su sistema de información no provea los recursos necesarios, en el tiempo requerido, para el adecuado cobro de los aportes a los entes territoriales con los cuales tiene firmados contratos de afiliación.						

Los estándares mencionados en la sección específica para EPS desde el I.3.D hasta el I.3.G también aplican para las ARS.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROPÓSITO

Dentro de las funciones de las EPS - ARS se encuentran la promoción de la salud y el manejo del riesgo de enfermar de sus afiliados, y la organización de la prestación de servicios de salud. Para ello requieren conocer las características de su población y perfil de uso de servicios, de forma que la red de prestadores responda a estos objetivos.

Existen enfermedades crónicas, así como riesgos de enfermedades futuras que son susceptibles de manejar y que si no tienen un adecuado manejo pueden acarrear complicaciones importantes. Así mismo, condiciones como el embarazo o características como edad y género conllevan mayores riesgos de enfermar. Una EPS (ARS) que tiene información acerca de las características de su población y conoce sus necesidades puede intervenir para disminuir estos riesgos, al identificar los afiliados que requieren actividades preventivas y de educación, y facilitar el acceso a los diferentes programas.

La participación activa de los prestadores es fundamental en el logro de este objetivo, por lo tanto, la coordinación que realice la EPS para mantener informados y motivados a los profesionales vinculados a los diferentes programas, debe garantizar el impacto esperado.

Por este motivo, dentro del sistema de calidad debe establecerse un seguimiento estricto de las actividades de planeación, implementación y mejoramiento de los programas de salud, de manera que su estructura y operación respondan en forma permanente a las necesidades identificadas.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar II.1. La EPS recolecta y procesa, para todo afiliado o beneficiario de su organización, una información básica sobre el estado de salud al momento de la afiliación o durante su contacto posterior con la EPS, tomando como fuente misma al usuario.						
Estándar II.2. La información recolectada anteriormente lleva a la descripción e identificación de grupos de riesgo poblacionales. Las personas o núcleos familiares incluidos en esos grupos comparten una serie de características comunes en estados de salud o factores de riesgo sobre su salud que generan procesos y programas especiales de atención.						
Estándar II.3. La EPS planea y conforma su red con base en los hallazgos de los análisis de riesgo de su población (es decir mas allá del número de afiliados y su localización) y establece mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de Educación, Promoción y Prevención.						

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar II.4. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de afiliación y activación de planeación de la atención						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar II.5. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto riesgo. ▪ Alto volumen. ▪ Alto costo. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: - Seguridad - Continuidad - Coordinación - Competencia - Aceptabilidad - Efectividad - Pertinencia - Eficiencia - Accesibilidad - Oportunidad 						
<p>Estándar II.6. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar II.7. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

RED DE SERVICIOS

PROPÓSITO

La libertad de elección del prestador por parte del usuario es un estímulo para la eficiencia del sistema de salud como un todo, al fomentar la calidad, sin embargo, la complejidad técnica de los servicios que se ofrecen dificulta que el usuario común tenga la capacidad de elegir bajo este criterio.

Por esta dificultad técnica en el análisis de la calidad, la legislación colombiana delegó en las EPS (ARS) la responsabilidad de conformar una red de acuerdo con criterios técnicos, sobre los cuales el afiliado puede elegir el prestador que se acomode a sus necesidades.

Así, la EPS (ARS) debe conformar una red suficiente e idónea para los servicios ofrecidos de manera que garantice a sus afiliados adecuada calidad, facilidad de acceso y oportunidad de los servicios que recibe. Para ello, debe contar con procesos de selección que evalúen las condiciones técnicas de los profesionales que inscribe, las características personales que se adapten a las políticas de la organización y actitud de servicio; así mismo, debe llevar a cabo procesos de inducción, capacitación y monitoreo de la calidad de servicio prestada por esta red y realizar los correctivos requeridos.

La motivación de los profesionales que prestan sus servicios a través de la EPS (ARS) y la identidad con las políticas de calidad de la organización son factor clave en la satisfacción de los afiliados al recibir el servicio, por lo tanto, se debe contar con programas de trabajo conjunto con los prestadores que permitan identificar dificultades para ser corregidas.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar III.A. La organización cuenta con un proceso que permanentemente permite planear y redimensionar las necesidades de su red (cantidad, tamaño y características) de prestadores de acuerdo con:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de afiliados (demanda potencial). ▪ Las necesidades de los usuarios, de acuerdo con los servicios contenidos en el POS y de acuerdo con la información recolectada según el estándar II.1. y los grupos de riesgo identificados en el estándar II.2. ▪ La localización geográfica de sus usuarios. 						
Estándar III.B. La EPS selecciona sus prestadores de acuerdo con una serie de criterios explícitos diseñados para tal fin, entre los que se cuentan:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para las organizaciones de salud: Un proceso que garantiza que no se contrata a ningún prestador que no cumpla con las condiciones de habilitación. ▪ Para los profesionales independientes: un proceso para verificar la información en términos de tiempos de entrenamiento, experiencia laboral y títulos obtenidos. ▪ Indicadores de desempeño o calidad técnica. 						
Estándar III.C. Al momento de la contratación de los prestadores de servicios se identifican los siguientes criterios. Estos deben ser garantizados en caso de que la contratación se haga con entidades de una red propia						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condiciones de la atención en salud, se concertan los protocolos de manejos (si existen) y los procesos de autorización de servicios, las formas de facturación y las condiciones de auditoría. ▪ Se hace un proceso de análisis y concertación sobre la tecnología a emplear y se evalúa la pertinencia y la costo efectividad de la misma ▪ Los sistemas de evaluación de desempeño de los prestadores, entre los cuales se debe incluir la calidad técnica del servicio y la satisfacción del usuario. Las demás formas de evaluación de desempeño serán definidas y concertadas entre las dos partes. ▪ Deberes y derechos de los prestadores hacia la EPS. ▪ Proceso para protestar una decisión o solicitar una segunda opinión. 						
Estándar III.D. La EPS debe garantizar a sus prestadores, una vez contratados, un proceso de inducción y mantenimiento de información sobre tópicos relacionados con:						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué se espera de los prestadores durante el proceso de atención al usuario. ▪Cuál es la filosofía de la EPS frente al usuario. ▪ Los procesos organizacionales y/o planes de desarrollo de la EPS que soportan e impactan sobre la atención de los usuarios. ▪ Los derechos y deberes de los usuarios y el proceso que se ha de seguir en caso de no autorizar servicios. 						
<p>Estándar III.E. Existen planes de calidad entre las EPS y las IPS frente a los servicios a brindar a los usuarios. Estos planes deberán:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar acordados por las dos partes y descritos dentro del contrato. ▪ Contar con estándares mínimos de calidad para brindar por parte de los prestadores y de verificación por parte de las EPS frente a los servicios que se van a contratar. 						
<p>Estándar III.F. La EPS cuenta con un sistema periódico de monitoreo de la satisfacción del usuario frente a:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El grado de satisfacción del usuario con los servicios recibidos de parte de los prestadores. ▪ El grado de satisfacción del usuario con los servicios recibidos del personal de la EPS. ▪ El grado de satisfacción de los prestadores con la EPS 						

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>Estándar III.G. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la red de servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
<p>Estándar III.H. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						
<p>Estándar III.I. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar III.J. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

CONTACTO CON PRESTADORES

PROPÓSITO

El artículo 49 de la Constitución Política de Colombia garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y entrega al Estado la responsabilidad de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud, conforme a principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Es así como el Estado delega en las EPS-ARS la organización de la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud con cargo a la unidad de pago por capitación. Corresponde entonces a las EPS (ARS) garantizar el acceso a los servicios de salud contenidos en dicho plan, con criterios de eficiencia (calidad y costo) y efectividad (impacto en las condiciones de salud).

La Gerencia de Utilizaciones (salud administrada) implica contar con un sistema de autorización de servicios apoyado en información, que sin limitar el acceso a los servicios garantice su racionalidad y efectividad. Su implementación debe guardar el equilibrio necesario para satisfacer las necesidades de sus afiliados y simultáneamente orientar el correcto uso de los beneficios de acuerdo con la reglamentación vigente.

Dada la complejidad de las variables existentes en el proceso de autorizaciones, el perfil y entrenamiento de los funcionarios encargados de autorizar los servicios deben garantizar capacidad de análisis, solución de problemas y actitud de servicio, de manera que el usuario comprenda claramente las razones que llevan a una negación o a una autorización parcial.

Solicitud de servicios y validación de derechos.

PROPÓSITO

La organización de servicios de salud, con criterios de eficiencia y las restricciones contenidas en la reglamentación vigente, obligan a las EPS (ARS) a que en el momento en que el usuario solicite servicios de salud, realicen procesos de validación de derechos de acuerdo con la antigüedad en el sistema; condición de pensionado, trabajador cotizante o beneficiario; oportunidad en los pagos de aportes al sistema o servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Sin embargo, este proceso de validación no se debe limitar al acceso a los servicios de usuarios con derechos y en caso de existir limitaciones legales para la atención se debe brindar información y orientación al usuario sobre la mejor forma de recibir la atención requerida o solucionar los problemas existentes.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.1.A. La organización cuenta con un proceso sistemático para tramitar y dar respuesta a las solicitudes de servicios de los usuarios. Este sistema						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe tener un responsable definido ▪ Debe contemplar atención las 24 horas y permitir que se hagan solicitudes por diferentes medios según el tipo de usuarios (de manera presencial o a distancia). 						
Estándar IV.1.B. La institución cuenta con un sistema de información formal que permita:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los usuarios de la EPS, los beneficios a los que tiene derecho, sus restricciones de uso de servicio. ▪ Tendencias de uso de servicios por usuario. 						
Estándar IV.1.C. La organización cuenta con un proceso para la toma de decisiones de las autorizaciones, el cual:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene en cuenta los acuerdos realizados en el momento de contratar con los prestadores, y además incluye una serie de algoritmos basados en evidencia clínica para las entidades y casos más frecuentes, que ayudan a la decisión de acuerdo con la presentación del paciente. ▪ Personal específicamente entrenado en el proceso. ▪ Proceso para informar al paciente la decisión tomada y para explicar otras opciones existentes dadas las condiciones del mismo. ▪ Segundas instancias para dirimir casos complicados o de difícil decisión. 						
Estándar IV.1.E. La organización cuenta con un proceso para identificar los usuarios que tienen restricciones al uso de servicios, incluye:²⁵						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las causas relacionadas con actividades No – POS. ▪ Períodos Mínimos de Carencia. ▪ No pago de cotizaciones ▪ Períodos de traslado. ▪ Beneficiarios adicionales que generen restricción. 						
Estándar IV.1.F. La organización cuenta con un sistema de revisión y seguimiento de servicios negados a los usuarios, por causa de negación.						

²⁵ Para el caso específico de las Empresas de Medicina Prepagada hace mención a la información consignada en la póliza o contrato.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.1.G. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de solicitud de servicios y validación de derechos						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar IV.1.H. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>Estándar IV.1.I. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar IV.1.J. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Monitorización del contacto del usuario con los prestadores.

PROPÓSITO

La oportunidad y facilidad de acceso a los servicios, en especial los de primer nivel de atención (o puerta de entrada), han sido identificadas como aspectos prioritarios para el usuario. Así mismo, la calidez y el respeto de los prestadores son factores de alto impacto en la satisfacción de los usuarios.

Siendo las EPS (ARS) empresas de servicios en las que su producto es la atención médica, la satisfacción de los clientes en el momento de recibir esa atención por parte de los prestadores de servicios constituye el elemento principal del sistema de calidad. Por este motivo, el sistema de calidad centrado en el cliente debe dar prioridad a los aspectos de la atención y monitorizar en forma permanente la satisfacción de sus afiliados en el momento del contacto con los prestadores, con objeto de identificar oportunidades de mejoramiento.

Este punto tiene una clara relación con lo que se definió en la planeación de la atención y conformación de la red, así como con los acuerdos a los que se llegó durante el proceso de contratación de prestadores.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.2.A. La organización tiene definidos estándares para la oportunidad del acceso a los servicios contemplados dentro del plan de beneficios.						
Estándar IV.2.B. La EPS cuenta con un sistema de monitorización permanente para identificar las causas de no atención o de falta en la oportunidad al usuario en un prestador de servicios						
Estándar IV.2.C. La EPS verifica el trato y el servicio que sus afiliados reciben, lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. ▪ Esta privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. ▪ Se explica claramente el problema y el tratamiento planteado. 						
Estándar IV.2.D. La EPS cuenta con un sistema para evitar las suplantaciones y demás prácticas ilegales, en el contacto de los usuarios con los prestadores.						
Estándar IV.2.E. La EPS cuenta con un sistema de recolección y trámite de quejas de sus afiliados, bien sea por la atención en la EPS o en alguna de las IPS que hacen parte de la red de prestación.						
Estándar IV.2.F. La organización evalúa periódicamente la satisfacción del usuario con la calidad del servicio en las IPS y del apoyo prestado en la EPS en la coordinación de dicho contacto.						

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.2.G. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de monitorización del contacto del usuario con los prestadores						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>Estándar IV.2.H. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						
<p>Estándar IV.2.I. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar IV.2.J. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Auditoría.

PROPOSITO

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Las EPS deben establecer acciones y mecanismos que permitan evaluar en forma previa las acciones y mecanismos utilizados por las instituciones prestadoras de servicios de salud para autocontrolar los estándares e indicadores de calidad de los procesos prioritarios de prestación de servicios, definidos en forma conjunta para ser recibidos por los afiliados a la EPS. Deberán precisar en forma clara el proceso de seguimiento y monitoreo de las acciones y mecanismos de auditoría implementados por las instituciones prestadoras de servicios, al igual que las acciones y mecanismos para utilizar en caso de presentarse eventos no previstos o de no acuerdo en lo pactado previamente.

La auditoría externa se realiza bajo el prototipo del control de segundo orden. Constituye un tipo de control que promueve auditar lo auditado, es decir, evaluar el autocontrol efectuado por las organizaciones. Su objetivo consiste en permitir que las instituciones mejoren su desempeño ya que se logran los

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

resultados deseados promoviendo el buen funcionamiento de las organizaciones y fortaleciendo la actividad primaria de control (autocontrol y auditoría interna). Su implementación requiere pasar de relaciones estratégicas de dominación, a relaciones comunicativas de alineamiento de intereses. Estas son relaciones basadas en el respeto mutuo, en las que cada parte reconoce el valor de la contribución al otro y por lo tanto está dispuesta a conversar y a negociar; su condición esencial es la actitud de diálogo.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.3.A. La EPS tiene identificada una serie de eventos de atención o patologías, con una serie de criterios explícitos, que una vez ocurridos llevan a realizar procesos de auditoría en el interior del prestador.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos criterios incluyen las generalidades del proceso de la atención, así como los pasos que se han de seguir en excepciones. ▪ Estos criterios son tenidos en cuenta desde los compromisos adquiridos en el momento de la contratación. 						
Estándar IV.3.B. De las labores de auditoría se tienen registros que señalan las causales que motivaron la realización de la auditoría, los hallazgos de la misma y un plan que se ha de seguir acordado por los actores involucrados.						
Estándar IV.3.C. La organización cuenta con un sistema de información que permita monitorear la sobreutilización de servicios por parte de prestadores y usuarios.						
Estándar IV.3.D. La EPS cuenta con un proceso de conformación de comités de pares externos para la revisión de casos clínicos que tengan un resultado adverso o que haya de por medio un proceso legal que necesite un concepto experto.						

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.3.E. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de auditoría						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados. 						
Estándar IV.3.F. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						
<p>Estándar IV.3.G. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar IV.3.H. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Integralidad y continuidad de la atención.

PROPÓSITO

La integralidad y continuidad de la atención desarrolla el papel de coordinación de la EPS frente a sus afiliados para que estos accedan a diferentes prestadores cuyo trabajo en conjunto sea necesario y complementario dentro de un mismo proceso de atención, con el fin de lograr un objetivo propuesto en un tratamiento, bien sea en un momento específico o durante un período de tiempo.

Gran parte de los problemas de calidad en la atención resultan de la fragmentación de los servicios, sin embargo, la atención médica requiere un trabajo multidisciplinario y diferentes niveles de complejidad que exigen excelentes mecanismos de comunicación y coordinación entre prestadores y EPS (ARS). Si no se garantizan procesos que permitan el flujo de información entre los diferentes profesionales e instituciones prestadores se tiende a presentar duplicidad en el uso de medios diagnósticos y terapéuticos aumentando el riesgo de complicaciones médicas y la insatisfacción de los usuarios de los servicios.

La EPS (ARS) como responsable de la organización de los servicios de salud debe garantizar la coordinación y flujo de información médica entre los diferentes prestadores que atienden un mismo paciente o la continuidad de la atención en caso de que determinado prestador no se encuentre disponible en un momento dado, de manera que los usuarios reciban una atención similar y apropiada para sus condiciones de salud.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.4.A. La organización cuenta con un proceso que surja de la información contemplada en los planes de egreso o solicitudes de servicios, de los usuarios tratados en las diferentes IPS, para garantizar una continuidad e integralidad en la prestación de servicios de salud en un momento dado. Esta información incluye, además, la de servicios o atenciones ambulatorias.						
Estándar IV.4.B. La organización cuenta con un proceso para asegurar la integralidad y disponibilidad de acceso a las historias clínicas de sus afiliados en todos los niveles de su red de atención, evitando así las duplicaciones o las informaciones incompletas que puedan producir problemas de calidad.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este proceso es conocido por los prestadores ▪ Cuenta con un responsable en la EPS ▪ Garantiza que la información producida "fluya" y se almacene correctamente 						
Estándar IV.4.C. Existe un responsable organizacional para garantizar las labores de integralidad y continuidad.						
Estándar IV.4.D. La organización cuenta e integra los protocolos farmacéuticos y sus centros de despacho de medicamentos a las labores de continuidad e integralidad. Este proceso incluye la evaluación de la calidad de los medicamentos entregados y en que grado están completas las prescripciones.						
Estándar IV.4.E. La organización cuenta e integra los centros prestadores de servicios de laboratorio y de complemento diagnóstico (rayos X, imagenología) a las labores de continuidad e integralidad, y se hace un proceso formal de selección de la tecnología a emplear.						
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.4.F. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de integralidad y continuidad de la atención						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>Estándar IV.4.G. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						
<p>Estándar IV.4.H. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar IV.4.I. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

ACCIONES PERMANENTES EN EL TIEMPO

PROPÓSITO

Como se mencionó anteriormente, dentro de las funciones de las EPS (ARS) se encuentra la responsabilidad de promover la salud, controlar y manejar el riesgo de enfermar de sus afiliados, y la organización de la prestación de servicios de salud. Estas actuaciones obligan a las EPS (ARS) a realizar actividades permanentes en el tiempo que garanticen que el afiliado puede acceder fácilmente a los servicios de salud brindados por la red de prestadores en caso de requerirlos (y que son tratadas en otro aparte de este manual), y la generación y administración de un conjunto de procesos educativos y preventivos para tratar de mantener y mejorar las condiciones de salud de sus usuarios.

Estas acciones deben ser planeadas y adelantadas por la EPS por iniciativa propia, independientemente de que el usuario use con mucha frecuencia la red de prestadores, y puede implicar la inducción de la demanda de servicios con objetivos muy claros. El sistema de calidad debe monitorear que estas actividades se lleven a cabo y que se evalúe permanentemente su efectividad a través de indicadores de acceso y perfiles de morbilidad.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar V.1.A. La EPS provee periódicamente, durante el tiempo que el usuario permanezca como afiliado, información sobre cambios en la conformación (ingresos o egresos) de la red de prestadores o de la legislación vigente en temas que lo afecten.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización tiene en cuenta las características de los evaluados para preparar y particularizar esta información ▪ Se evalúa el impacto y el entendimiento de la información entregada 						
Estándar V.1.B. En concordancia con la planeación de la atención realizada, y con base en los grupos poblacionales de riesgo, más allá de la normatividad vigente la EPS realiza un conjunto sistemático de actividades de prevención y promoción para las principales entidades de salud según las particularidades de sus afiliados, teniendo en cuenta criterios de frecuencia de presentación, severidad, etc. Para esto:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrolla o adapta guías específicas de atención para dichos grupos. ▪ Planea y ejecuta los resultados de estas actividades. ▪ Evalúa el impacto generado en sus afiliados mediante el uso de indicadores trazadores. 						
Estándar V.1.C. La organización cuenta con un proceso periódico de planeación de actividades de Educación, Promoción y Prevención mas allá de su obligación legal y con base en los diferentes grupos de riesgo identificados						
Estándar V.1.D. La organización realiza actividades de capacitación permanente a sus usuarios en:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos saludables de vida. ▪ Detección temprana de riesgos de patologías prioritarias. ▪ Guías o protocolos para seguir en caso de presencia o detección temprana de factores de riesgo. ▪ Uso de servicios para el adecuado diagnóstico y tratamiento. 						
Estándar V.1.E. La EPS comunica a su red los hallazgos de los análisis de riesgo de su población y establece mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de educación, promoción y prevención.						
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD						
	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar V.1.F. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de acciones permanentes en el tiempo						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
<p>Estándar V.1.G. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						
<p>Estándar V.1.H. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar V.1.I. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none">▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	
--	--

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

FUNCIONES DE APOYO

Direccionamiento.

PROPÓSITO

Se evalúa la importancia que da la institución al desarrollo de la capacidad de liderazgo en todos los niveles y la participación directa de la alta dirección como líder y responsable principal de la creación y mantenimiento de un direccionamiento estratégico claro y visible, que sirva de guía al trabajo diario del equipo humano y actúe como promotor de un proceso permanente de mejoramiento, buscando dar una respuesta más efectiva a los usuarios, otros clientes y la comunidad.

El compromiso y el ejemplo impartido por la alta dirección (junta directiva, gerentes y directores de áreas funcionales) en la construcción de una cultura de calidad en la organización es lo que garantiza el éxito de la implementación de políticas y el cumplimiento de objetivos y metas previamente definidos. Así mismo, la claridad de la misión, la visión y los valores de la organización facilitan al equipo humano el desarrollo de sus actividades con criterios de calidad. Esto implica que una política de la alta dirección sea controlar y monitorear la calidad de la gestión en salud para el usuario.

El perfil de los miembros de la alta dirección debe reflejar la cultura organizacional, valores y políticas de la organización. Por este motivo, el proceso de selección del cuerpo directivo debe estar estructurado y responder a estos criterios.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.1.A. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.						
Estándar VI.1.B. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno y ejercicios de referenciación con su competencia.						
Estándar VI.1.C. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la Junta Directiva, este proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los integrantes de la Junta Directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud ▪ Cómo realizar reuniones exitosas. ▪ Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. 						
Estándar VI.1.D. Existe un proceso para definir los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios..						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de la organización con la comunidad que sirve. ▪ Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el cliente y su familia. ▪ Aspectos que guían la ética de la organización. ▪ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios. 						
Estándar VI.1.E. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan de acción.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. ▪ La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización. 						
Estándar VI.1.F. Los líderes están involucrados en la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
Estándar VI.1.G. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización						
Estándar VI.1.H. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los usuarios que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, les haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad de la atención por tipos de servicios. ▪ Utilización de servicios por afiliado (por ejemplo, tratando de incentivar la consulta y desincentivar la hospitalización). ▪ Satisfacción global del usuario con la atención recibida. ▪ Calidad de la atención. ▪ Número de desafiliaciones por problemas de la calidad de la atención. 						
<p>Estándar VI.1.I. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso para determinar el número y perfil del personal requerido para resolver las necesidades de los usuarios. ▪ Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin. 						
<p>Estándar VI.1.J. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos. ▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas. 						

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>Estándar VI.1.K. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de direccionamiento</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
<p>Estándar VI.1.L. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						
<p>Estándar VI.1.M. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar VI.1.N. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Gerencia.

PROPÓSITO

Una vez definidas la misión, visión, valores, objetivos y metas de la organización estos deben llegar a todos los niveles de la organización, de manera que se facilite la implementación de los planes y el logro de las metas.

La forma como el *staff* participa en la difusión e implementación de cada una de sus áreas del sistema de calidad contribuye al éxito de los resultados. La misión, visión, objetivos y metas de cada una de las áreas de la organización deben estar alineados con los grandes objetivos de la organización y deben evidenciar el respeto hacia el paciente y su familia.

Por conducto de la alta dirección, la organización debe garantizar la adecuada asignación de recursos para el logro de los objetivos formulados y establecer mecanismos de seguimiento que garanticen los resultados propuestos.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.2.A. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.						
Estándar VI.2.B. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso incluye						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una metodología para la identificación de las necesidades. ▪ Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. 						
Estándar VI.2.C. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. ▪ Un sistema de tutoría o acompañamiento y retroalimentación. ▪ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. ▪ Asignación de recursos. ▪ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización. 						
Estándar VI.2.D. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.						
<p>Las metas y objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. ▪ Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. 						
Estándar VI.2.E Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. ▪ La evaluación del logro de las metas y objetivos 						
Estándar VI.2.F. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los usuarios. El respeto por el paciente incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dignidad personal. ▪ Privacidad. ▪ Seguridad. 						
Estándar VI.2.G. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una política clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y compañeros de trabajo ▪ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. ▪ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. ▪ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas. 						
<p>Estándar VI.2.H. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>						
<p>Estándar VI.2.I. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación. Este incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las prioridades en el plan. ▪ La evaluación de la calidad provista en los servicios. 						
<p>Estándar VI.2.J. Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición de la productividad. ▪ Costeo. ▪ Monitorización de los presupuestos. ▪ Manejo de inventarios. ▪ Manejo de seguros. ▪ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. ▪ Auditoría de procesos. 						

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
<p>Estándar VI.2.K. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gerencia</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>Estándar VI.2.L. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						
<p>Estándar VI.2.M. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar VI.2.N. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Recursos humanos.

PROPÓSITO

El componente más valioso, así como el motor de mejoramiento de una empresa promotora de salud, son sus empleados; garantizar que la entidad cuenta con un grupo humano competente motivado y con voluntad de participación es esencial para una gestión que produzca los mejores resultados. Con este propósito, el perfil de los funcionarios, su actitud de servicio, el tipo de formación, la capacidad técnica para desarrollar las actividades propias del cargo que se desempeña, deben estar acordes con las necesidades de la organización.

La implementación del sistema de calidad depende en gran medida de la importancia que la institución dé a la conformación de un grupo humano idóneo, a promover el desarrollo de todas las personas que lo constituyen y a generar un adecuado ambiente de trabajo.

Aspectos como la autonomía, la creatividad, capacidad de compromiso y colaboración con el mejoramiento de los procesos y resultados de los servicios que presta la institución, son factores críticos de éxito en una organización enfocada al cliente. Por este motivo, la EPS (ARS) debe contar con un proceso de planeación del recurso humano y tener criterios claros para la selección, inducción y entrenamiento de sus funcionarios, adaptándose en forma permanente a los requerimientos de la organización.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.3.A. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.						
<p>Estos procesos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislación relevante. ▪ Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. ▪ Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial. ▪ Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. ▪ Evaluación de desempeño. ▪ Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional. ▪ Políticas de compensación. ▪ Estímulos e incentivos. ▪ Bienestar laboral. ▪ Necesidades de comunicación organizacional. <p>Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. Los procesos mencionados en el estándar debe incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.</p>						
Estándar VI.3.B. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.						
<p>El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios en la misión de la organización. ▪ Cambios en el plan estratégico. ▪ Cambios en la estructura organizacional. ▪ Cambios en la planta física. ▪ Cambios en la complejidad de los servicios. ▪ Disponibilidad de recursos. ▪ Legislación relevante. ▪ Tecnología disponible. <p>▪ La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con: Requisitos y perfil del cargo. Identificación de los patrones de carga laboral del empleo. Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención. 						
<p>Estándar VI.3.C. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo. ▪ Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con: Experiencia. Licenciamiento o certificación, si aplica. ▪ Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen: Conocimiento y habilidades. Relaciones interpersonales. Habilidades de liderazgo y administrativas. Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. 						
<p>Estándar VI.3.D. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal ▪ Se provee información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen: Valores. Misión y visión. Plan estratégico. Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. Servicios disponibles. Objetivos y metas de la organización Estructura organizacional. Expectativas del desempeño. Legislación relevante. Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. ▪ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización. ▪ La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>Estándar VI.3.E. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desempeño es revisado y documentado durante el periodo de prueba. ▪ El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. ▪ Se provee retroalimentación al personal evaluado. 						
<p>Estándar VI.3.F. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. ▪ Investigación científica. ▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica. ▪ Conciliación de protocolos médicos. ▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. ▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. ▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. ▪ La atención al cliente y su familia. 						
<p>Estándar VI.3.G.. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.</p>						
<p>Estándar VI.3.H. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a los registros. ▪ Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización. 						
<p>Estándar VI.3.I. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. ▪ Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud. 						
<p>Estándar VI.3.J. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.3.K. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente , su familia y los trabajadores en general. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar VI.3.L. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia , el equipo de salud y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						
Estándar VI.3.M. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 	
<p>Estándar VI.3.N. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 	

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Sistemas de información.

PROPÓSITO

Las EPS (ARS) son organizaciones altamente dependientes de información en todos sus procesos, debido a que requieren coordinar diferentes tipos de actividades en forma simultánea y garantizar que el afiliado demandante de servicios pueda acceder fácilmente a aquellas actividades que demanda. La infraestructura de sistemas y la seguridad y confiabilidad con que la organización maneja sus bases de datos es factor clave de éxito en los servicios; así mismo, la capacidad de la organización para procesar sus bases de datos, analizarlas y generar información confiable y segura es lo que le permite realizar adecuados procesos de planeación que respondan a las necesidades de su población afiliada.

Por este motivo, la importancia que se les dé y los recursos que la organización destine a estas actividades deben ser evaluados en un sistema de calidad enfocado al cliente. El diseño del sistema de información y el uso que se dé a sus bases de datos deben responder a las necesidades de la población afiliada y debe garantizar el cumplimiento de los requerimientos legales del sistema.

De esta manera, los estándares se encuentran enfocados a evaluar el gerenciamiento que la organización realiza de su sistema de información, resaltando aspectos de planeación y uso como soporte del mejoramiento de los procesos, productos y servicios.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.4.A. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información dentro de la organización en cada uno de los procesos mencionados en cada sección de estándares del presente manual y responder a dichas necesidades.						
Estándar VI.4.B. Existe un proceso para la recolección sistemática y permanente de aquellos datos e información identificada como relevante o crítica por las diferentes dependencias de la organización. La información debe contemplar aquella generada en los prestadores de su red como en los procesos administrativos de la EPS.						
Estándar VI.4.C. La información recolectada cuenta con protocolos explícitos para su procesamiento y análisis, identificando la periodicidad y el personal responsable.						
Estándar VI.4.D. Existe un proceso para transmitir o distribuir la información recolectada y analizada. La transmisión debe garantizar la						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad. ▪ Facilidad de acceso. ▪ Confiabilidad y validez de la información. ▪ Confidencialidad y seguridad. 						
Estándar VI.4.E. Existe un proceso para garantizar el adecuado almacenamiento y mantenimiento de la información. Este almacenamiento y mantenimiento debe contemplar:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso no autorizado. ▪ Pérdida de información. ▪ Manipulación. ▪ Mal uso de los equipos y de la información. ▪ Deterioro físico de los archivos. 						
Estándar VI.4.F. Existe un proceso periódico para recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los usuarios del sistema de información.						
Estándar VI.4.G. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas. 						
Estándar VI.4.H. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad. ▪ La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas. 						
--	--	--	--	--	--	--

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.4.I. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de sistemas de información						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar VI.4.J. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<p>Estándar VI.4.K. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar VI.4.L. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Gerencia del ambiente físico.

PROPÓSITO

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

Para el control y manejo de emergencias y desastres se debe contar con procesos definidos debidamente documentados y articulados con entidades coordinadoras, se contempla la realización de ejercicios periódicos para revisar protocolos y mantener una disciplina y organización de responsabilidades del personal en temas tales como incendios, donde se cuente con prácticas de prevención y capacitación como para el manejo de las situaciones de emergencia, la activación de alarmas, sistemas de evacuación y desactivación de sistemas inflamables; proceso de recepción de personas involucradas en emergencia o desastre, áreas dispuestas.

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.5.A. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de los usuarios de la organización.						
Lo anterior incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La gerencia de los riesgos físicos y la seguridad industrial. ▪ La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades. ▪ La adecuada señalización ▪ Está diseñado y difundido un plan que desarrolla el método o programa que se utilizará para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los usuarios y trabajadores dentro de la institución 						
Estándar VI.5.B. Existen procesos para asegurar que el espacio, equipos e insumos cumplan con la legislación aplicable, códigos y regulaciones acordes con cada una de las organizaciones que regulan estos aspectos.						
Estándar VI.5.C. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes. a través de:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos ▪ Mantenimiento preventivo. ▪ Inspecciones regulares de seguridad. ▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. ▪ Provisión de energía de emergencia. ▪ Programaciones de limpieza. 						
Estándar VI.5.D. Existen procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. ▪ No reutilización de materiales. ▪ Impacto ambiental. ▪ Reciclaje y comercialización de materiales. 						
Estándar VI.5.E. Existe un proceso para asegurar la seguridad del usuario al visitar las instalaciones de la EPS						
Estándar VI.5.F. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos relacionados con la preparación para emergencias y desastres (internos o externos).						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un plan organizacional que incluye: Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado. Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables. Conexión a la red de urgencias. Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. ▪ Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo la unidad se integra al plan organizacional. ▪ Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán: Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización. Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo. ▪ La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades: Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta. Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. La identificación del personal que está a cargo de los servicios. Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización. Recolectar y difundir la información necesaria. Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. 	
<p>Estándar VI.5.G. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El proceso está asesorado por guías de departamento de bomberos. ▪ Capacitación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación ▪ Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. ▪ Instrucciones para el uso de sistemas de comunicación y para utilización de ascensores. ▪ Sistemas de evacuación. ▪ Señalización de sistemas de evacuación . ▪ Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. 	

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.5.H. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico <ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar VI.5.I. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <p>Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad</p>						
Estándar VI.5.J. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 	
<p>Estándar VI.5.K. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 	

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

GLOSARIO

Para efectos del presente manual se adoptan las siguientes definiciones.

Ambiente físico. Medio en el que se desarrollan los seres humanos y que potencialmente puede condicionar su crecimiento, desarrollo, supervivencia y comportamientos. Comprende todos los aspectos externos al organismo humano de tipo físico, químico o biológico, que ejercen alguna influencia sobre su salud, y respecto del cual tiene limitada capacidad de control.

Auditoría de calidad: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Benchmarking (referenciación competitiva). Es el proceso de compararse y evaluarse continuamente con otras organizaciones consideradas como las mejores para lograr información sobre filosofías, estrategia, procesos, medidas que le pueden ayudar a su organización a tomar acciones para mejorar su desempeño

Bienestar laboral. Concepto relacionado con la calidad del ambiente de trabajo, que se refiere a una sensación individual medible a través de una valoración subjetiva por parte del trabajador construida por la incidencia de los

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

factores físicos de su entorno, los sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social en la organización.

Cliente. Cualquier individuo, familia, grupo o comunidad (interno o externo a la organización) que recibe cuidados y tratamientos o servicios de la organización. En el contexto de este manual de estándares se homologara la palabra cliente externo con la de paciente o afiliado.

Comité *ad hoc*. Grupo de personas idóneas y especialistas para algún fin que operan para realizar o promover determinadas actividades o iniciativas de interés común.

Confidencialidad. Respeto a los derechos del paciente para controlar la distribución y difusión de los datos de su enfermedad. Limitación al acceso, a los datos y la información a los individuos que tengan necesidad, motivo y esté autorizado su acceso.

Continuidad. Componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo.

Control. Conjunto de operaciones encaminadas a verificar y comprobar el funcionamiento, productividad, etc., de algún proceso de acuerdo con unas directrices y planes establecidos.

Dato. Variable asociada a un acontecimiento. Cuantificación de un fenómeno. Representación de un término de un mensaje (conocimiento) en forma digital. Registro individual y puntual de un hecho. Materia prima de la información.

Direccionamiento estratégico. Es un concepto amplio que significa focalizar esfuerzos y lograr solidaridad hacia propósitos comunes. No es un sistema gerencial ni un instrumento específico. Busca orientar la organización hacia el futuro y hacia el mercado (entorno), para garantizar su supervivencia a largo plazo. Es un proceso o método mediante el cual la dirección involucra la planificación, la toma de decisiones y el establecimiento de los procedimientos para ejecutar las decisiones así como hacer que las demás personas de la organización realicen las tareas encomendadas y supervisadas.

Efectividad. El grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.

Eficiencia. Indicadores y resultados que miden el nivel de recursos empleados en un proceso para atender los requisitos de los clientes. Relación entre los

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

resultados (resultados de la asistencia) y los recursos utilizados para prestar la asistencia al paciente.

Equipo de salud. Grupo de personas del sector salud que realizan diferentes aportes con una metodología compartida, de cara a un objetivo común centrado en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud, así como las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; donde cada miembro tiene claramente asumidas sus propias funciones y los intereses comunes, y todos los miembros comparten la responsabilidad de los resultados.

Equipo administrativo. Grupo de personas dedicadas a acciones de guía, coordinación y dirección de una institución, orientadas hacia la mejora de sus objetivos y el cumplimiento de sus fines.

Estándar. Nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual.

Estrategia. Acción de largo y mediano plazo necesaria para alcanzar la visión. Camino que ha de seguir la organización para garantizar su supervivencia en el largo plazo. Medios o caminos escogidos (necesarios) para alcanzar posiciones futuras favorables (metas) en relación con otros competidores en determinado mercado.

Ficha técnica. Documento de carácter técnico que soporta y estandariza en la organización los aspectos básicos de cada uno de los indicadores. Esta Ficha técnica contiene la conceptualización y referencia bibliográfica importante del indicador incluyendo sus ventajas y limitaciones, el uso que la organización pretende darle, la forma de estandarización, la cual comprende las fuentes de recolección de la información, los responsables de la misma, los datos necesarios para conformar el numerador y el denominador, y la fórmula de construcción del indicador. Adicionalmente se incluye en la Ficha técnica la periodicidad de medición.

Integralidad. Papel de coordinación de una organización para que un paciente use una serie de prestadores cuyo trabajo en conjunto sea complementario dentro de un mismo proceso de atención en un punto del tiempo o a lo largo del mismo. Una herramienta, tablero o señal de medición, que se utiliza como una guía para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de la atención del cliente, los servicios de apoyo y las funciones de la organización que afectan los resultados del cliente.

Monitoreo. Se refiere a la vigilancia constante y la medición sistemática de un fenómeno, se emplea para detectar tempranamente cualquier alejamiento del buen manejo o estándar del proceso y su corrección inmediata. Se utilizan

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

criterios explícitos para temas considerados como importantes, esenciales o básicos, manejados en condiciones específicas.

Objetivo. Resultado o condición esperada que lleva un tiempo alcanzar y que se especifica en una declaración mensurable que sirve de guía para establecer los objetivos intermedios.

Oportunidad. Dimensión de la actuación referente a la manera en que se presta la asistencia o se realiza una intervención en el paciente en el momento más beneficioso o necesario.

Pares, revisión por. Evaluación de la actuación de un profesional realizada por un compañero de profesión.

Personal. Funcionarios que laboran en o para la organización. Incluye a los profesionales de la salud, a los profesionales de áreas diferentes a la salud y a los demás trabajadores no profesionales de cualquier nivel.

Pertinencia. Calidad de lo que exactamente conviene o corresponde al objetivo que se trate.

Plan de egreso. Documento que contiene el reporte final de la estadía del paciente, los requerimientos futuros necesarios, el proceso para identificar las necesidades; y la estrategia para el continuo de cuidados al cliente después de su egreso.

Proceso. El concepto de proceso puede ser entendido como el conjunto de causas que provocan un o unos efectos. Es una serie de acciones, sucesos, mecanismos, o pasos interrelacionados y orientados hacia un objetivo. También puede ser definido como la secuencia de tareas organizadas, repetitivas que producen un resultado (producto / bien / o servicio) predeterminado, y tienen un solo responsable. En este documento se entenderá por proceso una forma de articular el conjunto de actividades, prácticas, comportamientos, procedimientos, sistemas y mecanismos repetitivos con los cuales opera una organización.

Promoción (laboral.) Cualquier cambio real en la posición o *status* dentro de la empresa que suponga un ascenso. Impulso a una determinada acción, y especialmente a una empresa, producto o servicio.

Reclutamiento. Conjunto de procedimientos que tienden a atraer candidatos potencialmente calificados y capaces de ocupar puestos de trabajo dentro de la organización. Es, por tanto, una actividad positiva de invitación, de incremento de insumos.

RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Recurso humano. Número de puestos de trabajo ocupados realmente, con independencia de la vinculación jurídica del personal, por lo que no se incluyen las suplencias.

Resultado (*Outcomes*). Efecto y consecuencia de la actuación (o no actuación) de una función o proceso(s).

Resultados adversos. Efectos o consecuencias no esperados y no deseables de un proceso de atención a un cliente, los cuales no son dependientes de la historia natural de la enfermedad

Salud ocupacional. Se interesa de la salud de los individuos o los grupos en relación con su trabajo y su ambiente laboral. Incluye la capacidad de los individuos para adaptarse a su actividad laboral y, a su vez, la adaptación del ambiente laboral a los individuos que en él trabajan.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias..

Seguridad industrial. Conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas, sociológicas, empleadas para prevenir accidentes, eliminar las condiciones inseguras del ambiente e instruir o convencer a las personas sobre la implantación de medidas preventivas. Su empleo es indispensable para el desarrollo satisfactorio del trabajo.

Selección. Elección del candidato adecuado para el cargo adecuado o, más ampliamente, entre los candidatos reclutados, aquellos más adecuados a los cargos existentes en la empresa con miras a mantener o aumentar la eficiencia y el desempeño del personal.

Unidad funcional. Conjunto organizado de factores o recursos productivos que interactúan de una manera armónica, se encuentran bajo el control de un centro de decisión único y están dedicados a la obtención de productos o resultados concretos.



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD**

**RESOLUCIÓN NÚMERO 1474 DE 2.002
(7 de Noviembre)**

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de sus facultades legales y en especial las conferidas por el numeral 2 del Artículo 173 y los Artículos 185 y 186 de la Ley 100 de 1.993, los artículos 4 y 7 del Decreto 1152 de 1.999, el Artículo 42 de la Ley 715 de 2.001 y por el Título V del Decreto 2309 de 2.002.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1. Adoptar el Manual de Estándares de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el Manual de Estándares de las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada del Sistema Único de Acreditación, los cuales forman parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2. FUNCIONES DE LA ENTIDAD ACREDITADORA. La Entidad Acreditadora que seleccione el Ministerio de Salud tendrá las siguientes obligaciones:

1. Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el Sistema Único de Acreditación.
2. Estandarizar los procedimientos de evaluación.
3. Definir el procedimiento operativo que deben efectuar las organizaciones de Salud para presentarse al proceso de acreditación.
4. Conformar un grupo específico integrado por conocedores de los temas de gestión, evaluación o mejoramiento de la calidad y con experiencia como directivos de instituciones de salud del sector salud, para conferir o negar la acreditación a las entidades que se sometan a este proceso.
5. Crear un Comité de Apelaciones en el que tenga participación por lo menos un miembro de la institución que apela su decisión.
6. Revocar o suspender la acreditación otorgada, cuando se configuren los supuestos previstos para dichos eventos.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1474 DE 2.002

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

7. Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participen en el Sistema Único de Acreditación.
8. Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la Acreditación.
9. Promover el Sistema Único de Acreditación.
10. Elaborar y enviar un informe ejecutivo semestral al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud.
11. Las demás que se establezcan en las Bases del Concurso de Méritos que adelantará el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 3. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C. a 7 de Noviembre de 2002

JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA