

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, MUNICIPIO DE CONCORDIA - ANTIOQUIA.

AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA - ESTANDARES DE ACREDITACION

AUTOEVALUACION - AÑO 2019

ESTANDARES A EVALUAR	EVALUACION CUALITATIVA							EVALUACION CUANTITATIVA									TOTAL	
	ANALISIS EVALUATIVO			MATRIZ DE PRIORIZACION				VALOR FINAL	ENFOQUE			IMPLEMENTACION Y DESPLIEGUE		RESULTADOS.				
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA (debilidades)	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS (Manuales, Guías, Protocolos y Otros)	RIESGO (1, 3, 5)	VOLUMEN (1, 3, 5)	COSTO (1, 3, 5)	TOTAL	CALIFICACION GLOBAL DEL ESTANDAR (Coloque la menor calificación obtenida en cada uno de los 10 criterios de evaluación)	Enfoque Sistemico	Enfoque Proactivo	Enfoque Evaluado y Mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación por el Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición		Tendencia

Tomado de la Resolución No. 2082 del 29 de Mayo de 2014

GRUPO DE ESTANDARES ASISTENCIALES.

DERECHOS DE LOS PACIENTES.																			
<p>Estandar 1. Código: (AsDP1) La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>	<p>La institución ha desarrollado estrategias en las encuestas de satisfacción de cada servicio, para identificar el grado de conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes. Pertinentes de cada área, la institución actualmente no ha implementado herramientas para medir la adherencia a estas actividades en las áreas de la institución.</p>	<p>Realizar las líneas estratégicas del plan de desarrollo incluyendo en la plataforma estratégica el continuo refuerzo y trabajo sobre la declaración de los derechos y deberes de los pacientes en la ESE, estableciendo políticas que garanticen su cumplimiento en toda la organización pertinente de cada área. Evaluar medir la adherencia a estas actividades pertinentes a cada área de la institución. Diseñar una metodología que permita medir el grado de conocimiento y satisfacción de los usuarios en cuanto al cumplimiento de sus derechos y deberes. Diseñar una metodología que permita medir el grado de conocimiento y satisfacción de los usuarios en cuanto al cumplimiento de sus derechos y deberes en la institución</p>	<p>Código de ética donde se establece la declaración de los principios y valores aplicables a todos los funcionarios de la ESE, este código fue adoptado mediante resolución. También se crea por acto administrativo el comité de ética.</p>	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2,9
NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL																			
<p>Estandar 2. Código: (AsDP2). La institución realiza proyectos de investigación</p>																			
<p>Estandar 3. Código: (AsDP3) La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico, se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.</p>	<p>La institución ha formulado un código de ética y del buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. El código de ética y un código del buen gobierno se desarrolló con todos los integrantes del comité directivo de la institución</p> <p>La institución ha desarrollado estrategias en las encuestas de satisfacción de cada servicio, para identificar el grado de conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes.</p>	<p>La ESE reactivará el comité de ética donde serán participes tanto los funcionarios como los usuarios, se realizarán los talleres y reuniones programadas con la liga de usuarios y junta directiva, se cumplirá con el cronograma establecido de capacitaciones internas para todos los empleados del Hospital, se designará un funcionario gestor de ética, que realice la inducción y reinducción del código de ética.</p> <p>La ESE implementará una estrategia de evaluación sobre el conocimiento aplicabilidad que tienen los funcionarios sobre los derechos y deberes de los pacientes, diseñando indicadores que evidencien nuestro compromiso, igualmente para nuestros usuarios implementaremos metodologías que nos permitan saber el grado de satisfacción de estos sobre sus derechos y deberes en el hospital.</p>	<p>Documento con el Código de Ética y Código de Buen Gobierno del hospital.</p>	1	3	1	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3,2
<p>Estandar 4. Código: (AsDP4) La organización asegura que para todos los usuarios que atiende independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de adreditación que apliquen a los servicios prestados.</p>	<p>En la formulación estratégica, la política de calidad y los principios y valores, así como en el modelo de atención se tiene establecido la prestación de servicios sin ningún tipo de discriminación</p>	<p>Formular, crear e implementar modelos de contratos que permitan garantizar que para todos los usuarios independiente de las modalidades de contrato de venta o contratación de servicios, se cumplan de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.</p> <p>Modelos de contrato que garanticen los estándares de acreditación, modelos de verificación de los contratos con los estándares de acreditación, implementar mediante capacitación participativa dichos modelos.</p> <p>La ESE evaluará periódicamente y en forma participativa que dichos modelos de contratos estén cumpliendo con los estándares de acreditación ya sea por un modelo de verificación o por evaluación de los contratos.</p>	<p>Modelo de atención. Política de calidad. Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020. Plan de Gestion Gerencial.</p>	3	3	3	27	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8	

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización	Política de Seguridad del Paciente implementada, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	La ESE Debe desarrollar estrategias para la implementación de una política de calidad y garantizar su despliegue en toda la organización mediante una estructura funcional, implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura de la seguridad que incentive el reporte voluntario de eventos, identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras que lleven a su mitigación, además planes o estrategias que permitan su monitorización de los eventos y evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior no todos los funcionarios están a la par con esta política, muchos la desconocen y quienes la conocen no la aplican	Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	5	5	5	125	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3,5
Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.	Proceso en plena implementación en e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE, PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL	Desplegar la política de seguridad de pacientes en la generación y la medición de la cultura de seguridad (incluir la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos y eventos adversos, investigación, análisis y la toma de decisiones que eviten los eventos adversos, prevenibles, Además La organización identificara si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.	Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	5	5	5	125	3	4	4	4	4	3	4	3	3	3	2	3,4
Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Proceso en plena implementación en e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE, DONDE SE EDUCAL AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE SOBRE LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN TENER DURANTE LA HOSPITALIZACION PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS, PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL	Implementar la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	5	5	5	125	2	4	4	3	3	3	3	3	2	3	2	3,0
ACCESO																			
Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	Modelo de Atención, reforma física del hospital, cultura de atención generalizada para todos los pacientes. SE HAN ESTADO REALIZANDO CAMBIOS FISICOS QUE AYUDEN A MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA, PERO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS HACE FALTA EN LOS BAÑOS LAS BARANDAS DE SEGURIDAD PARA MOVILIZACION, MEJORAR EN PEDIATRIA LOS TOMAS CON PROTECCION	Garantizar el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características. Evaluar las barreras del acceso (Riesgo, geográficas, administrativas, sociales culturales) y desarrollar acciones de mejoramiento. La organización debe implementar políticas, normas guías que garanticen el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, desarrollar programas de evaluación de las barreras de acceso y desarrollar acciones de mejoramiento y de capacitación continua para el usuario y de los empujados de la ESE. Definir estrategias de medición de demanda insatisfecha la ESE garantizará el accesos de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, así mismo evaluara las barreras de acceso que tiene el usuaría y según estas desarrollara planes de mejoramiento	Documentos varios: Modelo de atención, código de ética y buen gobierno, reforma física del hospital y otros. Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020 "Camino a la Acreditación en Salud"	5	5	5	125	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 9. Código: (AsAC2) En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.																			
NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL																			
Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial, es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.	NO EXISTEN	Estandarizar el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial. Realizar actividades participativas que lleven al conocimiento y aplicado por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; y a la verificación del conocimiento este por parte de ellos así como la implementación de acciones frente a las desviaciones	NO EXISTEN	3	3	3	27	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2,6

Estandar 11. Código: (AsAC4) Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.	En el momento de la asignación de la cita se da la opción al usuario de escoger al médico tratante	Documentar la manera como se garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia.	Asignación de citas por XENCO. Asignación por cuadro de turno y sistematizado del el recurso humano. Planillas de asignación de citas	1	1	1	1	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2,4
Estandar 12. Código: (AsAC5) La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; teniendo en cuenta la capacidad de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Cumplir a cabalidad el cuadro de turnos, evitar cambios en la programación y mantener el recurso humano suficiente para evitar sobrecarga laboral en los médicos.	Programación de cuadro de turnos, sistema de asignación de citas	5	3	3	45	3	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3,0
Estandar 13. Código: (AsAC6) La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.	La institución tiene definidos los indicadores de oportunidad para los servicios, realiza el seguimiento y formula los planes de mejora cuando se encuentran diferencias entre la calidad observada y la esperada	Establecer un mecanismo para socializar los indicadores y hacer partícipes a los responsables en el seguimiento y formulación de los planes de mejora	Reportes de indicadores obligatorios. Fichas técnicas. Planes de mejoramiento	5	3	5	75	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3,7
Estandar 14. Código: (AsAC7) La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.	La institución cuenta con diferentes medios para dar a conocer a los usuarios su portafolio de servicios y la forma en cómo se puede acceder a ellos	Fortalecer los mecanismos de interacción con los usuarios, mejorar la conectividad a través de medios electrónicos, página web interactiva y medios de comunicación	Portafolio de servicios. Página Web, Carteleros y plegables, oficina del SIAU, voz a voz y demás.	1	3	1	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3,4
Estandar 15. Código: (AsAC8) Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	La ESE tiene estandarizado el proceso de asignación de citas y admisión del usuario	Socializar los mecanismos de asignación de citas con la comunidad en general.	Cuadro de turnos de médicos y odontólogos.	3	1	1	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	2	3,2
REGISTRO E INGRESO.																			
Estandar 16. Código: (AsREG1) Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.	La ESE tiene estandarizado el proceso de asignación de citas y admisión del usuario CONOCEMOS LA MANERA DE REALIZAR EL PROCESO, PERO NO TENEMOS SOCIALIZADO EL PROCESO COMO TAL	Mejorar el componente de información al usuario sobre el proceso de atención, requisitos, costos y demás. Desarrollar actividades para verificar el cumplimiento de lo estandarizado y formular planes de mejora cuando sean pertinentes	Proceso de atención y asignación de citas.	5	5	5	125	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2,8
Estandar 17. Código: (AsREG2) Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia	Proceso en trámite de formulación para comenzar con su despliegue en el hospital.	Estandarizar la información que se debe entregar en el momento de ingreso al servicio. Garantizar un proceso para proveer información al usuario y su familia en lo relacionado con sus necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.	Lista de chequeo de elementos en la habitación de hospitalización.	3	1	3	9	2	4	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2,8
Estandar 18. Código: (AsREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.	Se han elaborado guías de atención, pero estas se encuentran desactualizadas SE DEBEN REALIZAR RETROALIMENTACION CONTINUAS DE ESTAS GUIAS Y CENTRALIZAR LA INFORMACION DONDE TODO EL PERSONAL SEPAY ACCEDA A DICHA INFORMACION	Elaborar un inventario de las guías de atención que requiere la institución evaluar la vigencia y actualización de las guías Actualizar las obsoletas y elaborar las nuevas que sean requeridas Realizar la socialización de las guías realizar auditorías para verificar la adherencia a las guías formular acciones correctivas cuando no se estén cumpliendo	Guías disponibles en medio magnético y en medio físico	5	5	5	125	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3,1
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO.																			

Estándar 19. Código: (AsEV1) La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.	NO EXISTEN	Definir las estrategias para determinar cuáles son las necesidades de información de los usuarios. Definir una estrategia para hacer partícipe al usuario y su familia del proceso de atención mediante el conocimiento de su enfermedad, plan de manejo, riesgos y complicaciones y pronóstico. dejar la evidencia de que estas necesidades de información son valoradas adecuadamente por el equipo de salud.	Diferentes medios de información y comunicación con los usuarios.	1	3	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3,1
Estándar 20. Código: (AsEV2) La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.	Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente	Desarrollar estrategias de atención integral de los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas. Evaluar el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y medir la adherencia de los usuarios y los resultados en salud. las actividades de PyP en la Institución son preocupantes, ya que la puerta para cumplir con estas es la atención y conocimiento del personal médico y lamentablemente desconocen totalmente la guía que orienta al cumplimiento de dichas actividades.	Informes de los programas de P y P.	3	1	3	9	2	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3,5
Estándar 21. Código: (AsEV3) La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.	Se aplican las guías de atención en relación con el aislamiento	Garantizar el respeto a la dignidad del paciente en casa de requerir aislamiento. Actualizar las guías de atención en lo relacionado con el aislamiento. Activar y garantizar la operación del coite de infecciones intrahospitalarias. Diseñar campañas educativas para la familia y acompañantes de pacientes que requieren aislamiento.	Guías de atención. Manual de bioseguridad.	5	1	3	15	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3,1
PLANEACION DE LA ATENCION.																			
Estándar 22. Código: (AsPL1) Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.	las actividades de atención primaria en salud son planificadas de acuerdo al riesgo de la población asignada	Conjuntamente con las Administradoras de planes de beneficios y con el ente territorial definir modelo de atención en salud con enfoque de riesgo, priorizando la atención de riesgos críticos, medir el impacto y establecer correctivos a que haya lugar.	Programas de Promoción y Prevención. estrategia APS Renovada	1	3	3	9	3	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3,0
Estándar 23. Código: (AsPL2) Existe un proceso de planeación de la atención , el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta.	Existen guías de atención pero están desactualizadas	Actualizar las guías de atención con la mejor evidencia posible, definir la metodología mediante la cual la institución adopta o formular guías si no está en capacidad de elaborarlas. Definir la forma de evaluar la adherencia y la periodicidad de las auditorías	Guías y protocolos de atención de las principales causas de consulta médica.	5	3	3	45	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3,0
Estándar 24. Código: (AsPL3) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.	Se cuenta con el componente de Salud oral en los programas de P y P.	Realizar campañas masivas de educación e información a los usuarios, en el momento mismo de la atención odontológica y a grupos poblacionales.	Programas de P y P	3	3	1	9	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3,2
Estándar 25. Código: (AsPL4) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.	Se cuenta con las guías de atención de odontología y estas se aplican en la práctica cotidiana.	Establecer mecanismos de auditoría para verificar la adherencia a las guías de atención de odontología	Guías de atención de odontología	5	5	3	75	3	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2,8
Estándar 26. Código: (AsPL5) El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.	Servicio de RX funcionando adecuadamente, con responsable del servicio, procesos documentados y área específica para la prestación del servicio.	Establecer el mecanismo para comunicación oportuna de los resultados, para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones de carácter clínico. Definir el mecanismo para generar alertas frente a resultados críticos	Documentos del área de RX.	5	3	3	45	3	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2,8
Estándar 27. Código: (AsPL6) El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.	Se garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia. Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados.	Definir los mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas. Definir los mecanismos para generar alertas frente a resultados críticos	Guías de laboratorio manual de procesos	5	3	1	15	3	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2,9

<p>Estándar 28. Código: (AsPL7) La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.</p>	NO EXISTEN	Estandarizar los puntos clave del cuidado y el tratamiento, identificar el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente. Definir y documentar la Planificación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido	NO EXISTEN	5	3	3	45	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2,3
<p>Estándar 29. Código: (AsPL8) La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria.</p>	Se tiene en cumplimiento los programas de P y P.	Establecer y estandarizar procesos de seguimiento para verificar los resultados de los Programas de P y P y formular correctivos cuando haya lugar a ello.	Manual de P y P. Normas Técnicas. Informes de actividades.	5	3	3	45	3	4	4	4	4	3	4	2	3	3	2	3,3
<p>Estándar 30. Código: (AsPL9) La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.</p>	Política de Seguridad del Paciente implementada, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	Mejorar el proceso de comunicación con los pacientes y realizar seguimiento a las condiciones de salud de los pacientes atendidos.	Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	5	3	1	15	2	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2,9
<p>Estándar 31. Código: (AsPL10) La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p>	Cultura organizacional de cumplimiento en la realización del consentimiento informado para los procesos asistenciales que lo requieran.	Mejorar el proceso de implementación del consentimiento informado por todos los servidores públicos asistenciales del hospital cuando aplique, concientizar al personal médico de la importancia de este documento, y que debe estar totalmente diligenciado al momento de terminar la consulta, este no debe completarse en los servicios que requieran el documento para realizar el procedimiento.	Diferentes formatos de Consentimiento Informado.	5	3	1	15	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3,0
<p>Estándar 32. Código: (AsPL11) En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad</p>	Existe un modelo de atención y una política de calidad que se enfocan al respeto de la dignidad humana, como eje trazador del Manual de Acreditación en Salud (Resolución 123 de 2013)	Establecer los mecanismos para garantizar el cumplimiento en la realización del despliegue de la política y su cabal aplicación al proceso de atención, en el se respeten aspectos como: usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación). Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación. Confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares Tomar correctivos frente a las desviaciones encontradas	Modelo de atención, Política de calidad.	3	3	3	27	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2,6
<p>Estándar 33. Código: (AsPL12) La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente</p>	se cuenta con la guías de atención en las que se incluye el manejo y asesoría farmacológica	Definir una política de uso racional de medicamentos y en especial de antibióticos. Fortalecer la farmacovigilancia Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos. Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.	Documento con la Política de Seguridad del Paciente.	5	3	1	15	2	4	4	3	3	3	3	2	2	3	2	2,9
<p>Estándar 34. Código: (AsPL13) La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</p>	El proceso de atención está basado en la mejor evidencia plasmada en las guías y la investigación diagnóstica hace parte de las actividades profesionales permanentes del equipo de salud	Definir y aplicar reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas, identificadas, almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados. garantizar la seguridad en la atención, que los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable y fecha de resultados.	Guías clínicas y manuales.	5	3	5	75	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0

Estándar 35. Código: (AsPL14) El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrahospitalario o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas , de acuerdo con la condición clínica del usuario.	El proceso de laboratorio clínico se encuentra estandarizado y la remisión de muestras se realiza cumpliendo con las normas técnicas	Actualizar al personal que transporta muestra en aspectos técnicos pertinentes. Estandarizar los tiempos y condiciones de traslado. Establecer planes de mejoramiento cuando sea pertinente.	Guías clínicas y manuales.	5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2,9
Estándar 36. Código: (AsPL15) La organización garantiza que en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos	El proceso de laboratorio clínico se encuentra estandarizado y la remisión de muestras se realiza cumpliendo con las normas técnicas	Actualizar la estandarización del proceso de laboratorio clínico. Estandarizar el proceso de solicitud de pruebas de laboratorio y Rayos X, llevando registro de las que no cumplan con lo criterios establecidos. Establecer mecanismos para garantizar la correspondencia entre las muestras o los resultados con la identidad del usuario. Realizar gestión de riesgos y eventos adversos en imagenología y laboratorio, así como la gestión de los eventos adversos. Realizar seguimiento a los indicadores de calidad en los procesos de ayudas diagnósticas.	Guías clínicas y manuales	5	1	1	5	2	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3,2
Estándar 37. Código: (AsPL16) La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.	El proceso de laboratorio clínico e imagenología se encuentran estandarizados.	Definir e implementar un mecanismo para la garantía de la confidencialidad de los resultados y de la información relacionada con las ayudas diagnósticas. Implementar un Proceso de almacenamiento y conservación del reporte original, aun cuando los resultados escritos sean una transcripción o grabación y esta no sea realizada por quien efectuó el análisis de los exámenes. Realizar asesoría permanente a los profesionales que lo requieran para la correcta interpretación de los resultados.	Facturación en XENCO ADVANCED, entrega personal de los resultados de ayudas diagnósticas.	5	1	5	25	2	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2,8	
Estándar 38. Código: (AsPL17) El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.	Se cumple con los programas de calidad interno y externo de laboratorio	A partir de los resultados de los controles de calidad definir planes de intervención cuando sean requeridos.	El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo.	5	1	1	5	2	5	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3,6
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención al usuario . Los procesos son basados en guías o protocolos	Se cuenta con una Política de Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud.	Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo de antibióticos. Actualizar y socializar la guía para el aislamiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Documento con la Política de Seguridad del Paciente.	5	3	5	75	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,8	
EJECUCION DEL TRATAMIENTO																			
Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. Se promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. Garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.	Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3,0
Estándar 41. Código: (AsEJ2) El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento	El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente sobre el proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma. El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, resultados de los exámenes o los procedimientos diagnósticos	Establecer mecanismos de verificación para evaluar el cumplimiento de la debida información al usuario. En a inducción y reinducción hace énfasis en la información que s se debe brindar al usuario y su familia.	Historia clínica. Guías de atención.	5	3	1	15	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3,1
Estándar 42. Código: (AsEJ3) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible .	Se cuenta con guías de atención por servicios se realiza seguimiento a los indicadores de calidad y se toman correctivos cuando así sea requerido	Establecer un sistema periódico de evaluación interna sistemática de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica. Manejo de los eventos adversos	Guías de atención.	5	3	3	45	2	4	3	3	4	3	3	2	3	2	2	3,0

Estándar 43. Código: (AsEJ4) La organización tiene estandarizado un proceso específico para la identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas).	Estandarización de los procesos de atención y guías basadas en evidencia científica	Estandarizar un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes. Establecer y capacitar en la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, incluyendo la seguridad y conservación de pruebas legales. Capacitar a los funcionarios para que estén en capacidad de detectar los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar.	Guías basadas en evidencia científica, protocolo de atención a víctimas de abuso sexual y maltrato familiar.	5	1	5	25	2	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3,0
Estándar 44. Código: (AsEJ5) La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.	NO EXISTEN	Establecer mecanismos para garantizar que durante la ejecución del tratamiento se le informe al usuario que tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Establecer mecanismos para que durante el tratamiento incluya estrategias de humanización de la atención.	NO EXISTEN	3	1	1	3	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2,4
Estándar 45. Código: (AsEJ6) La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.	Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente	Establecer sistema de evaluación de la forma en que se imparte educación a los usuarios (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario) y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales usuarios. Definir los parámetros que serán utilizados para definir las necesidades de educación en salud e incluirlas en el contenido de las guías de atención.	Manual de P y P. Informe de actividades.	3	3	3	27	2	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3
EVALUACION DE LA ATENCION																			
Estándar 46. Código: (AsEV1) La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.	Recurso Humano preparado en la atención de los servicios de salud, los cuales son consignados en la H.C. del paciente para hacer seguimiento a la evolución de la condición clínica del paciente.	Fortalecer el proceso de seguimiento a las condiciones de los pacientes atendidos en el hospital.	Historia Clínica correctamente diligenciada	5	3	3	45	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2,6
Estándar 47. Código: (AsEV2) La organización tiene un proceso estandarizado que monitorea sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.	Se realiza de una manera sistemática la gestión de las sugerencias, queja y reclamos de los usuarios. Se encuentra reglamentado y opera el comité de ética hospitalaria	Estandarizar un proceso que garantice el monitoreo sistemático y periódico de los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos. Definir un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso.	Documento Manual del SIAU, buzón de sugerencias, página WEB, Funcionaria de atención al usuario, encuestas de satisfacción.	3	3	3	27	2	4	4	4	4	3	4	3	4	3	2	3,5
Estándar 48. Código: (AsEV3) La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	NO EXISTEN	Estandarizar el proceso de consultadores crónicos, que incluya una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, e incluya procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación. Garantizar que el personal asistencial conozca la definición y el proceso de consultadores crónicos. Establecer mecanismos para verificar que el personal que interviene en el proceso lo aplica, acorde con lo definido por la organización.	NO EXISTEN No se si existe al momento, de no ser así, espero sea implementado de carácter urgente.	1	1	3	3	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
Estándar 49. Código: (AsEV4) La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral	Se cuenta con proceso estandarizado y se realiza seguimiento mediante indicadores de calidad	Garantizar que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de odontología. Establecer mecanismos de auditoría para medir la adherencia al plan de tratamiento y ampliar los indicadores más allá de los obligatorios.	Proceso estandarizado	5	3	3	45	2	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2,7
SALIDA Y SEGUIMIENTO																			

Estándar 50. Código: (AsSAL1) La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes , que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento.	NO EXISTEN	Estandarizar el proceso para el egreso de los pacientes, que garantice al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento. Definir las Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Establecer estándares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Establecer un Plan de cuidado escrito que incluye la explicación acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación y signos y síntomas de alerta temprana de posibles complicaciones, si aplica.	NO EXISTEN	3	3	3	27	2	4	4	3	3	2	3	3	2	2	2	2,8
Estándar 51. Código: (AsSAL2) La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.	Como entidad estatal, la ESE realiza actividades de planeación concertada con entes territoriales. Entidades administradoras de planes de beneficios y partes interesadas. El portafolio de servicios es coherente con esta planeación	Fortalecer las relaciones con las ligas de usuarios y espacios de participación comunitaria en los que se da la oportunidad de coordinar las actividades de planeación	Plan de Desarrollo, Plan Operativo, Programa de APSr	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2,7
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.																			
Estándar 52. Código: (AsREF1) En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones , se deberán garantizar la aplicación de varios criterios de calidad.	Se aplican procedimientos para la referencia de pacientes estandarizados y formalizados. SE TIENE SOCIALIZADO LA MANERA DE HACERLO, PERO NO SE TIENE ESTANDARIZADO EL SITIO DONDE SE PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACION EN CASO DE QUE SE REQUIERA	Actualizar, socializar y hacer seguimiento a la aplicación de las guías, con criterios explícitos de qué tipo de casos se remite, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten. Brindar información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al usuario. Garantizar que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente. Evaluar la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites.	Guías de atención y manual de referencia y contra referencia	5	5	5	125	2	4	4	4	4	3	3	3	2	3	2	3,2
Estándar 53. Código: (AsREF2) Para remisiones a servicios específicos , según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales:	Se aplican procedimientos para la referencia de pacientes estandarizados y formalizados	Definir las reglas que condicionen cómo y qué información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes. Definir los mecanismos para instruir al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes, la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita. Definir en qué casos los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente, informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega. Definir y aplicar mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollan medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos. Evaluar la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas. Definir los mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Establecer procesos y criterios explícitos, conocidos por el personal de la organización, para remitir los pacientes a programas especiales de promoción y prevención. Establecer mecanismos para informar al profesional o institución que nos remite pacientes, sobre su manejo y evolución.	Guías de atención y manual de referencia y contra referencia	5	3	3	45	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 54. Código: (AsREF3) En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán organizar los siguientes procesos: (Varios criterios de calidad)	Los procedimientos de Laboratorio se realizan conforme a lo establecido en las guías de atención de laboratorio	Actualizar los protocolos y definir criterios explícitos para los casos que se remiten muestras de laboratorio: motivos de referencia, fechas, lugares, información del usuario, cuándo y dónde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respaldados por la existencia de la documentación necesaria que respalde este proceso. Brindar información clara y completa al usuario o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio al que se refiere las muestras. Actualizar el protocolo de mantenimiento y conservación de las muestras previas al envío.	Guías de atención de laboratorio	3	5	3	45	2	4	4	3	4	3	4	3	3	2	2	3,2

Estándar 55. Código: (ASREF4) En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.	El hospital realiza las gestiones para realizar acompañamiento a los pacientes en lo referente de la información que requiere al momento de la salida del servicio	Establecer un mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario en imagenología, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.	Derechos y deberes de los pacientes, carteleras, voz a voz.	3	3	3	27	2	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2,8
Estándar 56. Código: (ASREF5) En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.	Proceso realizado acorde al manual de referencia y contrarreferencia del hospital	Desplegar el manual de referencia y contrarreferencia del hospital al mayor numero de empleados asistencial.	Manual de referencia y contrarreferencia	5	3	1	15	2	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2,8
Estándar 57. Código: (ASREF6) La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.	NO EXISTEN	Establecer estándares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Garantizar la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos.	NO EXISTEN	3	3	3	27	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2,5
SEDES INTEGRADAS EN RED.																			
Estándar 58. Código: (ASIR1) Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL																		
Estándar 59. Código: (ASIR2) Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL																		
Estándar 60. Código: (ASIR3) Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL																		
Estándar 61. Código: (ASIR4) La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL																		

<p>Estándar 62. Código: (AsSIR5) Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.</p>	<p style="text-align: center;">NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL</p>	
<p>Estándar 63. Código: (AsSIR6) El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.</p>	<p style="text-align: center;">NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL</p>	
<p>Estándar 64. Código: (AsSIR7) Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.</p>	<p style="text-align: center;">NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL</p>	
<p>Estándar 65. Código: (AsSIR8) Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico (manej).</p>	<p style="text-align: center;">NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL</p>	
<p>Estándar 66. Código: (AsSIR9) Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluidos los acrónimos a ser usados tanto en la parte médica como en la administrativa. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo.</p>	<p style="text-align: center;">NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL</p>	
<p>Estándar 67. Código: (AsSIR10) Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.</p>	<p style="text-align: center;">NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL</p>	
<p>Estándar 68. Código: (AsSIR11) La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.</p>	<p style="text-align: center;">NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL</p>	

<p>Estándar 77. Código: (DIR3) La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.</p>	<p>La gerencia del hospital socializa los Programas de Desarrollo, Planes Operativos y el Plan de Gestión de la Gerencia</p>	<p>Definir y establecer el mecanismo para que los Líderes de los procesos se involucren y se responsabilizan del despliegue y seguimiento al direccionamiento estratégico, incluye la asignación del tiempo, la capacitación y la evaluación. Garantizar el despliegue del plan de desarrollo a cada uno de los responsables de los procesos, fortaleciendo la capacitación y las reuniones por áreas. Establecer un mecanismo de difusión de la plataforma estratégica a los clientes externos.</p>	<p>Documentos con los procesos anteriores, actas de comités y otros.</p>	3	1	1	3	2	5	5	4	4	4	4	3	4	3	3	3,9
<p>Estándar 78. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrollo y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>	<p>La institución ha formulado como una de los focos estratégico la garantía de la calidad, que busca satisfacer las expectativas de los usuarios mediante el cumplimiento de cada uno de los cuatro componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad, con énfasis en el componente de seguridad en la atención.</p>	<p>Garantizar el despliegue de los programas de mejoramiento y seguridad en la atención a cada una de las áreas operativas, insistiendo en la humanización del servicio, el uso adecuado y pertinente de los recursos en general y de la tecnología en particular, buscando crear una cultura del servicio.</p>	<p>Formulación del plan de desarrollo. Programa de garantía de la calidad. Evaluación de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad, Pamec, habitación, información para la calidad y acreditación.</p>	3	3	1	9	2	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3,9
<p>Estándar 79. Código: (DIR.5) La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>	<p>La gerencia promueve desde la planeación estratégica y la definición de políticas el respeto por la dignidad humana y el buen trato.</p>	<p>Verificar el grado en que se cumple con la política del buen trato y respeto a los derechos de los usuarios y tomar correctivos frente a desviaciones detectadas</p>	<p>Código de ética, buen gobierno, derechos de los usuarios, estándares de habitación, políticas para el manejo de las instalaciones.</p>	3	5	3	45	2	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3,8
<p>Estándar 80. Código: (DIR.6) La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.</p>	<p>En el proceso de planeación y formulación estratégica se validan la misión y la visión, las cuales son coherentes con los objetivos institucionales y los problemas que debe resolver la institución, se tiene definidas y se aplican las políticas de calidad, de prestación de servicios y se tiene definido el modelo de atención en salud.</p>	<p>Actualizar la política de calidad y el modelo de atención socializarlo y verificar la adherencia de los funcionarios a estos.</p>	<p>Plataforma estratégica. Modelo de atención</p>	3	3	5	45	2	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3,4
<p>Estándar 81. Código: (DIR7) Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.</p>	<p>La institución tiene definida la metodología y aplica para hacer seguimiento al cumplimiento del plan de acción del plan de desarrollo, la viabilidad financiera se garantiza mediante la elaboración del presupuesto de ingresos y gastos para cada vigencia.</p>	<p>formular los planes de acción por áreas y garantizar su monitoreo</p>	<p>Plan de desarrollo, informes de evaluación y seguimiento. Presupuesto para cada vigencia</p>	5	1	3	15	3	5	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3,9
<p>Estándar 82. Código: (DIR8) Se han estandarizado y ejecutado las auditorías internas de calidad a los procesos asistenciales prioritarios, las cuales incluyen la verificación del cumplimiento de los requisitos de cada proceso en lo relacionado con la planeación (Estandarización y documentación), el seguimiento por medio de indicadores, la gestión de los riesgos y la gestión de los eventos adversos. Adicionalmente se implementó el sistema de información para la calidad y se realiza evaluación a los indicadores de reporte obligatorio a la Supersalud. Se realiza auditoría de calidad a la atención médica mediante la revisión y valoración de la historia clínica y se generan indicadores, los cuales son evaluados para generar los respectivos planes de mejora. Se realiza evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios, en forma general y por servicios, se generan indicadores y planes de mejoramiento. Se viene desarrollando e implementando el modelo estándar de control interno, el cual incluye la evaluación integral de la gestión y</p>	<p>Se han estandarizado y ejecutado las auditorías internas de calidad a los procesos asistenciales prioritarios, las cuales incluyen la verificación del cumplimiento de los requisitos de cada proceso en lo relacionado con la planeación (Estandarización y documentación), el seguimiento por medio de indicadores, la gestión de los riesgos y la gestión de los eventos adversos. Adicionalmente se implementó el sistema de información para la calidad y se realiza evaluación a los indicadores de reporte obligatorio a la Supersalud. Se realiza auditoría de calidad a la atención médica mediante la revisión y valoración de la historia clínica y se generan indicadores, los cuales son evaluados para generar los respectivos planes de mejora. Se realiza evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios, en forma general y por servicios, se generan indicadores y planes de mejoramiento. Se viene desarrollando e implementando el modelo estándar de control interno, el cual incluye la evaluación integral de la gestión y</p>	<p>Garantizar el monitoreo a la implementación del Pamec y a la formulación y ejecución de los planes de mejoramiento.</p>	<p>Manual de formulación del Pamec, auditorías de calidad, planes de mejoramiento, evaluación de la ejecución, indicadores de calidad, planes de mejora, gestión de riesgos y eventos adversos, planes de mejora y auditorías a H.C.</p>	5	3	3	45	2	4	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3,4

Estándar 83. Código: (DIR9) La organización garantiza la orientación al personal , la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	La organización implementa procesos de socialización de las políticas institucionales a sus empleados	Formular la política en relación con la humanización del servicio, gestión del riesgo y gestión de la tecnología para formular y aplicar un plan de inducción y reinducción	Manual de capacitación, reuniones de personal, reuniones de comités y otros. Procesos de inducción y reinducción.	3	1	1	3	2	5	5	4	3	3	3	3	3	3	3,5	
Estándar 84. Código: (DIR10) Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.	El Gerente realiza actividades de asesoría y capacitación a la Junta Directiva	Formular y ejecutar un plan de capacitación y asesoría a la Junta Directiva, sobre funciones, políticas de atención, normatividad, con la participación de los líderes de las áreas.	Actas de Junta Directiva. Presentaciones de la Gerencia	3	1	3	9	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2,5	
NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL																			
Estándar 86. Código: (DIR12) Existen procesos para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio , alineados con el direccionamiento estratégico de la organización.	El hospital tiene convenios con varias instituciones educativas que permiten funcionar como escanero de practica a los estudiantes.	Mantener actualizados los convenios docente asistenciales	convenios firmados	3	1	1	27	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3,0	
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO																			
Estándar 87. Código: (DIRMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares se desarrollan teniendo en cuenta algunos criterios.	La organización alinea su plataforma estratégica realizando acciones de mejora permanentes que le apuntan al Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC)	Socializar aun mas con todo el personal del hospital, los procesos de mejoramiento continuo de la calidad (MCC)	Plan de Desarrollo, Plan Operativo Anual de Inversiones, Plan de Gestion de Gerencia y otros, Implementacion del PAMEC y demas sistemas de gestion de la calidad.	3	3	3	27	2	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3,5
PROMEDIO DE LA CALIFICACION DEL GRUPO DE ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO																		3,53	
ESTANDARES DE GERENCIA																			
Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.	Se ha definido dentro del proceso gerencial la estructura organizacional basada en unidades funcionales (servicios) que facilitan la identificación de los clientes y proveedores internos y externos. Además se tiene formulado el manual de calidad y una de sus características ha sido la elaboración del mapa de procesos que permite identificar tanto los clientes internos y externos institucionales. En la caracterización de cada proceso se ha incluido el desplegamiento de la calidad que identifica clientes internos y externos con sus expectativas.	Actualizar y documentar la estructura organizacional (Organigrama) socializar la caracterización de los procesos y caracterizar los de gerencia y apoyo logístico.	La estructura organizacional: organigrama básico y por unidades funcionales Mapa de procesos Kárdex de proveedores Base de datos de las EPS Y ARS Contratos de rotación de estudiantes Caracterización de los procesos con clientes identificados	3	1	3	9	2	4	4	3	4	3	3	3	4	3	2	3,3
Estándar 89. Código: (GER. 2) La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de Promoción de la salud y prevención de la Enfermedad.	Programas de P y p funcionando de acuerdo a la normatividad vigente	Socializar con mayor intensidad los programas de Prevencion y Promocion.	Documentos de los programs de promocion y prevencion.	5	3	1	15	2	4	4	3	3	3	2	3	3	2	3,0	
Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	la definición del portafolio de servicios se realiza de acuerdo al nivel de complejidad y servicios efectivamente contratados con la ERP.	Documentar el portafolio de servicios con el análisis estratégico, más allá de la mera enumeración de los servicios ofertados	Portafolio de servicios, declaración de habilitación por servicios.	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2,7	
Estándar 91. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico	Se ha iniciado la formulación de los planes de gestión de riesgos por procesos. NO SE CONOCE NI SE HA SOCIALIZADO ESTE CON EL PERSONAL	Formular en forma integral el plan de gestión de riesgos por procesos, que incluya el diagnostico estratégico, la descripción de los riesgos, su calificación y la priorización para definir planes de intervención	Actas de reuniones del grupo de calidad, taller de riesgos y mapas elaborados. Programa de seguridad del paciente.	5	5	5	125	2	4	4	3	3	3	4	3	3	2	3,2	

Estándar 92. Código: (GER.5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales	NO EXISTEN	Establecer un proceso de referenciación competitiva, adoptando parámetros que sirva de referentes para la gestión, especialmente la gestión clínica	Cuadro de mando de indicadores gerenciales.	1	3	3	9	2	4	3	4	3	3	4	3	4	3	2	3,3
Estándar 93. Código: (GER.6) Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantiza una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad.	Interacción con los empleados a través de grupos de trabajo conformados en comités, con la finalidad de monitorear los planes de trabajo realizados por cada grupo. Se tiene implementado el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, en el cual se tiene como plan de trabajo acompañar a las diferentes unidades funcionales en la estandarización de los diferentes procesos asistenciales. Conformación del Grupo Primario de Calidad como gestor del mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios ofrecidos por la E.S.E	Apoyar y desplegar la implementación del sistema integral de gestión por calidad, haciendo énfasis en el enfoque hacia la acreditación en salud. Fortalecer el programa de inducción y reinducción para lograr la adherencia de todos los funcionarios al modelo de gestión por calidad. Fortalecer el funcionamiento del Grupo primario de calidad y capacitar a sus integrantes. Implementar el modelo de calidad en los procesos de apoyo logístico y dirección	Documentación y conformación de los diferentes comités existentes en la institución: comité técnico, comité de Documentación del proceso de auditorías para el mejoramiento de la calidad PAMEC, presupuesto del hospital.	3	3	3	27	2	4	4	4	3	3	4	3	4	3	2	3,4
Estándar 94. Código: (GER.7) La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.	Se formula el plan de acción general como base para los planes operativos y se evalúa el logro de las metas propuestas.	Realizar la formulación de los planes de acción por áreas que den despliegue al plan de acción del plan de desarrollo	plan de desarrollo institucional y plan de acción para el cuatrienio	3	3	5	45	3	5	5	4	4	3	4	3	4	3	3	3,8
Estándar 95. Código: (GER.8) La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.	Se viene trabajando en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud - PAMEC y una de sus características ha sido la estandarización y evaluación de procesos, la cual se ha enfocado inicialmente en la documentación de los procesos asistenciales prioritarios (urgencias, hospitalización, laboratorio, servicio farmacéutico, odontología, consulta externa, referencia de pacientes, traslado asistencial, imagenología, admisiones y atención al usuario) permitiendo el desarrollo de objetivos y metas acordes a la misión y visión plasmada en la plataforma estratégica.	Capacitación y/o retroalimentación en la estandarización de procesos Estandarizar los procesos administrativos identificados en el mapa de procesos Mediante las reuniones de los diferentes comités socializar los procesos estandarizados	Documentación de los procesos prioritarios asistenciales Manual de calidad Mapa de procesos Plataforma estratégica Estructura organizacional Plan de desarrollo Auditorías internas de calidad	3	5	3	45	2	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3,5
Estándar 96. Código: (GER.9) La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.	la institución ha formulado los derechos y deberes de los usuarios y vela por su aplicación mediante la estandarización del proceso de atención al usuario.	Socializar aun mas con las partes interesadas las políticas publicas de buen gobierno y de etica.	Proceso documentado de información al usuario Estándar de procedimiento, tramite de quejas, reclamos y sugerencias. Código de ética Buzón de quejas y reclamos Actas de reuniones del comité de ética. Código de buen gobierno	3	5	1	15	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2,3
Estándar 97. Código: (GER.10) Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.	NO EXISTEN	Formular en forma explícita y documentada la política y los procedimientos para el manejo de situaciones conflictivas o de agresión, tanto de clientes internos como externos.	NO EXISTEN	5	1	5	25	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0
Estándar 98. Código: (GER.11) Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional.	Anualmente, desde la gerencia y con el acompañamiento del área financiera se proyectan los servicios que se han de proveer y el recurso necesario para hacerlo, teniendo como base la proyección de venta de servicios de acuerdo a la contratación de las vigenias anteriores, la población a atender y las variaciones proyectadas, esta planeación se sustenta en el Plan de Desarrollo institucional y el plan de acción para cada vigencia.	Documentar las acciones realizadas en el proceso de planeación organizacional Planear con elementos de validación teniendo en cuenta costo/beneficio: plan de necesidades de recurso humano, financieros y físicos.	Plan de desarrollo institucional Presupuesto anual Portafolio de servicios	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3,4

Estándar 99. Código: (GER.12) Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.	Se ha iniciado la formulación del plan de gestión de riesgos financieros y administrativos, enfocado a la protección de los recursos. Se realiza gestión del presupuesto, garantizando la disponibilidad previa de la disponibilidad. Se realiza monitoreo a los indicadores financieros y a los estados de resultados, se monitorea el comportamiento de la producción de servicios comparados con los gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes.	Documentar y poner en marcha mecanismos explícitos de protección de los recursos financieros y activos en general.	Pólizas de seguro Plan de gestión de riesgos Informes de ejecución presupuestal.	5	3	5	75	2	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3,5
Estándar 100. Código: (GER.13) Cuando la organización decide delegar a un tercero la prestación de algún servicio debe garantizar el cumplimiento de algunos criterios de calidad (Servicio de Alimentación)	No existen.	Realizar procesos de auditoría a los contratistas.	No existen.	3	3	1	9	1	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2,7
Estándar 101. Código: (GER.14) La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docente-servicio, prácticas formativas y la investigación.	Se tienen suscritos los convenios docente asistenciales	Desarrollar adecuadamente el componente de docencia servicio, definir roles y cumplimiento de la normatividad.	convenios firmados	5	1	5	25	2	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2,9
ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO																				
Estándar 102. Código: (GERMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares se desarrollan teniendo en cuenta algunos criterios de mejoramiento.	El hospital realiza las gestiones necesarias para implementar las oportunidades de mejora mediante la aplicación de procesos de auditorías internas de calidad	Socializar los planes de mejora con todo el personal de la institución.	Documento PAMEC, planes de mejora, evolución de los Planes de Desarrollo y otros.	3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	4	2	3	3	3	2	3,1
PROMEDIO DE LA CALIFICACION DEL GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA																				3,07
ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO																				
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.	Plan de capacitaciones anual desarrollado por el comité de educación teniendo en cuenta las necesidades del personal. Hay consistencia de los procesos de identificación y respuesta a necesidades de los clientes internos con la misión y la visión institucional. Proceso de vinculación, inducción y reincorporación documentado. Se realizan evaluaciones de desempeño al personal en carrera administrativa cada 6 meses según lo estipulado por la ley. En la E.S.E existe el comité de bienestar social, el cual es operativo, hay consistencia de los procesos de identificación y respuesta a necesidades de los clientes internos con la misión y la visión institucional expresados en el plan de desarrollo. Se realizan evaluaciones de desempeño al personal en carrera administrativa cada 6 meses según lo estipulado por la ley, en la ESE existe el comité de bienestar social el cual es operativo, tiene definido su reglamento	Socializar el proceso de selección de personal a todos los funcionarios. Realizar para todo el personal de Hospital evaluación de desempeño de cada empleado. Implementar para todo el personal estímulos e incentivos laborales. Elaborar Proceso de vinculación, inducción y reincorporación documentado INCLUIR EN EL TALENTO HUMANO ENCUESTAS Y/O HERRAMIENTAS QUE PUEDAN MEDIR LA SATISFACCION Y/O EL CLIMA ORGANIZACIONAL Y TENER EN CUENTA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA.	Existe el plan de capacitaciones que se realiza anualmente, además documentos fijados en cartelera, actas de reuniones de socialización de capacitaciones y los certificados de asistencia debidamente organizados en su respectiva hoja de vida. existe el proceso de vinculación, inducción y reincorporación documentado. la empresa tiene definidas y documentadas la misión, visión y procesos institucionales creados con la participación del personal y enmarcados en el plan de desarrollo. Proceso de selección	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2,8
Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano.	En la ESE existe una planta de cargos, la cual es diseñada de acuerdo a la demanda, se tiene en cuenta la contratación de la vigencia anterior y las proyecciones futuras.	Verificar que el formato existente (Inducción y reincorporación) cumplan con las normas legales.	Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, donde está la evidencia de su competencia para asumir el cargo. Mapa de procesos la gestión de talento humano.	3	1	3	9	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,2
Estándar 105. Código: (TH3) La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención	En la ESE existe un cuadro de turnos el cual se realiza de acuerdo a la demanda; además se distribuye de acuerdo al personal. Las actividades del personal asistencial se fijan responsabilidades.	El hospital debe garantizar el suficiente recurso humano en la prestación del servicio de salud, el cual debe contar con las competencias personales, laborales y profesionales requeridas.	Manual de funciones, requisitos y competencias. Hojas de vida de todos los empleados, se verifica la veracidad de la información allí proporcionada. Se tiene definido en el mapa de procesos la gestión de talento humano.	3	1	3	9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0

Estándar 106. Código: (TH4) Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias.	En la ESE esta formulado el manual de funciones y competencias laborales. Al momento de la vinculación el personal acredita los requisitos solicitados.	Implementar un proceso de verificación de la experiencia y validación del título y/o cargo que desempeña. Evaluar los conocimientos, habilidades y relaciones interpersonales del personal que se contrata. Realizar evaluaciones periódicas del personal INCLUIR PRUEBA QUE INCLUYA CALIDEZ HUMANA?? DISPOSICION PARA ATENDER USUARIOS(ENFERMOS). MONITORIO CONSTANTE DE LA CALIDAD EN LA ATENCION HUMANIZADA	Hojas de vida con todos sus requisitos, Certificados de los estudios y/o capacitaciones complementarias. Listado de requisitos previa vinculación	5	1	3	15	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 107. Código: (TH5) Existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización.	Se verifica las credenciales de los profesionales con las instituciones universitarias a las que pertenecen los empleados	Evaluar el proceso diseñado para la verificación de antecedentes, credenciales	Hojas de vida con todos sus requisitos, Certificados de los estudios y/o capacitaciones complementarias. Listado de requisitos previa vinculación	5	1	1	5	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3,2
Estándar 108. Código: (TH6) Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización	Existe un Plan de Capacitación para los empleados que obedece a las necesidades de las personas y a los cargos desempeñados.	Mejorar el proceso de construcción del Manual de Capacitación y su implementación.	Plan de Capacitación de personal del hospital, Acuerdos de gestión de subgerentes.	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Estándar 109. Código: (TH7) La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica.	En la ESE se trabaja periódicamente con la calificación de desempeño a los empleados inscritos a carrera administrativa, con sus objetivos y evidencias.	Realizar periodo de prueba a todos los empleados que ingresan al Hospital, Implementar un sistema mediante el cual el trabajador sea evaluado periódicamente con su oportuna retroalimentación. Se debe fortalecer el plan inducción y reintroducción. Se garantice un proceso de evaluación a todos los empleados NO SE CUMPLE LA EVALUACION Y REINDUCCION. ES NECESARIO APLICARLA URGENTEMENTE CON FUNCIONARIOS ESPECIALMENTE DE LA PARTE ASISTENCIAL. ESTO MEJORA LA ATENCION Y DISMINUYE COSTOS.	Calificación de evaluación de desempeño, en las hojas de vida de cada empleado.	5	1	3	15	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2,9
Estándar 110. Código: (TH8) La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores.	Personal vinculado formalmente y con manual de funciones y competencias laborales.	Realizar inducción y reintroducción a todos los empleados. Evaluar a los empleados sobre la inducción o reintroducción recibida. NO SE REALIZA LA EVALUACION.	Manual de funciones y competencias laborales.	5	1	3	15	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2,9
Estándar 111. Código: (TH9) La organización promueve desarrollo y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.	NO HAY	Implementar en la Institución un proceso de comunicación. NO SE HA ESTABLECIDO UN PROCESO DE COMUNICACIÓN, POR LO QUE ESTA NO LLEGA DE MANERA OPORTUNA A LOS SERVICIOS LO QUE AFECTA DE ALGUNA MANERA LA ADECUADA CONTINUA Y OPORTUNA ATENCION A LSO USUARIOS, EN OTRAS OCASIONES AFECTA LA PARTE FINANCIERA DE LA EMPRESA AL FACTURAR POR DECIRLO ASI, ALGUNOS SERVICION NO CONTRATADOS.		3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,7
Estándar 112. Código: (TH10) En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.	Existe en el hospital la cultura de mejoramiento del recurso humano mediante capacitaciones y la dotación de los elementos de trabajo acordes a las necesidades del empleado.	Hacer explícita y documentada una estrategia gerencial que le apunte a la transformación de la cultura organizacional. Fortalecer el trabajo en todos los estándares de talento humano.	Plan de Capacitación de personal del hospital.	3	1	3	9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2,8
Estándar 113. Código: (TH11) La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.	Existe el reglamento de seguridad e higiene ocupacional aprobada por la oficina de trabajo, copaso activo, visitas de asesoría de la ARP, capacitaciones en bioseguridad, divulgación en cartelera. Existe un comité de bienestar social.	Activar el comité de salud ocupacional. Optimizar las acciones que realiza el comité de bienestar social si corresponden a las necesidades.	Reglamento de seguridad e higiene ocupacional, visitas de auditoría a las áreas, actas de copaso, actas de capacitaciones. Plan de bienestar y estímulos.	3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3,1
Estándar 114. Código: (TH12) La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional.	Participación de la ARL con capacitaciones sobre el clima organizacional	Elaborar un programa de incentivos para los empleados	Reuniones de los diferentes comités y de personal, buzón de sugerencias, Actas de las reuniones de personal de las diferentes capacitaciones de la ARL	3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,0
Estándar 115. Código: (TH13) Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.	NO EXISTEN	Implementar mecanismos de las relaciones docencia-servicio e investigación		5	1	3	15	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2,3

Estándar 131. Código: (GT2) La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.	La empresa cuenta con un comité de compras, donde se lleva a cabo el proceso de análisis para la introducción de nueva tecnología de acuerdo a los parámetros de costo efectividad y costo beneficio. Evidencia de la seguridad, etc. Cada coordinador de área solicita por escrito las necesidades en adquisición de nuevos equipos a su jefe inmediato, dichas solicitudes son analizadas en el comité de compras, donde se realiza una selección de solicitudes y se cotizan mínimo con tres proveedores los equipos, para su posterior compra y adecuada incorporación de la misma.	Establecer un proceso claro para la evaluación de la tecnología que se pretenda incorporar a la institución, teniendo en cuenta los conceptos técnicos de las personas idóneas, considerando además aspectos como costo beneficio, retorno sobre la inversión y portafolio de servicios. Se deben valorar también las diferentes alternativas y justificar la escogencia de una en vez de otra.	Actas de comité de compras.	3	1	3	9	2	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3,2
Estándar 132. Código: (GT3) La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología.	La ESE cuenta con un proceso que garantiza minimizar los riesgos asociados con la adquisición y uso de las tecnologías mediante capacitación y inducción y capacitaciones en el manejo de los equipos, aseguramiento inmediato, personal y registrar asistencia. Garantizar la disponibilidad de manuales en español y guías de manejo rápido previo a su adquisición, además del programa de mantenimiento preventivo y correctivo.	Documentar proceso que garantice minimizar los riesgos asociados con la adquisición y uso de las nuevas tecnologías, mediante capacitación previa a los profesionales que los utilizarán. Realizar inducción y capacitación en el manejo de equipos al personal y registrar asistencia. Garantizar la disponibilidad de manuales en español y guías rápidas de manejo	Manuales y hojas de vida de los equipos, pólizas y garantías. Plan de mantenimiento.	5	1	5	25	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 133. Código: (GT4) La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.	NO EXISTEN	Formular la política de gestión de tecnología en las fases de puesta en funcionamiento, monitorización y control	No existen.	5	1	5	25	2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3,2
Estándar 134. Código: (GT5) La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado	La institución formula el plan de mantenimiento hospitalario que incluye equipos y metrología, se cuenta con la contratación con empresas idóneas y se monitorea el cumplimiento de los planes.	Realizar la evaluación del cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento	Contratos de mantenimiento y metrología, cronograma de actividades y actas de interventoría a los contratos	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3,2
Estándar 135. Código: (GT6) La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología	NO EXISTEN	Formular e implementar un política para la renovación de la tecnología que incluya aspectos como tiempo de vida útil, costos de mantenimiento, momento de declarar obsolescencia y ventajas de las nuevas adquisiciones o renovaciones	NO EXISTEN	3	1	3	9	2	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,1
Estándar 136. Código: (GT7) En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL																		
Estándar 137. Código: (GT8) La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.	NO APLICA A NUESTRO HOSPITAL																		
Estándar 138 Código: (GT9) La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, rehabilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico	La tecnología disponible en la institución es de primer nivel y se encuentra debidamente validada en las guías de atención de cada uno de los servicios en que opera	Actualizar las guías obsoletas y elaborar las que no existen.	Guías de atención por servicios	5	1	3	15	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3,0
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO																			

Estándar 139. Código: (GTMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se realizan teniendo en cuenta algunos criterios.	El hospital esta a la vanguardia en la adquisición de la tecnología y equipos biomédicos para la prestación eficiente de los servicios de salud	Mejorar todas las areas asistenciales con los equipos requeridos para prestar un mejor servicio.	Comité de compras, adquisición de equipos, hojas de vida de equipos.	3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3,1
---	---	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----

PROMEDIO DE LA CALIFICACION DEL GRUPO DE ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA

3,14

ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION.

Estándar 140. Código: (G1) Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias , los colaboradores, y todos los procesos de la organización.	NO HAY	Identificar y desarrollar procesos de información que respondan a las necesidades de los usuarios, evaluar su funcionamiento y hacer planes de mejoramiento eficaces para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios	NO HAY	3	3	3	27	2	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	3,1
Estándar 141. Código: (G2) Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información.	La organización cuenta con un proceso operativo de gestión documental donde reposa parte de la información institucional	adecuar y desarrollar el sistema de información y comunicación en la empresa, documentarlo y evaluar su aplicación. Actualizar los recursos tecnológicos que permitan un adecuado almacenamiento de la información.	Archivo clínico, de gestión e histórico, inventario, hojas de vida de equipos, tablas de retención documental.	5	5	3	75	2	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	3,2
Estándar 142. Código: (G3) Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo .	La organización le hace seguimiento y análisis a algunos indicadores, y a partir de ahí se plantean correctivos.	Detectar y medir las variaciones inesperadas que surjan de los procesos y generar acciones que permitan el mejoramiento de éstos. Diseñar indicadores de cada proceso que permitan la medición de las variaciones y facilite la toma de decisiones.	Actas del comité, fichas técnicas de indicadores, auditorías internas de calidad	3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2
Estándar 143. Código: (G4) La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones	El hospital se encuentra a la vanguardia en la adquisición de nuevas tecnologías de las comunicaciones (TIC)	Adoptar un sistema de información, socializar su contenido, capacitar al personal para que su manejo sea adecuado ético y responsable.	Sistema XENCO, telemedicina, pagina WEB, líneas telefónicas, teléfonos celulares.	3	1	3	9	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3,2
Estándar 144. Código: (G5) Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información .	La institución cuenta con un archivo central dirigido y debidamente custodiado.	Desarrollar e implementar un proceso documentado que permita garantizar la seguridad y la confidencialidad de toda la información generada y recibida en la institución. Hacer buen uso de los equipos tecnológicos. Diseñar estrategias que permitan que los archivos de gestión, central y pasivo estén debidamente custodiados	Tablas de retención documental, copias de seguridad, seguros. LAS TABLAS DE RETENCION NO SE APLICAN EN LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA INSTITUCION, SOLO EN SECRETARIA.	5	3	3	45	2	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	3,1
Estándar 145. Código: (G6) Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información .	NO HAY	Implementar un sistema de transmisión de datos que sea confiable y seguro que permita acceder fácil y oportunamente a toda la información y que la información que se suministre sea veraz.		5	3	3	45	2	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	3,0
Estándar 146. Código: (G7) Existen procesos para la gestión y minería de los datos , que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada.	La organización cuenta con un software que permite el almacenamiento y búsqueda de datos.	Desarrollar e implementar procesos que faciliten obtener información rápida, confiable, oportuna, clara. Adecuar los recursos tecnológicos existentes en la organización para optimizar el acceso a la información.	Software Xenco.	5	3	3	45	2	4	4	4	4	3	2	2	2	2	3	
Estándar 147. Código: (G8) Existen un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa . La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	La entidad cuenta con un software que permite generar toda la información.	fortalecer y optimizar El software con todas las herramientas necesarias que permitan obtener una información clara y oportuna.	Software Xenco.	5	3	3	45	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3,1
Estándar 148. Código: (G9) La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos .	La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente	fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia.	Archivo clínico resoluciones 1715 de 2005 y 1996 de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5	75	2	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3,1	
Estándar 149. Código: (G10) Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier distorsión en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.	En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de información	Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mínimo impacto al ocurrir algún evento adverso.	Actas, manuales.	5	3	5	75	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8	

<p>Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización</p>	<p>Política de Seguridad del Paciente implementada, capacitaciones, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros</p>	<p>La ESE Debe desarrollar estrategias para la implementación de una política de calidad y garantizar su despliegue en toda la organización mediante una estructura funcional, implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura de la seguridad que incentiven el reporte voluntario de eventos, identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras que lleven a su mitigación, además planes o estrategias que permitan su monitorización de los eventos y evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior no todos los funcionarios están a la par con esta política, muchos la desconocen y quienes la conocen no la aplican</p>	<p>Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros</p>	5	5	5	125	3	5	5	4	5	4	4	4	3	3	3	4,0
<p>Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que define las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.</p>	<p>Proceso en plena implementación en e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE, PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL</p>	<p>Desplegar la política de seguridad de pacientes en la generación y la medición de la cultura de seguridad (incluir la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que define las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos y eventos adversos, investigación, análisis y la toma de decisiones que eviten los eventos adversos, prevenibles. Además La organización identificara si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.</p>	<p>Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros</p>	5	5	5	125	3	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3,9
<p>Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.</p>	<p>Proceso en plena implementación en e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE, DONDE SE EDUCAL AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE SOBRE LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN TENER DURANTE LA HOSPITALIZACION PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS, PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL</p>	<p>Implementar la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.</p>	<p>Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros</p>	5	5	5	125	2	5	5	4	4	4	4	4	4	3	2	3,9
ACCESO																			
<p>Estándar 13. Código: (AsAC6) La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p>	<p>La institución tiene definidos los indicadores de oportunidad para los servicios, realiza el seguimiento y formula los planes de mejora cuando se encuentran diferencias entre la calidad observada y la esperada</p>	<p>Establecer un mecanismo para socializar los indicadores y hacer partícipes a los responsables en el seguimiento y formulación de los planes de mejora</p>	<p>Reportes de indicadores obligatorios. Fichas técnicas. Planes de mejoramiento</p>	5	3	5	75	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,1
<p>Estándar 18. Código: (AsREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.</p>	<p>Se han elaborado guías de atención, pero estas se encuentran desactualizadas SE DEBEN REALIZAR RETROALIMENTACION CONTINJAS DE ESTAS GUIAS Y CENTRALIZAR LA INFORMACION DONDE TODO EL PERSONAL SEPAY ACCEDA A DICHA INFORMACION</p>	<p>Elaborar un inventario de las guías de atención que requiere la institución evaluar la vigencia y actualización de las guías Actualizar las obsoletas y elaborar las nuevas que sean requeridas Realizar la socialización de las guías realizar auditorías para verificar la adherencia a las guías formular acciones correctivas cuando no se estén cumpliendo</p>	<p>Guías disponibles en medio magnético y en medio físico</p>	5	5	5	125	3	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,9
<p>Estándar 25. Código: (AsPL4) En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.</p>	<p>Se cuenta con las guías de atención de odontología y estas se aplican en la práctica cotidiana.</p>	<p>Establecer mecanismos de auditoría para verificar la adherencia a las guías de atención de odontología</p>	<p>Guías de atención de odontología</p>	5	5	3	75	3	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,9
<p>Estándar 35. Código: (AsPL14) El laboratorio clínico cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.</p>	<p>El proceso de laboratorio clínico se encuentra estandarizado y la remisión de muestras se realiza cumpliendo con las normas técnicas</p>	<p>Actualizar al personal que transporta muestra en aspectos técnicos pertinentes. Estandarizar los tiempos y condiciones de traslado Establecer planes de mejoramiento cuando sea pertinente.</p>	<p>Guías clínicas y manuales.</p>	5	3	5	75	2	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4,1

Estándar 39. Código: (ASP18) La organización cuenta con procesos estandarizados que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos	Se cuenta con una Política de Seguridad del Paciente que apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación del servicio de salud.	Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo de antibióticos. Actualizar y socializar la guía para el aislamiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseó y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterilización, aseó, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Documento con la Política de Seguridad del Paciente.	5	3	5	75	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3,8
EJECUCION DEL TRATAMIENTO																			
Estándar 40. Código: (ASEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. Se promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. Garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.	Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3,8
Estándar 91. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico.	Se ha iniciado la formulación de los planes de gestión de riesgos por procesos. NO SE CONOCE NI SE ARTICULA SOCIALIZADO ESTE CON EL PERSONAL	Formular en forma integral el plan de gestión de riesgos por procesos, que incluya el diagnóstico estratégico, la descripción de los riesgos, su calificación y la priorización para definir planes de intervención	Actas de reuniones del grupo de calidad, taller de riesgos y mapas elaborados. Programa de seguridad del paciente.	5	5	5	125	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3,8
Estándar 99. Código: (GER.12) Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.	Se ha iniciado la formulación del plan de gestión de riesgos financieros y administrativos, enfocado a la protección de los recursos. Se realiza gestión del presupuesto, garantizando la disposición previa de la disponibilidad. Se realiza monitoreo a los indicadores financieros y a los estados de resultados. se monitorea el comportamiento de la producción de servicios comparados con los gastos comprometidos. Se vela por la protección de los recursos mediante la adquisición de los seguros pertinentes.	Documentar y poner en marcha mecanismos explícitos de protección de los recursos financieros y activos en general.	Pólizas de seguro Plan de gestión de riesgos Informes de ejecución presupuestal.	5	3	5	75	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3,8
Estándar 148. Código: (G19) La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos.	La empresa cuenta con un proceso que garantiza que los datos de los usuarios son consignados y actualizados permanentemente	Fortalecer e implementar mecanismos que permitan que la información consignada en la historia clínica sea actualizada, consignada de manera clara, archivada en el orden establecido según la norma y que se garantice su custodia.	Archivo clínico resoluciones 1715 de 2005 y 1995 de 1999 emanadas por Ministerio de la Protección Social. Historia Clínica Digital.	5	3	5	75	2	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7	
Estándar 149. Código: (G10) Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier distorsión en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.	En la Institución existe un proceso estandarizado para el sistema de información que garantiza el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier distorsión en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.	Desarrollar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información y que cause el mínimo impacto al ocurrir algún evento adverso.	Actas, manuales.	5	3	5	75	1	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,7	

13 Estándares Seleccionados

S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, MUNICIPIO DE CONCORDIA - ANTIOQUIA.																				
AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA - ESTANDARES DE ACREDITACION																				
PRIORIZACION DE ESTANDARES DE ACREDITACION - Año 2019																				
ESTANDARES A EVALUAR	EVALUACION CUALITATIVA										EVALUACION CUANTITATIVA									TOTAL
	ANALISIS EVALUATIVO			MATRIZ DE PRIORIZACION				VALOR FINAL	ENFOQUE			IMPLEMENTACION Y DESPLIEGUE		RESULTADOS.						
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA (debilidades)	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS (Manuales, Guías, Protocolos y Otros)	RIESGO (1, 3, 5)	VOLUMEN (1, 3, 5)	COSTO (1, 3, 5)	TOTAL	CALIFICACION GLOBAL DEL ESTANDAR (Coloque la menor calificación obtenida en cada uno de los 10 criterios de evaluación)	Enfoque Sistemico	Enfoque Proactivo	Enfoque Evaluado y Mejorado	Despliegue en la institución	Apropiacion por el Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación		

											Tomado de la Resolución No. 2082 del 29 de Mayo de 2014										
Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización	Política de Seguridad del Paciente implementada, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	La ESE Debe desarrollar estrategias para la implementación de una política de calidad y garantizar su despliegue en toda la organización mediante una estructura funcional , implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura de la seguridad que incentive el reporte voluntario de eventos; identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras que lleven a su mitigación, además planes o estrategias que permitan su monitorización de los eventos y evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.no todos los funcionarios estan a la par con esta política, muchos la desconocen y quienes la conocen no la aplican	Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	5	5	5	125	3	5	5	4	5	4	4	4	3	3	3	4,0		
Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.	Proceso en plena implementación en e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE, PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL	Desplegar la política de seguridad de pacientes en la generación y la medición de la cultura de seguridad (incluir la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos y eventos adversos; investigación, análisis y la toma de decisiones que eviten los eventos adversos, prevenibles. Además La organización identificara si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.	Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	5	5	5	125	3	5	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3,9		
Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Proceso en plena implementación en e hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL, DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE, DONDE SE EDUCA AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE SOBRE LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN TENER DURANTE LA HOSPITALIZACION PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS, PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL	Implementar la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	5	5	5	125	2	5	5	4	4	4	4	4	3	2	3,9			
Estándar 10. Código: (AsREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos , con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.	Se han elaborado guías de atención, pero estas se encuentran desactualizadas. SE DEBEN REALIZAR RETROALIMENTACION CONTINUIAS DE ESTAS GUIAS Y CENTRALIZAR LA INFORMACION DONDE TODO EL PERSONAL SEPAY ACCEDA A DICHA INFORMACION	Elaborar un inventario de las guías de atención que requiere la institución evaluar la vigencia y actualización de las guías Actualizar las obsoletas y elaborar las nuevas que sean requeridas Realizar la socialización de las guías realizar auditorias para verificar la adherencia a las guías formular acciones correctivas cuando no se estén cumpliendo	Guías disponibles en medio magnético y en medio físico	5	5	5	125	3	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3,9			
Estándar 35. Código: (AsPL14) El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrahospitalario o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del paciente.	El proceso de laboratorio clínico se encuentra estandarizado y la remisión de muestras se realiza cumpliendo con las normas técnicas	Actualizar al personal que transporta muestra en aspectos técnicos pertinentes. Estandarizar los tiempos y condiciones de traslado Establecer planes de mejoramiento cuando sea pertinente.	Guías clínicas y manuales.	5	3	5	75	2	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4,1			
Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos de prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos	Se cuenta con una Política de Seguridad del Paciente que le permite a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación del servicio de salud.	Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo de antibióticos. Actualizar y socializar la guía para el aislamiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aso y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterilización, aso, lavandería hospitalaria y mantenimiento	Documento con la Política de Seguridad del Paciente.	5	3	5	75	2	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3,8			

Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. Se promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. Garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.	Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan	Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.	5	3	5	75	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,8
--	--	--	--	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----

3,9

7 Estándares Priorizados.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, MUNICIPIO DE CONCORDIA - ANTIOQUIA.																			
AUTOEVALUACION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA - ESTANDARES DE ACREDITACION																			
DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA - ESTANDARES DE ACREDITACION - Año 2018																			
ESTANDARES A EVALUAR	EVALUACION CUALITATIVA							EVALUACION CUANTITATIVA											TOTAL
	ANALISIS EVALUATIVO			MATRIZ DE PRIORIZACION				VALOR FINAL.	ENFOQUE			IMPLEMENTACION Y DESPLIEGUE		RESULTADOS.					
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA (debilidades)	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS (Manuales, Guías, Protocolos y Otros)	RIESGO (1, 3, 5)	VOLUMEN (1, 3, 5)	COSTO (1, 3, 5)	TOTAL	CALIFICACION GLOBAL DEL ESTANDAR (Coloque la menor calificación obtenida en cada uno de los 10 criterios de evaluación)	Enfoque Sistemico	Enfoque Proactivo	Enfoque Evaluado y Mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación por el Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización	Política de Seguridad del Paciente implementada, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	La ESE Debe desarrollar estrategias para la implementación de una política de calidad y garantizar su despliegue en toda la organización mediante una estructura funcional , implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura de la seguridad que incentive el reporte voluntario de eventos, identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras que lleven a su mitigación, además planes o estrategias que permitan su monitorización de los eventos y evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.no todos los funcionarios estan a la par con esta política, muchos la desconocen y quienes la conocen no la aplican	Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	5	5	5	125	3	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	4,2
Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.	Proceso en plena implementación en el hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL. DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE, PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL	Desplegar la política de seguridad de pacientes en la generación y la medición de la cultura de seguridad (incluir la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos y eventos adversos.la investigación, análisis y la toma de decisiones que eviten los eventos adversos, prevenibles, Además La organización identificara si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.	Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	5	5	5	125	3	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	4,0
Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que se sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Proceso en plena implementación en el hospital EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE HA MANEJADO DE MANERA SUPERFICIAL. DONDE SE DAN PAUTAS DE MANEJO EN FORMA DE SEGURA PARA EL PACIENTE, DONDE SE EDUCA AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE SOBRE LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN TENER DURANTE LA HOSPITALIZACION PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS, PERO SIN SOCIALIZACION DE LA POLITICA COMO TAL	Implementar la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Documentos de la Política de Seguridad del Paciente, capacitaciones, estrategias, manillas de identificación del paciente, rondas de seguridad y otros	5	5	5	125	2	5	5	5	4	4	4	4	4	3	2	4,0

<p>Estándar 18. Código: (AsREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.</p>	<p>Se han elaborado guías de atención, pero estas se encuentran desactualizadas. SE DEBE REALIZAR RETROALIMENTACION CONTINUA DE ESTAS GUIAS Y CENTRALIZAR LA INFORMACION DONDE TODO EL PERSONAL SEPAY ACCEDA A DICHA INFORMACION</p>	<p>Elaborar un inventario de las guías de atención que requiere la institución evaluar la vigencia y actualización de las guías Actualizar las dcoletas y elaborar las nuevas que sean requeridas Realizar la socialización de las guías realizar auditorías para verificar la adherencia a las guías formular acciones correctivas cuando no se estén cumpliendo</p>	<p>Guías disponibles en medio magnético y en medio físico</p>	5	5	5	125	3	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4,0
<p>Estándar 35. Código: (AsPL14) El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrahospitalario o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del paciente.</p>	<p>El proceso de laboratorio clínico se encuentra estandarizado y la remisión de muestras se realiza cumpliendo con las normas técnicas</p>	<p>Actualizar al personal que transporta muestra en aspectos técnicos pertinentes. Estandarizar los tiempos y condiciones de traslado Establecer planes de mejoramiento cuando sea pertinente.</p>	<p>Guías clínicas y manuales.</p>	5	3	5	75	2	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4,1
<p>Estándar 39. Código: (AsPL18) La organización cuenta con procesos estandarizados que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos</p>	<p>Se cuenta con una Política de Seguridad del Paciente que le apunta a evitar los riesgos y eventos adversos en la prestación de servicio de salud.</p>	<p>Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan reactivar el comité de infecciones hospitalarias y eventos adversos. Establecer una guía para el manejo de antibióticos. Actualizar y socializar la guía para el aislamiento hospitalario y las guías de Bioseguridad, aseo y desinfección. Establecer mecanismos de coordinación entre el comité de infecciones y los procesos de esterilización, aseo, lavandería hospitalaria y mantenimiento</p>	<p>Documento con la Política de Seguridad del Paciente.</p>	5	3	5	75	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3,8
<p>Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.</p>	<p>Se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica con suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. Se promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. Se garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.</p>	<p>Actualizar las guías de atención o elaborar las que no existan</p>	<p>Existencia de las Guías de atención, política de seguridad del paciente.</p>	5	3	5	75	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,8

4,0

7 Estándares Priorizados.

Año 2019

Nota: el valor de referencia de este indicador es 3,17 para el año 2019

Año 2018

