**FORMATO PLANES DE MEJORAMIENTO CON ÉNFASIS EN ACREDITACIÓN**
**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL DEL SARARE ESE**
**LÍDER PAMEC: CARLOS SANCHEZ - RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN : JESUS TORRES**
**FECHA DE ELABORACIÓN: ENERO 2021**
**AÑO DE IMPLEMENTACIÓN: 2021**

| ESTÁNDARES<br>Manual de Acreditacion V 3.1 | AUTOEVALUACIÓN<br>DIMENSIÓN ENFOQUE<br>SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD | PRO ACTIVIDAD | CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO | DIMENSIÓN IMPLEMENTACIÓN<br>DISEÑO, ENCUE ESTRUCTURA INSTITUCIÓN | DESPLIEGUE AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN | DIMENSIÓN RESULTADOS<br>PERTINENCIA | CONSISTENCIA | AVANCE DE LA MEDICIÓN | TENDENCIA | COMPARACIÓN | CALIFICACIÓN DEL ESTÁNDAR | FORTALEZAS | SOPORTE DE LAS FORTALEZAS | OPORTUNIDADES DE MEJORA | PRIORIZACIÓN<br>RIESGO 1,2,3,4-5 | COSTO 1-5 | VOLUMEN 1,3-5 | TOTAL | ACCIONES DE MEJORA | BARRERAS DE MEJORAMIENTO | PROCESO RESPONSABLE | INDICADOR DEL PLAN DE MEJORAMIENTO | MEDICIÓN INICIAL | MEDICIÓN ESPERADA | RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMB | OCTUBRE | NOVIEMBR | DICIEMBR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Estándar 1. Código: (AsDP1)**<br>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.<br>**Criterios:**<br>• Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).<br>• La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del sarare tiene documentado y publicado los derechos y deberes de los pacientes. | Deberes y derechos documentados y publicados | Contar con una declaración de derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la institucion, que aplica al proceso de atención al cliente. con un personal entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus directrices. | 4 | 5 | 4 | 80 | Formular la **Guia del Usuario hospitalario** | No detectada | SIAU | Guia aprobada y publicada | 0% | 1% | Lider de SIAU | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 2. Código: (AsDP2).**<br>La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza:<br><br>Criterios:<br>El respeto al derecho del usuario de participar o rehusarse a hacerlo.<br>• La información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos.<br>• Un comité que analice y avale los proyectos de investigación en los que participa la institución.<br>• El análisis de los eventos adversos derivados de los estudios de investigación.<br>• Las competencias técnicas del personal que hace parte del equipo de investigación.<br>• Los principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Garantizar principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas. | 4 | 4 | 5 | 80 | Crear el comité de investigación institucional que garantice el respeto de los derechos de los usuarios y los principios eticos en los procesos de investigación que se realice. | No detectada | Seguimiento institucional | Acto administrativo de conformacion de comité | 0% | 1 | Docencia y servicio | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 4. Código: (AsDP4)**<br>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 acreditación que apliquen a los servicios prestados.<br><br>**Criterios:**<br>• Si la organización presta servicios mediante la venta de servicios parciales como hotelería, salas de cirugía u otros, cuenta con mecanismos para asegurar que la atención extrainstitucional ambulatoria o intrainstitucional prestada por terceros se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o servicios prestados.<br>• Si la organización tiene responsabilidades en la atención de grupos poblacionales o contrata servicios con terceros, cuenta con mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del sara tiene documentado el proceso de induccion y reinduccion implementado por Gestion del TH<br>El hospital del sarare cuenta con un codigo de etica implementado desde el proceso de gestion de talento humano. | Formato de induccion | Asegurar 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 acreditación | 4 | 4 | 5 | 80 | Implementar en los procesos de induccion y reinduccion el codigo de etica e integridad. | No detectada | Gestion estrategica del talento humano | Formato de induccion actualizado | 0% | 1 | Subgerencia de TH | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 6. Código: (AsDP2)**<br>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.<br>Incluye:<br><br>**Criterios:**<br>• La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.<br>• La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.<br>• La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Definir mecanismos de medición de la cultura de seguridad | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar un sistema o mecanismo de riesgos, fallas y eventos adversos. | No detectada | Seguimiento institucional | Documento aprobado | 0 | 1 | Lider de seguridad | | | | | X | | | | | X | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular instrumentos de medicion del clima de seguridad. | No detectada | Seguimiento institucional | Instrumento formulado documentado | 0 | 1 | Lider de seguridad | | | | | X | | | | | X | |
| **Estándar 7. Código: (AsDP3)**<br>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.<br><br>**Criterios:**<br>Procesos institucionales seguros:<br>• Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.<br>• Política institucional de Seguridad del Paciente<br>• Promoción de la cultura de seguridad<br>• Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo<br>- Reporte | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital cuenta con el proceso de seguridad del paciente una política institucional de seguridad del paceinte implementado por el líder del proceso asignado. | Política de seguridad del paciente documentada<br>Líder asignado a proceso.<br>Herramientas de gestion. | 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. | 5 | 5 | 5 | 125 | Documentar el programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación de eventos adversos que incluya procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, practicas que mejore la actuacion de los profesionales y mecanismos que involucre los paciente y sus hallegados en su seguridad. | No detectada | Seguimiento institucional | Documento aprobado | 0 | 1 | Lider de seguridad | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 8. Código: (AsDP4)**<br>La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones<br><br>**Criterios:**<br>• El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.<br>• El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.<br>• Implementación de protocolos para la higiene de manos basados en la evidencia.<br>• Capacitación inicial y refuerzo periódico en los protocolos de higiene de manos a todo el personal de la institución y personal en formación.<br>• **Evaluaciones periódicas del cumplimiento de los protocolos de higiene de manos, mediante observación directa.**<br>• Información de los resultados alcanzados en la auditoría del cumplimiento del protocolo a todo el personal implicado. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El hospital del sarare cuenta con protolocos de lavado de manos aprobado por mecl y calidad el cual a sido desplegado y socializado con el cliente interno a travez de diferentes actividades institucionales, que permite que se de a conocer el lavado de manos. muestra de ello a sido la reduccion de los indicadores asociados a las infecciones. | Protocolos documentados | Implementar el plan de prevención y control de infecciones | 5 | 4 | 4 | 80 | Actualizar el plan de prevencion y control de infecciones del hospital del sarare donde se definan metas precisas que abarque todas las estrategias definidas para la prevención y mitigación de infecciones que puedan ser medidas en el tiempo. | No detectada | Seguimiento institucional | documento actualizado | 0% | 1 | Lider de seguridad | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 13. Código: (AsAC5)**<br>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; 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. | | | | | | | | | | | | No encontrada | N/A | Programar la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y respetando el tiempo de los usuarios, realizando la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; asimismo teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención | 5 | 4 | 4 | 80 | Implementar el turno quirurgico en el hospital del sarare | Resistencia al cambio | Gestion de atencion complementaria en salud | Documento aprobado | 0 | 1 | Auditoria medical/coordinacion medica | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 14. Código: (AsAC6)**<br>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. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Definir indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria | 5 | 4 | 4 | 80 | formular indicador de toma de muestras de laboratorio e imágenes | no encontrada | Gestion de atencion complementaria en salud | Informe semestral de seguimiento al indicador | 0% | 100% | Coordinacion medica | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 16. Código: (AsAC8)**<br>Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.<br><br>Criterios: | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarare cuenta con un sistema de atencion al usuario. (SIAU) | Proceso documentado | Estandarizar la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios a travez de medios que faciliten su accesibilidad. | 5 | 5 | 5 | 125 | Implementar un sistema de CALL CENTER | Recursos financiero | SIAU | Proceso documentado-Registro fotografico | 0 | 1 | SIAU-Direccion | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 17. Código: (AsREG1)**<br>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.<br><br>**Criterios:** | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Consolidar el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario,<br>mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. | 5 | 4 | 4 | 80 | Fromular la Guía de atencion al usuario hospitalizado | no encontrado | SIAU | Guia aprobada y publicada | 0% | 1 | Lider de SIAU/Gestion de las TICS | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 18. Código: (AsREG2)**<br><br>Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia.<br><br>Criterios:<br>La organización garantiza un proceso para proveer información al usuario y su familia en los siguientes aspectos:<br>• Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.<br>• Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación.<br>Medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación.<br>• La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.<br>• Derechos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.<br>• Ubicación en la habitación y en el entorno.<br>• Causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando.<br>• Medidas para involucrar al usuario y su familia en los procesos de seguridad de la atención: información, reporte de situaciones anormales, ejemplos de situaciones de riesgo, etc.<br>• Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.<br>• Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Garantizar la información a entregar en el momento de<br>ingreso al servicio del usuario<br>y su familia | 5 | 4 | 4 | 80 | Diseñar un protocolo general de entrega de informacion al usuario y a su familia al momento de ingresa al servicio. Que contenga: la identificacion del personal referente en caso de necesidades de atencion, horarios de visitas y restricciones, horarios de alimetacion, Medidas de seguridad, deteccion de alarmas, conductas ante una posible evacuacion, la secuencia de eventos eindicaciones acerca del manejo medico, Derechos y deberes, Servicioscubiertos y nocubiertos por el POS, direccionamiento en caso de no tener acceso a servicios POS, Ubicacion en la habitacion y del entorno, aclaracion de dudas e inquietudes, causas de retrasos y tiempo maximo que debe seguir esperando, Medidas de seguridad que involucre usuario y familia, (reporte de situaciones de riesgo). | no encontrado | SIAU | Documento aprobado | 0% | 1% | Lider de SIAU/Coordinacion de enfermeria | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 19. Código: (AsREG3)**<br>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. Estas guías o protocolos:<br><br>**Criterios:** | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | Se cuenta con recomendaciones para todos los pacientes sobre algunos procedimientos que se realizan en la institución se implementan a traves de folletos, verbalmente, escrito y en medio magnetico y se evalua a traves de la lista de chequeo pre- quirurgica. | Documentado | Definir guías y protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar las recomendaciones de los procedimientos faltantes. | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | Documento aprobado | 0% | 1% | Lider quirofano/imagenologia | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 20. Código: (AsEV1)**<br>La organización tiene definido, y estandarizado el proceso de identificación de necesidades de Salud de todos los pacientes atendidos y evalúa su cumplimiento. Incluye:<br><br>Criterios: | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Definir, y estandarizar el proceso de identificación de necesidades de Salud de todos los pacientes atendidos | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular un campo en la historia clinica para la evaluacion y identificación de necesidades de salud de cada paciente de acuerdo a las poblaciones especificas. | Recurso tecnologico | Gestion de las TICS | Evidencia de habilitacion de modulo en dinamica | 0 | 1 | Gestion de las TICS/Coordinacion de enfermeria | | | | | | x | | | | | x |
| **Estándar 21. Código: (AsEV2)**<br>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.<br><br>Criterios:<br>• Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Garantizar un equipo de salud en los servicios de internacion para los programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan<br>sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción<br>de la salud | 5 | 4 | 4 | 80 | Realizar 3 actividades de promocion y prevencion en la sede A. | recurso humano y financiero | Gestion de atencion primaria en salud | Informe ejecutivo | 0 | 1 | Coordinacion UNAP | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 22. Código: (AsEV3)**<br>La organización garantiza que está en capacidad de identifcar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.<br><br>**Criterios:**<br>• Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de | | | | | | | | | | | | | | | 4 | 4 | 5 | 80 | Incluir recurso humano (1) para el programa de seguridad del paciente | no encontrado | Seguimiento institucional | contrato | 0% | 1 | Gerencia | | | | x | | | | | x | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Actualizar el protocolo de aislamiento | no encontrado | Seguimiento institucional | protocolo actualizado | 0% | 1 | lider de seguridad del paciente | | | | | x | | | | x | | |

| ESTÁNDARES<br>Manual de Acreditacion V 3.1 | AUTOEVALUACIÓN<br>DIMENSIÓN ENFOQUE<br>SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD | PRO ACTIVIDAD | CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO | DIMENSIÓN IMPLEMENTACIÓN<br>DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN | DESPLIEGUE A LOS PROCESOS INTERNO Y/O EXTERNO | DIMENSIÓN RESULTADOS<br>PERTINENCIA | CONSISTENCIA | AVANCE DE LA MEDICIÓN | TENDENCIA | COMPARACIÓN | CALIFICACIÓN DEL ESTÁNDAR | FORTALEZAS | SOPORTE DE LAS FORTALEZAS | OPORTUNIDADES DE MEJORA | PRIORIZACIÓN<br>RIESGO 1-2-3-4-5 | COSTO 1-3-5 | VOLUMEN 1-3-5 | TOTAL | ACCIONES DE MEJORA | BARRERAS DE MEJORAMIENTO | PROCESO RESPONSABLE | INDICADOR DEL PLAN DE MEJORAMIENTO | MEDICIÓN INICIAL | MEDICIÓN ESPERADA | RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| • Este aislamiento debe mantenerse la dignidad del paciente y no puede ser cuestiona para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.<br>• La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo con la decisión adoptada.<br>• La organización prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones.<br>• La organización realiza monitoreo permanente de la adherencia a las técnicas especiales de aislamiento por parte de los colaboradores, difunde sus resultados y estimula el mejoramiento continuo.<br>• Existen técnicas e instrucciones para que familiares y visitantes cumplan con las técnicas de aislamiento.<br>• Todas las personas que tengan contacto directo con pacientes en condiciones de aislamiento deben recibir capacitación y /o entrenamiento para minimizar los riesgos a los usuarios; esto incluye equipo de salud, personal en | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El hospital del sarare cuenta con un protocolo de aislamiento formado por IAAS, socializado con los clientes internos. | Protocolo documentado | Garantizar que desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología. | 5 | 4 | 4 | 80 | realizar 1 evaluacion de adherencia al protocolo de aislamiento en el servicio de hospitalizacion | no encontrado | Seguimiento institucional | informe de seguimiento | 0% | 100% | líder de seguridad del paciente | | | | | x | | | | x | | |
| **Estándar 24. Código: (AsPL3)**<br>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. En cualquier tipo de organización, esta planeación incluye:<br>**Criterios:**<br>• Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado. Los protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarare planea la atencion, cuidado y tratamiento mediante la adopcion de 4 guias d, socializadas con el personal medico, muestra de ello es la adherencia del 90% del personal. | Resultados documentados | Definir 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 | 5 | 5 | 5 | 125 | Revisar, actualizar y resocializar las guias(2) de manejo de cada servicio | resistencia al cambio | Direccion | Guias actualizadas y actas de socializacion | 0% | 1% | subgerencia cientifica/coordinacion medica | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar los mecanismo que monitorizará la adherencia a la guía, | resistencia al cambio | Direccion | Documento aprobado | 0% | 1 | subgerencia cientifica/coordinacion medica | | | | | | x | | | | x | |
| **Estándar 25. Código: (AsPL3)**<br>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 | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del sarare tiene documentado una guia de educacion al usuario individual y colectiva | N/A | Definir mecanismo que involucren al usuario en el autocuidado de la salud oral. | 5 | 4 | 4 | 80 | Evaluar los mecanismos de evaluacion de adherencia al autocuidado que involucran al usuario como corresponsable de su cuidado oral. | no encontrado | Gestion de atencion primaria en salud | Informe de evaluacion de adherencia al usuario | 0% | 1 | Lider Odontologia | | | | | | x | | | | x | |
| **Estándar 28. Código: (AsPL6)**<br>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.<br><br>Criterios:<br>• En laboratorio clínico, 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.<br>• Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados.<br>• Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Implementar, prácticas de seguimiento a los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos | 5 | 4 | 4 | 80 | Socializar el estandar con el servicio de laboratorio | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | Acta de socializacion y formulacion de plan de mejora | 0 | 1 | Lider de calidad/laboratorio | | | | | | x | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | 4 | 100 | Formular mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | Procedimiento documentado y socializado | 0 | 1 | Lider de laboratorio | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 29. Código: (AsPL7)**<br>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.<br><br>**Criterios:**<br>• Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.<br>• Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno infantiles).<br>• Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno infantiles). | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Estandarizar los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos | 5 | 5 | 5 | 125 | Adoptar las guias de atención al parto de emergencia, Y cuidados del recien nacido | no encontrado | Direccion | acto de adopcion de guias | 0% | 1 | Coordinacion medica/lider de partos | | | | | | x | | | | | x |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar el protocolo de gestión al duelo. | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | Documento aprobado | 0% | 1 | Lider de humanizacion | | | | | x | | | | x | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Actualizar los consentimientos informados de (NO RCP; NO REMISIÓN, y finalización de NO TRATAMIENTO). | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | consentimientos actualizados | 0% | 1 | Coordinacion medica/enfermeria | | | | | | x | | | | x | |
| **Estándar 30. Código: (AsPL8)**<br>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. Los programas incluyen, cuando apliquen, mas no se restringen a:<br><br>Criterios:<br>• Salud sexual y reproductiva.<br>• Crecimiento y desarrollo.<br>• Programas nutricionales y alimentarios. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del sarare cuenta con unidad de atencion primaria que oferta servicios de PYP habilitados, implementado a traves de PIC extramural. Muestra de ello es el resultado de los servicios en los usuarios. | Unidad Habilitad con procesos documentados | | 4 | 5 | 4 | 80 | Implementar grupo hospitalario para las actividades de PYP durante la internación | recurso humano y financiero | Gestion de atencion primaria en salud | Inform de actividades realizadas en el area hospitalaria | 0% | 1% | Coodinacion UNAP | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 32. Código: (AsPL10)**<br>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 normadas.<br><br>**Criterios:**<br>Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, en el que se le explican el objetivo, los beneficios y los inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para<br>una atención médica acorde con su patología, aunque debe primar la autonomía del paciente.<br>• Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.<br>• El consentimiento informado debe incluir, como mínimo, los beneficios, los riesgos y las alternativas, de acuerdo con el procedimiento específico. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del sara cuenta con consentimiento informados por procedimiento realizados | Consentimiento informado documentados. | Definir el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado en el Hospital del Sarare. | 5 | 5 | 4 | 100 | Documentar el proceso de diligenciamiento de consentimiento informado (diligenciamiento en la rondas medicas) | no encontrado | Gestion Juridica | Documento aprobado | 0% | 1 | Lider jurídica/subgerencia cientifica/coordinacion medica | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | 4 | 100 | Socializar el Protocolo de responsabilidades y diligenciamiento de consentimiento informado con los especialistas | no encontrado | Gestion Juridica | N de especialista capacitados/total de especialista contratados*100 | 0% | 50 | Lider de Juridica | | | | | | x | | | x | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 4 | 5 | 4 | 80 | Formular 1 indicador de oportunidad en el diligenciamiento de consentimiento informado | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | Informe de seguimiento y reporte trimestral | 0% | 1% | Coordinacion medica | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 4 | 5 | 4 | 80 | Actualizacion de los consentimiento informados | no encontrado | Gestion Juridica | consentimientos actualizados | 0% | 1% | Coordinacion medica | | | | | x | | | | x | | |
| **Estándar 33. Código: (AsPL11)**<br>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:<br><br>**Criterios:**<br>• Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Implementar la política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar el protocolo de Dolor y cuidado paliativo | no encontrado | Seguimiento institucional | Documento aprobado | 0 | 1 | Lider Humanizacion | | | | | x | | | | x | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | 5 | 125 | Documentar el programa de Humanizacion (tener en cuenta los criterios de acreditacion) | no encontrado | Seguimiento institucional | Documento aprobado | 0% | 1% | Lider Humanizacion | | | | | | x | | | | x | |
| **Estándar 34. Código: (AsPL12)**<br>La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:<br><br>**Criterios:**<br>• Diseño del plan farmacológico de tratamiento.<br>• Aplicación de la política de uso racional de antibiótico.<br>• Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.<br>• Participación del servicio farmacéutico.<br>• Participación de infectología si la complejidad lo requiere.<br>• Reconciliación de medicamentos al ingreso.<br>• Farmacovigilancia.<br>• Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración.<br>• Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.<br>• Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio<br>no aplica para los servicios ambulatorios). Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial<br>cuidado en incorporar estos medicamentos en el plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.<br>• 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. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Grantizar que el plan de tratamiento contemplen las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar el programa de asesoría farmacologica y reconciliacion de medicamentos | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | Documento aprobado | 0% | 1 | Lider de Farmacia | | | | | | x | | | | | x |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Capacitar a líderes y coordinadores Misionales sobre el protocolo LASA (Señales de alarma y mecanismos para la separación de edicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración) | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | N de líderes y coordinadores capacitados/total de líderes | 0% | 75 | Lider de Farmacia | | | | | | x | | | | | x |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Definir mecanismo de revision y asignacion de responsables en la revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | Procedimiento documentado y socializado | 0% | 1 | Lider de Farmacia | | | | | | x | | | | | x |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Implementar la asesoria farmacologia en pacientes polimedicados, Anticoagulantes y de control. | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | formato de asesoría farmacologica | 0% | 1% | Lider de Farmacia | | | | | | x | | | | | x |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | 4 | 100 | Formular 1 indicador de rechazo de muestras de patología | no encontrado | Gestion de atencion complementaria en salud | Seguimiento semestral del indicador | 0% | 1% | Lider de cirugia | | | | | | x | | | | | x |
| **Estándar 38. Código: (AsPL16)**<br>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. Incluye:<br><br>**Criterios:**<br>• Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto.<br>• Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de los exámenes y los procedimientos solicitados, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuarlos por orden de prioridad.<br>• La entrega de todos los resultados de exámenes y procedimientos de manera escrita. En los casos excepcionales, cuando la entrega se haga telefónicamente al equipo de salud, se lleva un registro de quien dicta y quien recibe. En ningún caso, el resultado puede ser entregado de manera verbal al usuario.<br>• 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. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El hospital del sarare tiene documentado los mecanismo de reporte y entrega de resultados de examenes. | Proceso documentado | Consolidar un mecanismos de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clinico, patologia, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información. | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular 1 indicador de gestion de errores en la entrega de resultados que me permitan hacer seguimiento y evaluar. | No detectada | SIAU | N de indicadores formulados/proyectados *100 | 0 | 100 | Lider de SIAU | | | | | | x | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Implementar filtro o mecanismos para la identificación de errores en la entrega de resultados. | No detectada | SIAU | Procedimiento documentado | 0 | 1 | Lider de SIAU | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Incluir los laboratorios especializados (externos) a la historia clinica del paciente como accion integral del manejo del paciente | No detectada | Gestion de atencion complementaria en salud | Evidencia de ruta de ubicación de laboratorios externos en dinamica | 0 | 1 | Lider Laboratorio | | | | | x | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Realizar seguimiento a los laboratorio externos. | No detectada | Gestion de atencion complementaria en salud | Formato de seguimiento | 0 | 1 | Lider Laboratorio | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 41. Código: (AsEJ1)**<br>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.<br>**Criterios:**<br>• La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo;<br>La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida.<br>• Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas.<br>• La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento.<br>• Se realiza valoración nutricional.<br>• Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes.<br>• La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.<br>• Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Garantizar u n 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. | 5 | 4 | 4 | 80 | Medir la oportunidad de respuesta oportuna y efectiva de las interconsultas. | No detectada | Gestion de atencion complementaria en salud | Informe semestral | 0 | 75 | Coordinacion medica | | | | | | x | | | | x | |
| **Estándar 43. Código: (AsEJ3)**<br>El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor<br>evidencia disponible.<br>Criterios:<br>• La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna 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.<br>La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes (así como el manejo de sus eventos adversos) están sujetos a las guías<br>de práctica clínica y/o guías de realización de procedimientos diagnósticos, previamente definidos.<br>La auditoría para el mejoramiento de la calidad evalúa que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia, retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento.<br>• Se evalúan la disponibilidad, la facilidad de consulta, la actualización y el uso de las guías y la cobertura de las mismas.<br>• La atención al paciente se realiza en forma multidisciplinaria, lo cual es acorde con las guías de práctica clínica de la organización.<br>• La organización garantiza la prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias) en forma oportuna y efectiva.<br>• Se evalúa la adherencia al plan de cuidado y al tratamiento. | | | | | | | | | | | | El hospital del sarare realiza realiza auditorias de historias clínicas de infartos agudos al miocardio (IAM), Apendicitis y partos. | Informes documentados | Evaluar que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia,<br>retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento | 5 | 5 | 4 | 100 | Revisar y adoptar GPC de las primeras 5 causas de morbilidad | Recurso humano y financiero | Gestion de atencion complementaria en salud | Acto administrativo de adopcion de guías.<br>N de guias adoptados/proyectadas x100 | 1 | 50 | subgerencia cientifica/coordinacion medica | | | | | | x | | | | x | |
| **Estándar 47. Código: (AsEVA1)**<br>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 | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar Guia de auditoria de Historia clínica | No detectada | Gestion comercial y de servicio | Documento Aprobado | 0 | 1 | Auditoria medica/coordinacion medica | | | | | | x | | | | x | |

| ESTÁNDARES<br>Manual de Acreditacion V 3.1 | AUTOEVALUACIÓN<br>DIMENSIÓN ENFOQUE<br>SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD | PRO ACTIVIDAD | CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO | DIMENSIÓN IMPLEMENTACIÓN<br>DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN | DESPLIEGUE A LA COMUNIDAD INTERNO Y/O EXTERNO | DIMENSIÓN RESULTADOS<br>PERTINENCIA | CONSISTENCIA | AVANCE DE LA MEDICIÓN | TENDENCIA | COMPARACIÓN | CALIFICACIÓN DEL ESTÁNDAR | FORTALEZAS | SOPORTE DE LAS FORTALEZAS | OPORTUNIDADES DE MEJORA | PRIORIZACIÓN<br>RIESGO 1-2-3-4-5 | COSTO 1-3-5 | VOLUMEN 1-3-5 | TOTAL | ACCIONES DE MEJORA | BARRERAS DE MEJORAMIENTO | PROCESO RESPONSABLE | INDICADOR DEL PLAN DE MEJORAMIENTO | MEDICIÓN INICIAL | MEDICIÓN ESPERADA | RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| inegrar los procesos.<br>**Criterios:**<br>• La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas y/o registros asistenciales por parte de pares, para los casos de eventos adversos.<br>• Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas y/o registros asistenciales.<br>• La organización cuenta con un mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes agudos y para los inscritos en programas de enfermedades crónicas. Así mismo, cuenta con un sistema de evaluación de las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados.<br>• La organización evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional. | | | | | | | | | | | | No encontrada | N/A | Revisar el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clinica 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. | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular instrumentos de verificacion de Hisotria clinica | No detectada | Gestion comercial y de servicio | Instrumento aprobado | 0 | 1 | Auditoria medical/coordinacion medica | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 49. Código: (AsEVA3)**<br>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.<br>**Criterios:**<br>• La organización garantiza que el personal asistencial conoce la definición y el proceso referidos en el estándar.<br>• El personal que interviene en el proceso lo aplica, acorde con lo definido por la organización.<br>• La evaluación de la adecuación de la utilización del servicio se hace con base en criterios explícitos y priorizando la seguridad del paciente. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | definir lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, | 4 | 5 | 4 | 80 | Documentar lo que constituyen un mecanismos para los pacientes consultador cronico y donde se formule acciones de control y seguimiento. | No detectada | Gestion de atencion primaria en salud | Documento Aprobado | 0 | 1 | Coordinacion UNAP | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 50. Código: (AsEVA4)**<br>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, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios:<br>**Criterios:**<br>• Portafolio de servicios de la institución.<br>• Detección de necesidades y expectativas del usuario y su familia.<br>• Mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento.<br>• Indicadores de efectividad y oportunidad. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Definir mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral | 4 | 5 | 4 | 80 | Formular 2 indicadores que me permitan medir la efectividad del tratamiento y adherencia en pacientes de salud oral. | No detectada | Gestion de atencion primaria en salud | N de indicadores formulados/proyectados *100 Informe semestral de seguimiento | 0% | 1 | lider de salud oral | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 51. Código: (AsSAL1)**<br>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. Incluye:<br>**Criterios:**<br>• Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso.<br>• Cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios.<br>• Para los casos en que la condición clínica, física y/o mental lo amerite, el egreso será dado en compañía de un adulto responsable, previa valoración por el médico tratante.<br>• Comunicación de toda la información relevante a la empresa promotora de salud, administradora, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Estandarizar el proceso de egreso del paciente. | 5 | 4 | 4 | 80 | Capacitar al personal para dar informacion correcta y relevante a los usuarios sobre los tramites a realizar al momento de su salida. | No detectada | SIAU | Actas de socializacion del lideres y coordinadores | 0% | 1 | Lider de SIAU | | | | | | x | | | | x | |
| **Estándar 54. Código: (AsREF2)**<br>Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales:<br>**Criterios:**<br>REMISIÓN AL LABORATORIO O IMÁGENES DIAGNÓSTICAS<br>• Se cuenta con una serie de reglas que condicionan cómo y qué información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes.<br>• Se instruye, si la condición lo amerita, al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes. Esta indicación no sustituye la que debe brindársele por parte del proceso de asignación de citas.<br>• Se informa al usuario la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita.<br>• La organización debe definir previamente si los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarar cuenta con protocolos de Referencia y Contrareferencia con lista de chequeo implementado a traves del proceso de atencion inmediata. | Documentos: protocolo de remision intermunicipal y entre sedes. | Definir mecanismo de remisiones a servicios específicos (laboratorio, imágenes, ) | 5 | 4 | 4 | 80 | Actualizar el protocolo de muestra de patologia | No detectada | Servicios Quirurgicos | Protocolo actualizado | 0% | 1 | Lider quirurgicos | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular indicador de toma de muestras insatisfechas por especialistas | No detectada | Servicios Quirurgicos | indicador mensual | 0 | 70 | Lider quirurgicos | | | | | | x | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | 5 | 125 | Garantizar mecanismo para que todo los resultados de patologias de laboratorios externos sean ubicados dentro de los sistemas de informacion institucional. | No detectada | Gestion de las TICS | Guia rapida de ubicación de laboratorios externos | 0 | 1 | Lider de Gestion de TICs | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 58. Código: (AsREF6)**<br>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 diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Implementar indicadores de Gestion Hospitalaria - | 4 | 5 | 4 | 80 | Implementar indicador que mida el tiempo que dura el paciente en el egreso hospitalario incluido los procesos de facturacion | Recurso humano | Gestion de atencion complementaria en salud | Indicador: Tiempo transcurrido entre la orden medica de alta / hora en que sale el paciente del hospital. | 0% | 50 | Lideres asistenciales. | | | | | x | | | | | | x |
| **Estándar 61. Código: (AsSIR3)**<br>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. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Definir mecanismos de referencia y contrareferencia entre los diferentes prestadores (municipales), los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario. | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar el procedimiento de referencia entre el hospital y la unidad renal | No detectada | Atencion inmediata | Documento aprobado | 0 | 1 | Lider de referencia y contrareferencia | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 64. Código: (AsSIR6)**<br>El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores.<br>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. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Garantizar la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes sedes de la institucion. | 5 | 4 | 4 | 80 | Implementar un sistema de información remota en los puestos de salud y la movil. | No detectada | Gestion de las TICS | Evidencia documentada de sistema de informacion remota en los puestos de salud y la movil | 0 | 1 | Lider de Gestion de TICs | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 79. Código: (DR 4)**<br>La alta dirección promueve desarrolla 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. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | promover, desarrollar y evaluar el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia. | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular el Plan de accion de Seguridad del paciente | No detectada | Seguimiento institucional | Plan de accion formulado con ejecucion del 80% | 0 | 80 | Lider de seguridad del paciente | | x | | | x | | | | x | | |
| **Estándar 83. Código: (DR8)**<br>Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a:<br>**Criterios:**<br>• Resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad.<br>• Evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados.<br>• Evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento<br>• Evaluación de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización<br>• El enfoque y los resultados de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.<br>• Evaluación de gestión de riesgo.<br>• Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular 5 indicadores de Gestion clinica. (incluir en el manual de indicadores) | No detectada | Planeacion y calidad | Numero de indicadores formulados/Numero de indicadores proyectados x 100. Documento aprobado | 0 | 60 | Lider de Calidad | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular 5 indicadores que midan los atributos de calidad | No detectada | Planeacion y calidad | Numero de indicadores formulados/Numero de indicadores proyectados x 100. Documento aprobado | 0 | 60 | Lider de Calidad | | | | | x | | | | x | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular un tablero de indicadores de sistema de informacion para la calidad. | No detectada | Planeacion y calidad | Tablero de indicadores aprobado | 0 | 1 | planeacion | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 4 | 5 | 4 | 80 | Formular 4 indicadores de utilizacion de servicios. | No detectada | Planeacion y calidad | Numero de indicadores formulados/Numero de indicadores proyectados x 100. Documento aprobado | 0 | 60 | planeacion | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 89. Código: (GER1)**<br>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.<br>**Criterios:**<br>• Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.<br>• Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.<br>• La descripción del proceso de atención al cliente. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarare cuenta con mapa de procesos actualizado | Mapa de procesos en pagina Web | Que los procesos del Hospital del Sarare identifiquen y respondan 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 | 5 | 4 | 4 | 80 | Caracterizar los procesos definidos en el mapa de procesos en el formato institucional establecido | Recurso humano | Planeacion y calidad | Nº de procesos caracterizados/ Total de procesos institucionales x 100 | 0 | 75% | Lideres de procesos | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 94. Código: (GER. 6)**<br>Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:<br>• Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.<br>• Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.<br>• Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.<br>• Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.<br>• Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Garantizar recursos para apoyar todas las labores de monitorizacion, y mejoramiento de la calidad | 5 | 4 | 4 | 80 | Asignar lider de Humanizacion; Gestion de la Inormacio Apoyo del area de calidad | no detectada | Direccion | contrato | 0 | 1 | Gerencia | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Realizar reuniones de alta gerencia con los grupos de trabajo Numero de reuniones programadas 2 al año) | Tiempo | Direccion | Actas de reunion Nº de reuniones realizadas/Total del reuniones programadas | 0 | 75% | Gerencia | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 95. Código: (GER. 8)**<br>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, | | | | | | | | | | | | No encontrada | N/A | Garantizar que las unidades funcionalidad trabaje en consecuencia con las politicas y objetivo institucional | 5 | 4 | 4 | 80 | Asignar un lider para documentar y actualizar los procesos de enermeria | Recursos Humano | Direccion | N de documentos actualizado/ Total de documetos proyectados x 100 | 0 | 75 | Gerencia | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 97. Código: (GER.9)**<br>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. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:<br>**Criterios:**<br>• Dignidad personal.<br>• Privacidad. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarare tiee documentada la politica de humanizacio, codigo del bue gobierno y derechos de los pacientes | Politica Humanizacion documentada Codigo de buen gobierno | Garantizar la implemetacio de la politica de humanizacion, codigo de etica, y del buen gobierno y la aplicacion de deberes y derechos del cliente interno y externo | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular el Plan de accion de Humanizacion | no detectada | Gestion estrategica del talento humano | Plan de accion aprobado | 0 | 1 | Lider Humanizacion | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 99. Código: (GER.11)**<br>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. Lo anterior se logra a través de:<br>**Criterios:**<br>• Revisión de prioridades en el plan estratégico.<br>• Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.<br>• Evaluación de los recursos disponibles.<br>• Balance oferta-demanda.<br>• Análisis de los presupuestos.<br>• Evaluación de costos | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Definir un proceso para la asignacion y gestion de recursos financieros, fisico, tecnologicos y el talento humano de acuerdo con la planeacion de la organización de cada proceso y de cada unidad funcional | 4 | 5 | 4 | 80 | Formular guia de asignacion, monitorizacion, seguimiento y gestion de recursos financiero, fisicos, tecnologicos y el de talento humano de acuerdo con la planeacion de la organización | no detectada | Direccion | Documento Aprobado | 0 | 1 | Subgerencia de AF | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 100. Código: (GER.12)**<br>Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante:<br>**Criterios:** | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Implementar y evaluar un mecanismo para la protección y el control de los recursos de la institucion. | 4 | 5 | 4 | 80 | 2 campañas sobre el buen uso de los recursos de la institucion. | Recurso financiero | Gestion de Ambiente Fisico y Tecnologia | Nº de campañas ejecutas/campañas programadas*100 - Informe ejecutivo | 0 | 75 | Lider de Ambiente fisico | | | | | x | | | | | x | |

| ESTÁNDARES<br>Manual de Acreditacion V 3.1 | AUTOEVALUACIÓN<br>DIMENSIÓN ENFOQUE<br>SISTEMATICIDAD Y PARTICIPACIÓN | PRO ACTIVIDAD | CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO | DIMENSIÓN IMPLEMENTACIÓN<br>DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN | DISPLIEGUE A LA COMUNIDAD INTERNO Y/O EXTERNO | DIMENSIÓN RESULTADOS<br>PERTINENCIA | CONSISTENCIA | AVANCE DE LA MEDICIÓN | TENDENCIA | COMPARACIÓN | CALIFICACIÓN DEL ESTÁNDAR | FORTALEZAS | SOPORTE DE LAS FORTALEZAS | OPORTUNIDADES DE MEJORA | PRIORIZACIÓN<br>RIESGO 1-2-3-4-5 | COSTO 1-3-5 | VOLUMEN 1-3-5 | TOTAL | ACCIONES DE MEJORA | BARRERAS DE MEJORAMIENTO | PROCESO RESPONSABLE | INDICADOR DEL PLAN DE MEJORAMIENTO | MEDICIÓN INICIAL | MEDICIÓN ESPERADA | RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Estándar 101. Código: (GER.13)**<br>Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que:<br>**Criterios:**<br>• Previamente a la contratación de un tercero, la organización tiene definidos los requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación. El tercero conoce previamente los criterios con los cuales va a ser evaluado.<br>• El tercero contratado se articula y alinea con la filosofía de acreditación e integra en los servicios prestados administrativos y asistenciales<br>los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización.<br>• La organización realiza sistemáticamente evaluaciones a los terceros y, de acuerdo con los resultados, el tercero genera un plan de mejoramiento al cual la organización le hace seguimiento en el tiempo.<br>• Se cuentan con mecanismos participativos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el tercero. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Definir los requisitos, acuerdos, resolucion de conflictos y evaluacion de calidad de la prestacion de los terceros contratados | 5 | 4 | 4 | 80 | Realizar 1 auditoria a los carros de alimentacion (servicio de alimentacion tercerizado) | no detectada | Gestion de atencion complementaria en salud | Informe auditoria | 0% | 1 | Supervisor del contrato | | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 4 | 5 | 4 | 80 | Documentar el proceso de monitorizacion, seguimiento y auditoria a todos los proveedores de servicios tercerizados | no detectada | Gestion Juridica | Documento aprobado | 0 | 1 | Lider de juridica | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 104. Código: (TH1)**<br>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. Estos procesos incluyen la información relacionada con:<br>**Criterios:**<br>• Legislación.<br>• Evaluación periódica de expectativas y necesidades.<br>• Evaluación periódica del clima organizacional.<br>• Evaluación periódica de competencias y desempeño.<br>• Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarare cuenta con un sistema de riesgo laboral de norma, implementado en todos los procesos institucionales, muestra de ello es la disminución de los indicadores de accidente laboral.<br><br>Logros:<br>El Hospital del Sarare cuenta con evaluacion del clima Organizacional.<br>El Hospital del Sarare propende por la calidad de vida de sus trabajadores garantizando pagos y prestaciones | Programa de Riesgo Laboral<br>Proceso de Seguridad y Salud Laboral.<br>Indicadores de accidente laboral.<br>Instrumento de evaluacion de clima organizacional. | Identificar y responder a las necesidades del talento humano de la institucion consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización | 4 | 5 | 4 | 80 | Realizar estudio de analisis de carga laboral | Recurso Humano y financiero | Gestion estrategica del talento humano | Estudio de Carga laboral del Grupo de enfermeria y medicina | 0% | 1 | Lider de Salud y seguridad laboral | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 105. Código: (TH2)**<br>Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como:<br>**Criterios:**<br>• Legislación.<br>• Cambios en el direccionamiento estratégico.<br>• Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Cambios en la estructura organizacional.<br>• Cambios en la planta física.<br>• Cambios en la complejidad de los servicios.<br>• Disponibilidad de recursos.<br>• Tecnología disponible.<br>• Suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios.<br>• Relación docencia-servicio.<br>• Relación de la oferta y la demanda de servicios con la docencia-servicio.<br>• La planeación del talento humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos y deberes, el Código de Ética y el código del buen gobierno y el diseño del proceso de atención.<br>• Evaluación de necesidades de contratación con terceros. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | Logro:<br>El Hospital del Sarare cuenta con un plan estrategico de Talento Humano formulado por la Subgerencia. | Documento: Plan Estrategicos de TH | Definir un proceso para la planeación del talento humano. | 4 | 5 | 4 | 80 | Documentar el Manual de prevencion de recurso humano teniendo en cuenta: Mejoramiento de la seguridad del paciente, humanizacion, Gestion del riesgo y tecnologia, relacion a la demanda del servicio y portafolio.) | No detectada | Gestion estrategica del talento humano | Documento aprobado | 0 | 1 | Subgerencia de TH | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 108. Código: (TH5)**<br>Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo incluyen:<br>**Criterios:** | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Incluido los servicios contratados con terceros. | 5 | 4 | 4 | 80 | Capacitar al Talento Humano relacionada con docencia e investigacion para las practicas formativas. | no detectada | Gestion estrategica del talento humano | # de funcionarios capacitados/Total de funcionarios con relacion directa de docencia | 0% | 50% | Subgerencia de TH | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 117. Código: (TH14)**<br>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. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | planear, formalizar, implementar, y evaluar el costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación con las instituciones de educación superior | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar la relacion de Docencia y servicio | no detectada | Gestion estrategica del talento humano | Documento aprobado | 0 | 1 | Subgerencia de TH | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 118. Código: (TH15)**<br>Se cuenta con procesos planeados, implementados y evaluados para la supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente, si aplica. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | planear, implementar y evaluar la supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente, | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar los mecanismo de supervision en las practicas formativas | no detectada | Gestion estrategica del talento humano | Documento aprobado | 0 | 1 | Subgerencia de TH | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 119. Código: (TH16)**<br>Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Establecer el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta<br>el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad. | 5 | 4 | 4 | 80 | Documentar el Numero de practicantes en formacion por numero de usuarios y/o capacidad instalada de la institucion y por programa. | no detectada | Gestion estrategica del talento humano | Documento aprobado | 0% | 1 | Subgerencia de TH | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 121. Código: (GAF1)**<br>La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye: | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarare cuenta con un protocolo de respuesta a urgencias y emergencias implementado y desplegado a travez del comité de Urgencias y emergencias como resultado ha sido la respuesta positivas a las emergencias presentadas | Documentos:<br>Plan de contingencias institucional.<br>Riesgo laboral.<br>Registro Entorpadico de los | Garantizar procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la | 5 | 4 | 4 | 80 | Plan de Humanizacion de Ambiente fisico | No detectada | Planeacion y calidad | Documento: Plan de Humanizacion de ambiente fisico. | 0% | 1% | Lider Humanizacion | | | x | | | | | x | | | |
| **Estándar 123. Código: (GAF3)**<br>La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental. Incluye:<br><br>**Criterios:**<br>• Política de gestión ambiental responsable.<br>• Fomento de una cultura ecológica.<br>• Uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros).<br>• Reciclaje.<br>• Riesgos de contaminación ambiental.<br>• Aportes de la organización a la conservación del ambiente.<br>• Evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | Logro:<br>El Hospital del Sarare tiene un Politica de Gestion Ambiental documentada, parcialmente implementada mediante el proceso de Gestion ambiental.<br>El Hospital tiene documentado el PGIRHS. | Politica de gestion ambiental en pagina web institucional.<br><br>Documento PGIRHS | Garantizar procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental | 5 | 4 | 4 | 80 | Actualizar la politica y objetivos de la Gestion Ambiental Alineadas con el direccionamiento estrategico. | No detectada | Gestion de Ambiente Fisico y Tecnologia | Politica actualizada y socializadas con las partes interesadas | 0% | 100% | Lider Gestion Ambiental | | | | x | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | 4 | 100 | Documentar el Programa de Cultura Ecologica institucional. | No detectada | Gestion de Ambiente Fisico y Tecnologia | Documento Aprobado | 0 | 100% | Lider Gestion Ambiental | | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | 4 | 100 | Documentar el Programa de reciclaje institucional | No detectada | Gestion de Ambiente Fisico y Tecnologia | Documento Aprobado | 0 | 100% | Lider Gestion Ambiental | | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | 5 | 125 | Formular la matriz de riesgo y/o impactos ambientales. | No detectada | Gestion de Ambiente Fisico y Tecnologia | Documento Aprobado | 0 | 100% | Lider Gestion Ambiental | | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | 4 | 100 | Documentar el Programa de Uso racional de Recursos ambientales (luz, agua, ect) | No detectada | Gestion de Ambiente Fisico y Tecnologia | Documento Aprobado | 0 | 100% | Lider Gestion Ambiental | | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular el programa de conservacion del medio ambiente institucional. | No detectada | Gestion de Ambiente Fisico y Tecnologia | Documento Aprobado | 0 | 100% | Lider Gestion Ambiental | | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Disefiar formatos, indicadores de evaluacion de gestion ambiental. | No detectada | Gestion de Ambiente Fisico y Tecnologia | Documento Aprobado | 0% | 100% | Lider Gestion Ambiental | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 124. Código: (GAF4)**<br>La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:<br><br>**Criterios:**<br>• Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | Logro:<br>El Hospital del Sarare tiene documentado el PGIRS Implementado mediante el proceso de Gestion ambiental. | Documento PGIRS | Garantizar el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. | 4 | 5 | 4 | 80 | Realizar cronograma de capacitacion al personal asistencial sobre disposicion final de residuos Hospitalarios. | No detectada | Gestion de Ambiente Fisico y Tecnologia | Cronograma de capacitacion: N° de capacitaciones formuladas/N° de capacitaciones realizadas x 100 | 0 | 75% | Lider Gestion Ambiental | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 125. Código: (GAF5)**<br>**La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo**<br><br>**Criterios:**<br>• **Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres.**<br>• El plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica.<br>• Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres, a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y<br>se asegura que las recomendaciones se implementan.<br>• La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | Logro:<br>El Hospital del Sarare tiene documentado el plan de contingencia institucional implementado mediante el comité de Urgencias y Emergencias. | Documento:<br>Plan de contingencia institucional.<br><br>Acto administrativo conformacion del Comité de Urgencias y Emergencias. | Definir procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo | 4 | 5 | 4 | 80 | Formular el plan de contingencia en caso de falla de los sistemas de comunicación | No detectada | Gestion de las TICS | Documento Aprobado | 0 | 1 | Lider de Gestion de TICs | | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Adjuntar en el plan de contingencia; protocolo de salida de pacientes hospitalizados que pueden ser egresados para acomodar a los nuevos ingresados por la contingencia. | No detectada | Salud y Seguridad Laboral | Documento Actualizado | 0 | 1 | Lider de Salud y seguridad laboral | | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 5 | 4 | 4 | 80 | Incluir en la Guia del Usuario la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio y/o emergencias. | No detectada | Salud y Seguridad Laboral | Guia del usuario | 0 | 1 | Lider de Salud y seguridad laboral | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 127. Código: (GAF7)**<br>La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación. El proceso incluye:<br><br>**Criterios:**<br>• Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución.<br>• Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación.<br>• Mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes.<br>• Un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente.<br>• Designación de un responsable de la búsqueda.<br>• Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización.<br>• Contacto con la Policía y la familia del paciente. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos institucionales. | 5 | 4 | 4 | 80 | **Actualizar** el protocolo de Fugas que incluya:<br>* Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y<br>perderse dentro de la institución.<br>* Mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes.<br>* Un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente.<br>* Designación de un responsable de la búsqueda.<br>* Contacto con la Policía y la familia del paciente. | No detectada | Seguridad del Paciente | Documento Actualizado | 0% | 1% | Lider de seguridad del paciente | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 129. Código: (GAF9)**<br>La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Incluye:<br><br>**Criterios:**<br>• Condiciones de humedad, ruido, iluminación.<br>• Promoción de condiciones de silencio.<br>• Señalización adecuada, sencilla y suficiente.<br>• Ambiente de trabajo adecuado.<br>• Reducción de la contaminación visual y ambiental.<br>• Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios.<br>• Salas de espera confortables. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | No encontrada | N/A | Promover, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada | 5 | 4 | 4 | 80 | Garatizar la privacidad, respeto y considad para una atencion humanizada en los servicios de salud. (Barreras moviles y comodidad) | Recurso financiero | Gestion de Ambiente Fisico y Tecnologia | Barreras moviles en los servicios de Urgencias y Maternidad.<br>Jardines Terapeuticos entre servicios de internacion.<br>Condiciones de temperaturas adecuadas en las areas de internacion. | 0 | 1 | Lider de Humanizacion.<br>Lider de Mantenimiento.<br>Subgerencia Administrativa y financiera | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 143. Código: (GI2)**<br>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, e incluye:<br><br>**Criterios:**<br>• La identificación de las necesidades de información.<br>• Un proceso de implementación basado en prioridades.<br>• La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarare cuenta con un sistema de informacion institucional que se despliegua a todo los procesos de la organización, muestrade ellos es la generacion de la informacion, datos, indicadores de manera rapida.<br><br>El Hospital del sarare cuenta con el proceso de Gestion Documental, implementado en toda la institucion donde se garantiza el almacenamiento, | Proceso de Gestion Documental.<br>Gestion de las TICs.<br>Dinamica Gerencial. | Planificar, implementar y evaluar la gestión de la información en el Hospital del Sarare. | 5 | 4 | 4 | 80 | Formular la Politica de Seguimiento y Evaluacion del Desempeño Institucional. | No detectada | Planeacion y calidad | Politica formulada y aprobada | 0% | 1 | Lider de Calidad | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 145. Código: (GI4)**<br>La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:<br><br>**Criterios:**<br>• Los costos asociados.<br>• El entrenamiento al personal.<br>• Los aspectos éticos.<br>• La relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.). | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarare Garantiza los Equipos de comunicación y tecnologico a sus funcionarios mediante el proceso de Gestion de las TICs y Direccion, como resultado es la sistematizacion global de la institucion en los procesos organizacionales. | Equipos de comunicación.<br>Gestion de las TICs.<br>Dinamica Gerencial. | Garantizar la tecnologia de la informacion a los funcionarios del Hospital del sarare | 5 | 4 | 4 | 80 | Definir y asignar un lider con perfil para el proceso de comunicaciones | Recurso financiero | Gestion de las TICS | Contrato del profesional | 0 | 1 | Lider de Gestion de TICs<br>Subgerencia Administrativa | | | | | | x | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 4 | 5 | 4 | 80 | Garantizar tecnologia de informacion en relacion al numero de funcionarios | Recurso financiero | Gestion de las TICS | Relación existente entre tecnología y personal | 0 | 95% | Lider de Gestion de TICs<br>Subgerencia Administrativa | | | | | | x | | | | | x | |

| ESTÁNDARES<br>Manual de Acreditacion V 3.1 | AUTOEVALUACIÓN | | | | | | | | | | CALIFICACIÓN DEL ESTÁNDAR | FORTALEZAS | SOPORTE DE LAS FORTALEZAS | OPORTUNIDADES DE MEJORA | PRIORIZACIÓN | | | | ACCIONES DE MEJORA | BARRERAS DE MEJORAMIENTO | PROCESO RESPONSABLE | INDICADOR DEL PLAN DE MEJORAMIENTO | MEDICIÓN INICIAL | MEDICIÓN ESPERADA | RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DIMENSIÓN ENFOQUE | | | DIMENSIÓN IMPLEMENTACIÓN | | | DIMENSIÓN RESULTADOS | | | | | | | | RIESGO 1-2-3-4-5 | COSTO 1-2-3-4-5 | VOLUMEN 1-2-3-5 | TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD | PRO ACTIVIDAD | CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO | DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN | DESPLIEGUE A LA CADENA INTERNO Y/O EXTERNO | | PERTINENCIA | CONSISTENCIA | AVANCE DE LA MEDICIÓN | TENDENCIA | COMPARACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estándar 150. Código: (GI8)**<br>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. Incluye:<br><br>Criterios:<br>• Orden. Legibilidad y concordancia clínico patológica.<br>• Claridad y actualización de los registros clínicos.<br>• Adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos.<br>• Auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos.<br>• Garantía de la custodia de los registros clínicos.<br>• Unicidad de los registros clínicos para cada usuario.<br>• Sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros clínicos.<br>• Esquema del proceso de transición a historia clínica electrónica.<br>• Sistemas de chequeo para evitar errores en la identificación de los usuarios.<br>• Sistemas de alarma redundante para las condiciones que lo ameriten.<br>• Procesos para la entrega de los resúmenes de historia clínica solicitados por las autoridades competentes o los mismos usuarios.<br>• La organización garantiza que en los procesos de la gerencia de información es posible verificar si el usuario ha asistido previamente a la institución, en qué fechas, qué profesional lo ha atendido, qué exámenes se le han ordenado, etc.<br>• Cuando se tenga un sistema mixto de registro de atenciones (electrónico y manual), se debe garantizar que haya un solo sistema de identificación del paciente, para que el contenido de las atenciones esté disponible para cualquier prestador y se le pueda hacer auditoría<br>integral al registro. | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarare cuenta con un sistema de informacion institucional que se despliegua a todo los procesos de la organización, | El Hospital del sarare cuenta con Dinamica Gerencial | Garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los los registros clinicos, sea en medio físico o electrónico, | 5 | 4 | 4 | 80 | Elaborar la Guia de Auditoria de Historia clinica donde se defina la implementacion de un sistema de auditoria periodico, criterios a evaluar, | No detectada | Planeacion y calidad | Guia aprobada | `0 | 1 | Lider de area comercial y de servicio. | | | | | | x | | | | | x | |
| **Estándar 156. Código: (MCC1)**<br>Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:<br><br>**Criterios:**<br>• Tiene un enfoque sistémico.<br>• Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.<br>• Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.<br>• Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.<br>• Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.<br>• Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.<br>• Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.<br>• Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.<br>• Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos primarios de mejora, los equipos de mejoramiento sistémico, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación.<br>• Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.<br>• Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.<br>• Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento | | | | | | | | | | | #¡DIV/0! | El Hospital del Sarare tiene documentado el Manual de Calidad implementado parcialmente por el area de calidad. | Documento: Manual de Calidad. Formato de seguimeirto al Mejoramiento continuo. | Estadandarizar un proceso organizacional de planeacción del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados | 5 | 4 | 4 | 80 | Socializar formato de mejoramiento continuo | No detectada | Planeacion y calidad | Acta de socializacion 100% de los lideres | 0 | 90 | Lider de Calidad | | | | | | x | | | | | x | |

[redacted]

**FECHA DE LA AUDITORIA DE SEGUIMIENTO**

14.001,0000

**Jesus Torres Sandoval**

Auditor Lider de Calidad

**157**

Original Firmado. El documento repose en los archivos de la Oficina Gestion de la Calidad.

Lider del Proceso Auditado

| RESULTADO DE LA PRIORIZACIÓN PARA LA VIGENCIA 2021 | | |
|---|---|---|
| ACCIONES PRIORIZADAS | FR | % |
| ROJO | | |
| AMARILLO | | |
| VERDE | | |
| TOTAL | | |