



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ANEXO TÉCNICO N°. 1

HOJA No. 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

MANUALES DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS.....	2
MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIAS.....	71
MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIAS.....	122
MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LOS LABORATORIOS CLÍNICOS.....	202
MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA.....	284
MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS DE SALUD DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN.....	369

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

1

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS

(ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO, ENTIDADES ADAPTADAS Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA)

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

Los procesos objeto de la acreditación.

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

Afiliación y Activación de Derechos: se analizan tres grandes tópicos

- El primer tópico es la **Información** que la EPS brinda al ciudadano como pilar fundamental para la toma acertada de las decisiones del mismo.
- El segundo tópico son las actividades de **Registro y Afiliación** del ciudadano que ha decidido, con base en la información suministrada por la EPS, afiliarse a una determinada organización.
- El tercer tópico es el **Recaudo**, donde es importante que la organización describa cuáles son las actividades de educación al empleador y cotizante para identificar y corregir los riesgos potenciales de una no atención al cliente debido a una inadecuada liquidación de aportes.

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

Contacto del cliente con los prestadores**Acciones permanentes en el tiempo**

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

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

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

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

Ambiente físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

PROCESO DE AFILIACIÓN Y ACTIVACIÓN DE DERECHOS**PROPÓSITO**

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

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

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar I.1.A. La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los deberes que tendrá como afiliado de forma tal que:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las sanciones por utilizar información falsa o por facilitar la suplantación en la utilización de servicios ▪ La forma y contenido de la información debe contemplar el ser fácilmente entendible al usuario de acuerdo con su nivel de comprensión o educación. 						
Estándar I.1.B. La organización garantiza la provisión de información a cada potencial afiliado sobre los derechos que tendría como afiliado de forma tal que:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenga concordancia con los contenidos legales vigentes del sistema y explique los derechos adicionales que le brinda esta institución. ▪ Incluya explicación sobre la red de atención contratada y los derechos no implican obligaciones infinitas. ▪ La forma y contenido de la información debe contemplar el ser fácilmente entendible al usuario de acuerdo con su nivel de comprensión o educación. 						
Estándar I.1.C. La organización provee información al cliente sobre su responsabilidad en la conformación del grupo familiar y los criterios que deben cumplir sus familiares para ser beneficiarios. El afiliado comprende sus derechos y las sanciones a que se expone por una conformación irregular. ¹						
Para el caso específico de las ARS						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso para verificar e informar al ente territorial en caso de conformaciones familiares inadecuadas o familias fraccionadas. 						
Estándar I.1.D. La organización cuenta con un proceso para proveer información a los afiliados sobre cotizaciones, este proceso:²						

¹ Este estándar específico no aplica para las Empresas de Medicina Prepagada. El resto de estándares de esta sección aplican en su totalidad.

² Este estándar específico no aplica para las ARS, el resto de estándares SI aplica.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ A todos los afiliados se les informa sobre las consecuencias, sanciones, multas o causales de no atención derivadas de una falla en la cotización inherente al afiliado o al patrono. ▪ Se evalúa para conocer el nivel de la comprensión y la utilidad de la información entregada tanto a pensionados como independientes y empleados dependientes. ▪ A los empleadores, cuando es pertinente, se les da información sobre sus obligaciones y derechos, y sobre los lugares y métodos en donde conseguir apoyo adicional. 						
Estándar I.1.E. El usuario cuenta con la información acerca de la conformación de la red de prestadores tanto en su ciudad como en otras regiones del país. Lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de acceso a los servicios (puerta de entrada urgencias, consultas) y sus posibilidades de elección ▪ Los servicios que brinda cada uno de estos prestadores según sus niveles de complejidad ▪ La localización de cada uno de los prestadores 						
Estándar I.1.F. La organización cuenta con un proceso para proveer al usuario con información sobre el uso de servicios. Lo anterior incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuál es el proceso administrativo de solicitud y obtención de citas ▪ Cómo es el proceso para la obtención de medicamentos ▪ Cómo se realiza el acceso a los servicios en regiones donde la EPS no tenga red de prestadores ▪ Cómo se tramitan las licencias de maternidad e incapacidades 						
Estándar I.1.G. La organización provee información al usuario sobre los servicios institucionales, lo cual incluye:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Localización geográfica de sus oficinas. ▪ Personal clave de contacto según la necesidad a tratar (incluyendo teléfonos, fax, e-mail, direcciones correo). ▪ Horarios de atención. 						
Estándar I.1.H. La EPS garantiza que el usuario entienda y conozca los valores mínimos y máximos de los copagos y cuotas moderadoras y los servicios que son sujetos a dichos pagos						
Estándar I.1.I. La organización provee información básica al usuario referente a los planes de beneficios, incluyendo:						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exclusiones al POS. ▪ Los períodos de carencia. ▪ Los períodos mínimos de cotización. ▪ Los medicamentos incluidos. ▪ El manejo de las prestaciones económicas. 						
<p>Estándar I.1.J. La organización provee al usuario información acerca de cómo realizar una queja, el personal clave que se ha de contactar, los tiempos de resolución y la forma de responder.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

REGISTRO Y AFILIACIÓN.**PROPÓSITO**

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

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

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

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

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

RECAUDO**PARA EPS:**

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

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

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

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

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

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

Estándar I.3.G. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						

PARA ARS:

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

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

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

PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROPÓSITO

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

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

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

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

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

RED DE SERVICIOS

PROPÓSITO

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

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar III.1. La organización cuenta con un proceso que permanentemente permite planear y redimensionar las necesidades de su red (cantidad, tamaño y características) de prestadores de acuerdo con:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El número de afiliados (demanda potencial). ▪ Las necesidades de los usuarios, de acuerdo con los servicios contenidos en el POS y de acuerdo con la información recolectada según el estándar II.1. y los grupos de riesgo identificados en el estándar II.2. ▪ La localización geográfica de sus usuarios. 						
Estándar III.2. La EPS selecciona sus prestadores de acuerdo con una serie de criterios explícitos diseñados para tal fin, entre los que se cuentan:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para las organizaciones de salud: Un proceso que garantiza que no se contrata a ningún prestador que no cumpla con las condiciones de habilitación. ▪ Para los profesionales independientes: un proceso para verificar la información en términos de tiempos de entrenamiento, experiencia laboral y títulos obtenidos. ▪ Indicadores de desempeño o calidad técnica. 						
Estándar III.3. Al momento de la contratación de los prestadores de servicios se identifican los siguientes criterios. Estos deben ser garantizados en caso de que la contratación se haga con entidades de una red propia						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condiciones de la atención en salud, se conciertan los protocolos de manejos (si existen) y los procesos de autorización de servicios, las formas de facturación y las condiciones de auditoría. ▪ Se hace un proceso de análisis y concertación sobre la tecnología a emplear y se evalúa la pertinencia y la costo efectividad de la misma ▪ Los sistemas de evaluación de desempeño de los prestadores, entre los cuales se debe incluir la calidad técnica del servicio y la satisfacción del usuario. Las demás formas de evaluación de desempeño serán definidas y concertadas entre las dos partes. ▪ Deberes y derechos de los prestadores hacia la EPS. ▪ Proceso para protestar una decisión o solicitar una segunda opinión. 						
Estándar III.4. La EPS debe garantizar a sus prestadores, una vez contratados, un proceso de inducción y mantenimiento de información sobre tópicos relacionados con:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué se espera de los prestadores durante el proceso de atención al usuario. ▪Cuál es la filosofía de la EPS frente al usuario. ▪ Los procesos organizacionales y/o planes de desarrollo de la EPS que soportan e impactan sobre la atención de los usuarios. ▪ Los derechos y deberes de los usuarios y el proceso que se ha de seguir en caso de no autorizar servicios. 						
Estándar III.5. Existen planes de calidad entre las EPS y las IPS frente a los servicios a brindar a los usuarios. Estos planes deberán:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar acordados por las dos partes y descritos dentro del contrato. ▪ Contar con estándares mínimos de calidad para brindar por parte de los prestadores y de verificación por parte de las EPS frente a los servicios que se van a contratar. 						
Estándar III.6. La EPS cuenta con un sistema periódico de monitoreo de la satisfacción del usuario frente a:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El grado de satisfacción del usuario con los servicios recibidos de parte de los prestadores. ▪ El grado de satisfacción del usuario con los servicios recibidos del personal de la EPS. ▪ El grado de satisfacción de los prestadores con la EPS 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar III.7. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la red de servicios						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, el paciente y su familia. ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 						
Estándar III.8. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y los trabajadores. <p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alto riesgo. ➤ Alto volumen. ➤ Alto costo. <p>Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar III.9. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar III.10. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. <p>Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

CONTACTO CON PRESTADORES**PROPÓSITO**

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

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

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

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

Solicitud de servicios y validación de derechos.**PROPÓSITO**

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.1.A. La organización cuenta con un proceso sistemático para tramitar y dar respuesta a las solicitudes de servicios de los usuarios. Este sistema						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Debe tener un responsable definido ▪ Debe contemplar atención las 24 horas y permitir que se hagan solicitudes por diferentes medios según el tipo de usuarios (de manera presencial o a distancia). 						
Estándar IV.1.B. La institución cuenta con un sistema de información formal que permita:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los usuarios de la EPS, los beneficios a los que tiene derecho, sus restricciones de uso de servicio. ▪ Tendencias de uso de servicios por usuario. 						
Estándar IV.1.C. La organización cuenta con un proceso para la toma de decisiones de las autorizaciones, el cual:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene en cuenta los acuerdos realizados en el momento de contratar con los prestadores, y además incluye una serie de algoritmos basados en evidencia clínica para las entidades y casos más frecuentes, que ayudan a la decisión de acuerdo con la presentación del paciente. ▪ Personal específicamente entrenado en el proceso. ▪ Proceso para informar al paciente, la decisión tomada y para explicar otras opciones existentes dadas las condiciones del mismo. ▪ Segundas instancias para dirimir casos complicados o de difícil decisión. 						
Estándar IV.1.D. La organización cuenta con un proceso para identificar los usuarios que tienen restricciones al uso de servicios, incluye:⁶						

Con formato: Sin Resaltar

⁶ Para el caso específico de las Empresas de Medicina Prepagada hace mención a la información consignada en la póliza o contrato.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las causas relacionadas con actividades No – POS. ▪ Períodos Mínimos de Carencia. ▪ No pago de cotizaciones ▪ Períodos de traslado. ▪ Beneficiarios adicionales que generen restricción. 							
<p>Estándar IV.1.E. La organización cuenta con un sistema de revisión y seguimiento de servicios negados a los usuarios, por causa de negación.</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>						

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 							
<p>Estándar IV.1.H. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 							
<p>Estándar IV.1.I. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 							

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006**(8 DE MAYO DE 2006)***"Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones"***MONITORIZACIÓN DEL CONTACTO DEL USUARIO CON LOS PRESTADORES****PROPÓSITO**

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar IV.2.I. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar IV.2.J. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. <p>Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

AUDITORÍA**PROPÓSITO**

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

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

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

La auditoría externa se realiza bajo el prototipo del control de segundo orden. Constituye un tipo de control que promueve auditar lo auditado, es decir, evaluar el autocontrol efectuado por las organizaciones. Su objetivo consiste en permitir que las instituciones mejoren su desempeño ya que se logran los resultados deseados promoviendo el buen funcionamiento de las organizaciones y fortaleciendo la actividad primaria de control (autocontrol y auditoría interna). Su implementación requiere pasar de relaciones estratégicas de dominación, a relaciones comunicativas de alineamiento de intereses. Estas son relaciones basadas en el respeto mutuo, en las que cada parte reconoce el valor de la contribución al otro y por lo tanto está dispuesta a conversar y a negociar; su condición esencial es la actitud de diálogo.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**PROPÓSITO**

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar IV.4.A. La organización cuenta con un proceso que surja de la información contemplada en los planes de egreso o solicitudes de servicios, de los usuarios tratados en las diferentes IPS, para garantizar una continuidad e integralidad en la prestación de servicios de salud en un momento dado. Esta información incluye, además, la de servicios o atenciones ambulatorias.						
Estándar IV.4.B. La organización cuenta con un proceso para asegurar la integralidad y disponibilidad de acceso a las historias clínicas de sus afiliados en todos los niveles de su red de atención, evitando así las duplicaciones o las informaciones incompletas que puedan producir problemas de calidad.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este proceso es conocido por los prestadores ▪ Cuenta con un responsable en la EPS ▪ Garantiza que la información producida "fluya" y se almacene correctamente 						
Estándar IV.4.C. Existe un responsable organizacional para garantizar las labores de integralidad y continuidad.						
Estándar IV.4.D. La organización cuenta e integra los protocolos farmacéuticos y sus centros de despacho de medicamentos a las labores de continuidad e integralidad. Este proceso incluye la evaluación de la calidad de los medicamentos entregados y en que grado están completas las prescripciones.						
Estándar IV.4.E. La organización cuenta e integra los centros prestadores de servicios de laboratorio y de complemento diagnóstico (rayos X, imagenología) a las labores de continuidad e integralidad, y se hace un proceso formal de selección de la tecnología a emplear.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

HOJA No.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

ACCIONES PERMANENTES EN EL TIEMPO**PROPÓSITO**

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

FUNCIONES DE APOYO**DIRECCIONAMIENTO.****PROPÓSITO**

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.1.A. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.						
Estándar VI.1.B. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno y ejercicios de referenciación con su competencia.						
Estándar VI.1.C. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la Junta Directiva, este proceso considera:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los integrantes de la Junta Directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud ▪ Cómo realizar reuniones exitosas. ▪ Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. 						
Estándar VI.1.D. Existe un proceso para definir los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de la organización con la comunidad que sirve. ▪ Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el cliente y su familia. ▪ Aspectos que guían la ética de la organización. ▪ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios. 						
Estándar VI.1.E. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan de acción.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. ▪ La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización. 						
Estándar VI.1.F. Los líderes están involucrados en la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

Estándar VI.1.G. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización						
Estándar VI.1.H. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los usuarios que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, les haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad de la atención por tipos de servicios. ▪ Utilización de servicios por afiliado (por ejemplo, tratando de incentivar la consulta y desincentivar la hospitalización). ▪ Satisfacción global del usuario con la atención recibida. ▪ Calidad de la atención. ▪ Número de desafiliaciones por problemas de la calidad de la atención. 						
Estándar VI.1.I. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso para determinar el número y perfil del personal requerido para resolver las necesidades de los usuarios. ▪ Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin. 						
Estándar VI.1.J. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos. ▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

GERENCIA**PROPÓSITO**

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

<p>Estándar VI.2.F. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los usuarios. El respeto por el paciente incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dignidad personal. ▪ Privacidad. ▪ Seguridad. 						
<p>Estándar VI.2.G. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una política clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y compañeros de trabajo ▪ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. ▪ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. ▪ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas. 						
<p>Estándar VI.2.H. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>						
<p>Estándar VI.2.I. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación. Este incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las prioridades en el plan. ▪ La evaluación de la calidad provista en los servicios. 						
<p>Estándar VI.2.J. Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición de la productividad. ▪ Costeo. ▪ Monitorización de los presupuestos. ▪ Manejo de inventarios. ▪ Manejo de seguros. ▪ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. ▪ Auditoría de procesos. 	
--	--

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

GERENCIA DEL RECURSO HUMANO**PROPÓSITO**

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal ▪ Se provee información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valores. ➤ Misión y visión. ➤ Plan estratégico. ➤ Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. ➤ Servicios disponibles. ➤ Objetivos y metas de la organización ➤ Estructura organizacional. ➤ Expectativas del desempeño. ➤ Legislación relevante. ➤ Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. ➤ Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. ▪ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización. ▪ La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia. 						
<p>Estándar VI.3.E. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. ▪ El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. ▪ Se provee retroalimentación al personal evaluado. 						
<p>Estándar VI.3.F. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. 						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigación científica. ▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica. ▪ Conciliación de protocolos médicos. ▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. ▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. ▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. ▪ La atención al cliente y su familia. 						
<p>Estándar VI.3.G.. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.</p>						
<p>Estándar VI.3.H. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a los registros. ▪ Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización. 						
<p>Estándar VI.3.I. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. ▪ Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud. 						
<p>Estándar VI.3.J. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**PROPÓSITO**

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

Estándar VI.4.G. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.						
<ul style="list-style-type: none"> La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas. 						
Estándar VI.4.H. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.						
<ul style="list-style-type: none"> Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad. La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas. 						

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006**(8 DE MAYO DE 2006)**

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

GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO**PROPÓSITO**

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

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

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	Calificación de la organización					
	5	4	3	2	1	NA
Estándar VI.5.A. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de los usuarios de la organización.						
Lo anterior incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La gerencia de los riesgos físicos y la seguridad industrial. ▪ La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades. ▪ La adecuada señalización ▪ Está diseñado y difundido un plan que desarrolla el método o programa que se utilizará para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los usuarios y trabajadores dentro de la institución 						
Estándar VI.5.B. Existen procesos para asegurar que el espacio, equipos e insumos cumplan con la legislación aplicable, códigos y regulaciones acordes con cada una de las organizaciones que regulan estos aspectos.						
Estándar VI.5.C. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes. a través de:						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos ▪ Mantenimiento preventivo. ▪ Inspecciones regulares de seguridad. ▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. ▪ Provisión de energía de emergencia. ▪ Programaciones de limpieza. 						
<p>Estándar VI.5.D. Existen procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. ▪ No reutilización de materiales. ▪ Impacto ambiental. ▪ Reciclaje y comercialización de materiales. 						
<p>Estándar VI.5.E. Existe un proceso para asegurar la seguridad del usuario al visitar las instalaciones de la EPS.</p>						
<p>Estándar VI.5.F. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos relacionados con la preparación para emergencias y desastres (internos o externos).</p>						

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(**8 DE MAYO DE 2006**)

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El proceso está asesorado por guías de departamento de bomberos. ▪ Capacitación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación ▪ Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. ▪ Instrucciones para el uso de sistemas de comunicación y para utilización de ascensores. ▪ Sistemas de evacuación. ▪ Señalización de sistemas de evacuación. ▪ Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. 	
--	--

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006

(8 DE MAYO DE 2006)

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

<p>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seguridad ➤ Continuidad ➤ Coordinación ➤ Competencia ➤ Aceptabilidad ➤ Efectividad ➤ Pertinencia ➤ Eficiencia ➤ Accesibilidad ➤ Oportunidad 						
<p>Estándar VI.5.J. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 						
<p>Estándar VI.5.K. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. ▪ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. 						