

FORMATOS DE EVALUACIÓN HOSPITALES

Formatos de Auto-Evaluación
y Evaluación Externa por Estándares
para Hospitales



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



República Dominicana

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.1. Planificación, Monitoreo y Evaluación							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.1.	La institución ha constituido un Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio, o su equivalente (Comisión de Mejoría de la Calidad de la Atención, u otro con funciones similares, conforme a lo dispuesto en el Capítulo X, Artículo 43 del Reglamento No. 434-07, General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas), y cuenta con procesos demostrables de planificación, monitoreo y evaluación, alineados con el propósito de alcanzar la excelencia en el cuidado materno infantil.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
H.1.1.1. (18 puntos)	Estructura para el liderazgo: El hospital cuenta con un Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio (EGGC), o su equivalente, formalmente constituido y funcionando, con metodologías documentadas y adoptadas para la formulación del Plan Estratégico (PE), Plan Operativo Anual (POA), y del Sistema de Monitoreo y Evaluación (M&E).	1. Acta constitutiva o estatutos del Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio. Acta de reuniones periódicas.	9				
		2. Documentos metodológicos, formalmente adoptados, que expliquen cómo desarrollar el PE, el POA, y el Sistema de M&E.	9				
H.1.1.2. (18 puntos)	Formación para el liderazgo: personal responsable de los procesos de planificación, monitoreo y evaluación ha recibido capacitación en las metodologías correspondientes, las cuales han sido incorporadas en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal del área directiva. Las capacitaciones, inducciones y entrenamientos mencionados son	1. Evidencias que demuestran que los integrantes actuales del EGGC han recibido capacitación sobre las metodologías que explican cómo formular el PE, el POA y el Sistema de M&E.	5				
		2. Incorporación de los diferentes contenidos del tema de planeación estratégica en el programa de inducción del hospital.	4				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.1. Planificación, Monitoreo y Evaluación							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.1.	La institución ha constituido un Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio, o su equivalente (Comisión de Mejoría de la Calidad de la Atención, u otro con funciones similares, conforme a lo dispuesto en el Capítulo X, Artículo 43 del Reglamento No. 434-07, General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas), y cuenta con procesos demostrables de planificación, monitoreo y evaluación, alineados con el propósito de alcanzar la excelencia en el cuidado materno infantil.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
	documentados y evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	3. Evidencias que demuestran que si después de la capacitación han ingresado nuevos miembros al EGGC, estos han recibido la inducción y el entrenamiento necesario en estas metodologías.	4				
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre estas metodologías han sido evaluados.	3				
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	2				
H.1.1.3. (18 puntos)	Despliegue de la función de liderazgo: El EGGC aplica sistemáticamente las metodologías de planificación, monitoreo y evaluación y sigue sus	1. Evidencias de la autoevaluación con la herramienta CAF, correctamente aplicada.	6				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil						
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES						
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL						
ESTÁNDAR H.1.1. Planificación, Monitoreo y Evaluación						
DPS:		EVALUADORES:				
FECHA:						
CÓDIGO	ESTÁNDAR:			PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.1.	La institución ha constituido un Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio, o su equivalente (Comisión de Mejoría de la Calidad de la Atención, u otro con funciones similares, conforme a lo dispuesto en el Capítulo X, Artículo 43 del Reglamento No. 434-07, General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas), y cuenta con procesos demostrables de planificación, monitoreo y evaluación, alineados con el propósito de alcanzar la excelencia en el cuidado materno infantil.			90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES	
	directrices. Como resultado de ello, la institución se ha autoevaluado con la herramienta CAF, aplicada correctamente y cuenta con un PE, un POA, y un sistema de M&E debidamente documentados.	2. Plan Estratégico vigente.	5			
		3. Plan Operativo Anual vigente.	4			
		4. Sistema de M&E documentado.	3			
H.1.1.4. (18 puntos)	Monitoreación estratégica del cambio: El EGGC evalúa trimestralmente los avances del POA, y anualmente, los avances del PE. Asimismo, analiza los resultados aportados por el Sistema de M&E.	1. Evidencias de seguimiento anual al PE, con análisis de sus avances.	6			
		2. Evidencias de seguimiento trimestral al POA, con análisis de sus avances.	6			
		3. Evidencias de aplicación del Sistema de M&E, con análisis de sus avances.	6			
H.1.1.5. (18 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El EGGC, o su equivalente, utiliza la información generada en la monitoreación estratégica del cambio para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones de mejoramiento dirigidas a lograr los objetivos del PE y del POA, y a alcanzar las metas previstas en el sistema de M&E (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos).	9			

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil						
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES						
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL						
ESTÁNDAR H.1.1. Planificación, Monitoreo y Evaluación						
DPS:		EVALUADORES:				
FECHA:						
CÓDIGO	ESTÁNDAR:			PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.1.	La institución ha constituido un Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio, o su equivalente (Comisión de Mejoría de la Calidad de la Atención, u otro con funciones similares, conforme a lo dispuesto en el Capítulo X, Artículo 43 del Reglamento No. 434-07, General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas), y cuenta con procesos demostrables de planificación, monitoreo y evaluación, alineados con el propósito de alcanzar la excelencia en el cuidado materno infantil.			90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES	
	los hallazgos, con el fin de encaminar correctamente el rumbo de la institución. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	9			
Fortalezas: _____						
Oportunidades de Mejora: _____						
Recomendaciones: _____						

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.2.Sistema de Información							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.2.	La institución ha organizado la gestión de sus datos clínicos y de soporte administrativo en un sistema seguro, que le aporta información confiable y oportuna para la toma de decisiones en beneficio de la población atendida, con énfasis en el grupo materno infantil. La gestión de la información en el hospital sigue las directrices del mejoramiento continuo.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.1.2.1. (18 puntos)	Fundamentos estructurales para la gestión de la información: La institución cuenta con un conjunto de registros y de procedimientos claramente establecidos para capturar y procesar los datos necesarios mediante el Sistema de Información Perinatal (SIP) y la Historia Clínica Perinatal (HCP), a fin de disponer de la información clínica y demográfica de los usuarios, incluido el procedimiento o reglamento interno de gestión de los expedientes clínicos y todos los demás procedimientos inherentes a la administración de la información relacionada con la gestión del recurso humano, gestión de suministros y gestión administrativa y financiera. Para los casos necesarios, el hospital cuenta con equipos y programas que le permitan procesar los datos y generar la información de manera oportuna, segura y confiable.	1. Procedimientos documentados en los cuales se explique cómo capturar y procesar los datos relativos a la atención perinatal mediante el SIP/HCP, de manera que se pueda generar información confiable y oportuna para la toma de decisiones.	5				
		2. Procedimiento, reglamento interno o guía, armonizado con las directrices nacionales, en el cual se imparten normas para el completo y correcto llenado de los expedientes clínicos, incluyendo la HCP.	2				
		3. Directrices incluidas en los procesos de gestión de recursos humanos, gestión de suministros y gestión administrativa y financiera, que destacan la importancia del correcto llenado de los formatos y demás documentos que se generan en dichos procesos.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.2.Sistema de Información							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.2.	La institución ha organizado la gestión de sus datos clínicos y de soporte administrativo en un sistema seguro, que le aporta información confiable y oportuna para la toma de decisiones en beneficio de la población atendida, con énfasis en el grupo materno infantil. La gestión de la información en el hospital sigue las directrices del mejoramiento continuo.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
		4. Formatos diseñados para capturar los datos relevantes para la toma de decisiones en cada uno de los procesos institucionales.	3				
		5. Equipos y programas de computación destinados al procesamiento de datos y generación de información.	3				
		6. Equipos, programas y otras herramientas físicas y/o digitales que permiten proteger los datos y la información relevante de la institución contra deterioro, pérdida o adulteración, por posibles hechos o eventos de naturaleza accidental o intencional.	2				
H.1.2.2. (18 puntos)	Fundamentos estructurales para la gestión de la información: La institución cuenta con un conjunto de registros y de procedimientos claramente establecidos para capturar y procesar los datos necesarios mediante el Sistema de Información Perinatal (SIP) y la	1. Procedimientos documentados, en los cuales se explique cómo capturar y procesar los datos relativos a la atención perinatal mediante el SIP/ HCP, de manera que se pueda generar información confiable y oportuna para la toma de decisiones.	5				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil								
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES								
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL								
ESTÁNDAR H.1.2.Sistema de Información								
DPS:		EVALUADORES:						
FECHA:								
CÓDIGO	ESTÁNDAR:					PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.2.	La institución ha organizado la gestión de sus datos clínicos y de soporte administrativo en un sistema seguro, que le aporta información confiable y oportuna para la toma de decisiones en beneficio de la población atendida, con énfasis en el grupo materno infantil. La gestión de la información en el hospital sigue las directrices del mejoramiento continuo.					90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES			
				SÍ / NO				
	Historia Clínica Perinatal (HCP), a fin de disponer de la información clínica y demográfica de los usuarios, incluido el procedimiento o reglamento interno de gestión de los expedientes clínicos y todos los demás procedimientos inherentes a la administración de la información relacionada con la gestión del recurso humano, gestión de suministros y gestión administrativa y financiera. Para los casos necesarios, el hospital cuenta con equipos y programas que le permitan procesar los datos y generar la información de manera oportuna, segura y confiable.	2. Procedimiento, reglamento interno o guía, armonizado con las directrices nacionales, en el cual se impartan normas para el completo y correcto llenado de los expedientes clínicos, incluyendo la HCP.	2					
		3. Directrices incluidas en los procesos de gestión de recursos humanos, gestión de suministros y gestión administrativa y financiera, que destaquen la importancia del correcto llenado de los formatos y demás documentos que se generan en dichos procesos.	3					
		4. Formatos diseñados para capturar los datos relevantes para la toma de decisiones en cada uno de los procesos institucionales.	3					
		4. Formatos diseñados para capturar los datos relevantes para la toma de decisiones en cada uno de los procesos institucionales.	3					

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.2.Sistema de Información							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.2.	La institución ha organizado la gestión de sus datos clínicos y de soporte administrativo en un sistema seguro, que le aporta información confiable y oportuna para la toma de decisiones en beneficio de la población atendida, con énfasis en el grupo materno infantil. La gestión de la información en el hospital sigue las directrices del mejoramiento continuo.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
		5. Equipos y programas de computación destinados al procesamiento de datos y generación de información.	3				
H.1.2.3. (18 puntos)	Gestión de datos e información: El personal responsable de la generación, captura y procesamiento de datos y del análisis de la información aplica sistemáticamente los procedimientos que sobre estos aspectos ha adoptado la institución, incluido el manejo de los expedientes clínicos. Como resultado de ello, la información necesaria para la gestión se produce, distribuye y conserva en forma confiable, segura y oportuna.	1. Expedientes clínicos, incluido la HCP, completa y correctamente llenados, conforme a las normas nacionales e institucionales.	6				
		2. Archivo de expedientes clínicos organizado, con tarjetero índice y sistema informático de apoyo que garanticen que existe una sola historia clínica por paciente y que su localización es ágil.	6				
		3. Evidencias de que la información relevante de la institución se encuentra almacenada y preservada en condiciones que garanticen su seguridad.	6				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.2.Sistema de Información							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.2.	La institución ha organizado la gestión de sus datos clínicos y de soporte administrativo en un sistema seguro, que le aporta información confiable y oportuna para la toma de decisiones en beneficio de la población atendida, con énfasis en el grupo materno infantil. La gestión de la información en el hospital sigue las directrices del mejoramiento continuo.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.1.2.5. (18 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, utiliza los resultados del control de calidad de la información para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el propósito de mejorar la calidad, oportunidad y confiabilidad de la información clínica y demográfica, y de la relacionada con los procesos de gestión humana, gestión de suministros y gestión administrativa y financiera. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones basadas en la evaluación de la calidad de los expedientes clínicos y dirigidas a mejorar el llenado de los mismos (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos).	9				
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	9				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.3. Gestión del capital humano							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.3.	Los procedimientos de gestión humana del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico institucional, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.1.3.1. (6 puntos)	Disponibilidad del soporte documental: La institución ha documentado los procesos y procedimientos de gestión del capital humano (reclutamiento, selección, contratación, inducción, entrenamiento y educación continua) y los revisa y actualiza periódicamente (como mínimo, cada dos años). Además, se han introducido los ajustes estructurales necesarios (infraestructura, equipos, personal, etc.) para que los procesos de gestión humana puedan ejecutarse conforme a lo documentado.	1. Procesos de gestión del capital humano debidamente documentados y actualizados, que incluyan los procedimientos de: reclutamiento, selección, contratación, inducción, entrenamiento y educación continua.	3				
		2. Al revisar los procesos documentados se observa claramente que estos son aplicables en la institución.	3				
H.1.3.2. (6 puntos)	Despliegue de los procesos: El personal responsable de los procedimientos relacionados con la gestión de capital humano ha recibido capacitación sobre la correcta ejecución de dichos procedimientos, los cuales han sido incorporados también en el programa	1. Evidencias que demuestran que el personal responsable de la gestión humana ha recibido capacitación sobre los procedimientos y directrices que le son aplicables.	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.3. Gestión del capital humano							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.3.	Los procedimientos de gestión humana del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico institucional, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	de inducción y entrenamiento para nuevo personal de esta área. Estas capacitaciones, inducciones y entrenamientos son documentados y evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	2. Incorporación, en el programa de inducción y entrenamiento del personal responsable de la gestión humana, de los procedimientos a su cargo.	1				
		3. Evidencias que demuestran que el personal que participa en los procesos de gestión humana ha recibido la inducción y el entrenamiento necesarios sobre los procedimientos a su cargo.	1				
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre estos temas han sido evaluados.	1				
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	1				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.3. Gestión del capital humano							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.3.	Los procedimientos de gestión humana del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico institucional, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
H.1.3.3. (6 puntos)	Ejecución pertinente de los procesos: Todo el personal que participa en los procesos de gestión humana aplica sistemáticamente los procedimientos documentados y genera de manera consistente los registros y demás productos que en ellos se mencionan.	1. Evidencias que demuestran que los procesos de gestión humana se están llevando a cabo conforme a lo documentado (información ordenada y debidamente actualizada).	6				
H.1.3.4. (6 puntos)	Auditoría de los procesos de gestión humana: La institución cuenta con mecanismos sistemáticos para evaluar la adhesión del personal del área de gestión humana a los procedimientos documentados y con indicadores para medir los resultados de los mismos.	1. Evidencias que permitan demostrar la existencia de mecanismos institucionales sistemáticos para evaluar la adhesión del personal responsable de la gestión humana a sus procedimientos (auditorías internas, programas de supervisión, etc.).	3				
		2. Indicadores formalmente adoptados, con evidencias de seguimiento periódico (gráficos de línea) que permitan demostrar el mejoramiento de los procesos de gestión humana.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.3. Gestión del capital humano							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.3.	Los procedimientos de gestión humana del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico institucional, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
H.1.3.5. (6 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio, o su equivalente, utiliza los resultados e indicadores de la auditoría a los procesos de gestión humana para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de mejorar el desempeño del grupo de gestión humana. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones dirigidas a mejorar los procesos de gestión humana (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos).	3				
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.4. Gestión de los recursos físicos							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.4.	Los procedimientos de gestión de los recursos físicos (infraestructura y equipos) del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico de la institución, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.1.4.1. (6 puntos)	Disponibilidad del soporte documental: La institución ha documentado los procesos y procedimientos de gestión de los recursos físicos (evaluación de necesidades, selección, incorporación, mantenimiento preventivo y correctivo, reposición y renovación, según aplique), los revisa y actualiza periódicamente. Además, se han introducido los ajustes estructurales necesarios (infraestructura, equipos, personal, etc.) para que los procesos de gestión de los recursos físicos puedan ejecutarse conforme a lo documentado.	1. Los procesos de gestión de recursos físicos están debidamente documentados y actualizados e incluyen los procedimientos de evaluación de necesidades, selección, incorporación, mantenimiento preventivo y correctivo, reposición y renovación, según aplique.	3				
		2. Al revisar los procesos documentados se observa claramente que estos son aplicables en la institución.	3				
H.1.4.2. (6 puntos)	Despliegue de los procesos: El personal responsable de los procedimientos relacionados con la gestión de los recursos físicos ha recibido capacitación sobre la correcta ejecución de dichos	1. Evidencias que demuestran que el personal responsable de la gestión de recursos físicos ha recibido capacitación sobre los procedimientos y directrices que le son aplicables.	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.4. Gestión de los recursos físicos							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.4.	Los procedimientos de gestión de los recursos físicos (infraestructura y equipos) del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico de la institución, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	procedimientos, los cuales han sido incorporados también en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de estas áreas. Estas capacitaciones, inducciones y entrenamientos son documentados y evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	2. Incorporación, en el programa de inducción y entrenamiento del personal responsable de la gestión de recursos físicos, de los procedimientos a su cargo.	1				
		3. Evidencias que demuestran que el personal que participa en los procesos de gestión de recursos físicos ha recibido la inducción y el entrenamiento necesarios sobre los procedimientos a su cargo.	1				
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre estos temas han sido evaluados.	1				
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	1				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.4. Gestión de los recursos físicos							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.4.	Los procedimientos de gestión de los recursos físicos (infraestructura y equipos) del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico de la institución, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.1.4.3. (6 puntos)	Ejecución pertinente de los procesos: Todo el personal que participa en los procesos de gestión de los recursos físicos aplica sistemáticamente los procedimientos documentados y genera de manera consistente los registros y demás productos que en ellos se mencionan.	1. Evidencias que demuestran que los procesos de gestión de recursos físicos se están llevando a cabo conforme a lo documentado (información ordenada y debidamente actualizada sobre mantenimiento de equipos e infraestructura).	6				
H.1.4.4. (6 puntos)	Auditoría de los procesos de gestión de los recursos físicos: La institución cuenta con mecanismos sistemáticos para evaluar la adhesión del personal de las áreas relacionadas con la gestión de los recursos físicos a los procedimientos documentados y con indicadores para medir los resultados de los mismos.	1. Evidencias que demuestran la existencia de mecanismos institucionales sistemáticos para evaluar la adhesión del personal responsable de la gestión de recursos físicos a sus procedimientos (auditorías internas, programas de supervisión, etc.).	3				
		2. Indicadores definidos y formalmente adoptados, con evidencias de seguimiento periódico (gráficos de línea) que permitan demostrar el mejoramiento de los procesos de gestión de los recursos físicos.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.4. Gestión de los recursos físicos							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.4.	Los procedimientos de gestión de los recursos físicos (infraestructura y equipos) del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico de la institución, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.1.4.5. (6 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El EGGC o su equivalente, utiliza los indicadores y resultados de la auditoría a los procesos de gestión de recursos físicos para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de mejorar el desempeño de estos grupos de trabajo. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones dirigidas a mejorar los procesos de gestión de recursos físicos (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos).	3				
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.5. Gestión administrativa y financiera							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.4.	Los procedimientos de gestión de los recursos físicos (infraestructura y equipos) del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico de la institución, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.1.5.1. (6 puntos)	Disponibilidad del soporte documental: La institución ha documentado los procesos y procedimientos de gestión administrativa y financiera, así como la gestión integral de suministros, los revisa y actualiza periódicamente. Además, ha introducido los ajustes estructurales necesarios (infraestructura, equipos, personal, etc.) para que los procesos de gestión administrativa y financiera puedan ejecutarse conforme a lo documentado.	1. Procesos de gestión administrativa y financiera debidamente documentados y actualizados para la gestión integral de suministro.	3				
		2. Los procesos documentados revisados aportan evidencias claras de que estos son aplicables en la institución.	3				
H.1.5.2. (6 puntos)	Despliegue de los procesos: El personal responsable de los procedimientos relacionados con la gestión de suministro, ha recibido capacitación sobre la correcta ejecución de dichos procedimientos, los cuales han sido incorporados también en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de estas áreas. Estas capacitaciones, inducciones y entrenamientos son documentados y	1. Evidencias que demuestran que el personal responsable de los procesos de gestión de suministro, ha recibido capacitación sobre los procedimientos y directrices que le son aplicables.	2				
		2. Evidencias de la incorporación en el programa de inducción y entrenamiento del personal responsable de la gestión de suministro de los procedimientos a su cargo.	1				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.5. Gestión administrativa y financiera							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.4.	Los procedimientos de gestión de los recursos físicos (infraestructura y equipos) del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico de la institución, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
	evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	3. Evidencias que demuestran que el personal que participa en los procesos de gestión de suministro, ha recibido la inducción y el entrenamiento necesarios sobre los procedimientos a su cargo.	1				
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre estos temas han sido evaluados.	1				
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	1				
H.1.5.3. (6 puntos)	Ejecución pertinente de los procesos: Todo el personal que participa en los procesos de gestión de suministro aplica sistemáticamente los procedimientos documentados y genera de manera consistente los registros y demás productos que en ellos se mencionan.	1. Evidencias que demuestran que los procesos de gestión de suministro se están llevando a cabo conforme a lo documentado (información administrativa y contable ordenada y debidamente actualizada).					

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.5. Gestión administrativa y financiera							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.4.	Los procedimientos de gestión de los recursos físicos (infraestructura y equipos) del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico de la institución, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.1.5.4. (6 puntos)	Auditoría de los procesos de gestión administrativa y financiera: La institución cuenta con mecanismos sistemáticos para evaluar la adhesión del personal de las áreas relacionadas con la gestión de suministro a los procedimientos documentados y con indicadores para medir los resultados de los mismos.	1. Evidencias que permiten demostrar la existencia de mecanismos institucionales sistemáticos para evaluar la adhesión del personal responsable de la gestión administrativa y financiera a sus procedimientos (auditorías internas, programas de supervisión, etc.).	3				
		2. Indicadores formalmente adoptados, con evidencias de seguimiento periódico (gráficos de línea) que permiten demostrar el mejoramiento de los procesos de gestión de suministro.	3				
H.1.5.5. (6 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio, o su equivalente, utiliza los resultados e indicadores de la auditoría en los procesos de gestión de suministro, para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones dirigidas a mejorar los procesos de gestión de suministro (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos).	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H1: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL							
ESTÁNDAR H.1.5. Gestión administrativa y financiera							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.1.4.	Los procedimientos de gestión de los recursos físicos (infraestructura y equipos) del hospital están debidamente documentados y alineados con el direccionamiento estratégico de la institución, se aplican conforme a lo documentado y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de mejorar el desempeño de estos grupos de trabajo. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.1. Control prenatal con enfoque integral							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.1.	El control prenatal implementado en la institución cuenta con directrices inequívocas, basadas en la evidencia, y es ejecutado por personal entrenado, que hace uso correcto de la historia clínica perinatal y cumple con todas las directrices técnicas del programa. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a los lineamientos sobre control prenatal contenidos en las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y procede según los resultados, para alcanzar las metas esperadas.				80		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
H.2.1.1. (16 puntos)	Disponibilidad del protocolo de control prenatal: La institución cuenta con un protocolo actualizado y armonizado con las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y con las directrices sobre prevención de la transmisión vertical del VIH. El protocolo se encuentra permanentemente disponible para todo el personal del servicio de obstetricia y perinatología, en sus áreas de trabajo.	1. Protocolo de control prenatal actualizado, que incluye la prevención de la transmisión vertical del VIH, armonizado con las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y las Guías de Atención a las Principales Urgencias Obstétricas.	8				
		2. Protocolo de control prenatal se encuentra permanentemente disponible para todo el personal responsable, cerca del área de atención.	8				
H.2.1.2. (16 puntos)	Entrenamiento en el protocolo de control prenatal: El personal de obstetricia y perinatología de la institución ha recibido capacitación sobre los diferentes componentes del Protocolo de Control Prenatal, incluido	1. Evidencias que demuestran que todo el personal que actualmente atiende a las gestantes durante el control prenatal ha sido entrenado en el protocolo correspondiente y en sus diferentes componentes.	4				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.1. Control prenatal con enfoque integral							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.1.	El control prenatal implementado en la institución cuenta con directrices inequívocas, basadas en la evidencia, y es ejecutado por personal entrenado, que hace uso correcto de la historia clínica perinatal y cumple con todas las directrices técnicas del programa. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a los lineamientos sobre control prenatal contenidos en las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y procede según los resultados, para alcanzar las metas esperadas.				80		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	el uso de la Historia Clínica Perinatal (HCP) y el Protocolo adoptado por el Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV). Además, el tema ha sido incorporado en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud del área. Estas capacitaciones, inducciones y entrenamientos son documentados y evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	2. Evidencias que demuestran que los contenidos del protocolo de control prenatal han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud del área.	4				
		3. Evidencias que demuestran que si después de la capacitación han ingresado nuevos miembros al área de obstetricia, estos han recibido la inducción y el entrenamiento necesario en este protocolo	3				
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre el protocolo de control prenatal han sido evaluados.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.1. Control prenatal con enfoque integral							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.1.	El control prenatal implementado en la institución cuenta con directrices inequívocas, basadas en la evidencia, y es ejecutado por personal entrenado, que hace uso correcto de la historia clínica perinatal y cumple con todas las directrices técnicas del programa. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a los lineamientos sobre control prenatal contenidos en las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y procede según los resultados, para alcanzar las metas esperadas.				80		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ	NO		
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	2				
H.2.1.3. (16 puntos)	Aplicación del protocolo de control prenatal: La institución digitaliza la información en el sistema informático perinatal. El personal de obstetricia y perinatología de la institución hace uso correcto de la HCP y cumple con todas las directrices técnicas del programa, incluido el cumplimiento del protocolo PNRTV. El hospital dispone de la HCP en el expediente clínico y las gestantes poseen su correspondiente carnet perinatal.	1. Información digitalizada en el sistema informático perinatal.	6				
		2. Las historias clínicas de las usuarias atendidas contienen la información suficiente y necesaria para demostrar que este protocolo se está aplicando de manera correcta y completa.	6				
		3. Las usuarias atendidas portan su correspondiente carnet perinatal con información completa y correcta.	4				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.1. Control prenatal con enfoque integral							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.1.	El control prenatal implementado en la institución cuenta con directrices inequívocas, basadas en la evidencia, y es ejecutado por personal entrenado, que hace uso correcto de la historia clínica perinatal y cumple con todas las directrices técnicas del programa. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a los lineamientos sobre control prenatal contenidos en las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y procede según los resultados, para alcanzar las metas esperadas.				80		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
H.2.1.4. (16 puntos)	Monitoreo del mejoramiento: La institución aplica trimestralmente, y de manera sistemática, las guías de supervisión clínica (listas de chequeo), con el fin de evaluar la adhesión al protocolo de control prenatal adoptado y de valorar la adhesión del personal a las directrices técnicas del programa. Así mismo, calcula y consolida los demás indicadores establecidos para valorar la calidad del control prenatal.	1. Informes consolidados de resultados de la supervisión clínica al Programa de Control Prenatal con análisis y proposición de medidas pertinentes.	8				
		2. Resultados consolidados de otros indicadores utilizados por la institución para evaluar la calidad del control prenatal, con análisis y proposición de medidas pertinentes.	8				
H.2.1.5. (6 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El EGGC o su equivalente, analiza técnicamente los resultados de las mediciones trimestrales de adhesión al protocolo de control prenatal y de los demás indicadores de calidad del programa. A partir de esta información,	1. Actas y demás evidencias que demuestran que la información sobre adhesión al protocolo de control prenatal e indicadores de calidad de este programa, está siendo utilizada para adoptar acciones dirigidas a mejorar la calidad de este servicio (estímulos	8				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.1. Control prenatal con enfoque integral							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.1.	El control prenatal implementado en la institución cuenta con directrices inequívocas, basadas en la evidencia, y es ejecutado por personal entrenado, que hace uso correcto de la historia clínica perinatal y cumple con todas las directrices técnicas del programa. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a los lineamientos sobre control prenatal contenidos en las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y procede según los resultados, para alcanzar las metas esperadas.				80		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
	adopta e implementa acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente la situación identificada, con el fin de mejorar la calidad del control prenatal. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	a buenos resultados e intervención de resultados negativos).					
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	8				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.2. Parto Seguro y Cuidados Obstétricos de Emergencia							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.2.	La atención del parto y de los eventos obstétricos de emergencia cuenta con protocolos basados en la evidencia y es brindada por personal entrenado, que procede conforme a estos lineamientos. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a las directrices adoptadas y otros indicadores de calidad, audita la morbilidad y mortalidad maternas, y actúa con base en los resultados, para alcanzar las metas esperadas.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
H.2.2.1. (18 puntos)	Disponibilidad de los Protocolos para la Atención del Parto (PP) y otros eventos de emergencia obstétrica: La institución cuenta con protocolos actualizados sobre atención del parto y demás eventos obstétricos, incluida la prevención de la transmisión vertical del VIH. Estos protocolos están basados en la mejor evidencia científica disponible, en las Normas Nacionales de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y en las Guías de Atención a las Principales Urgencias Obstétricas, y se encuentran permanentemente disponibles, cerca del área de atención, para todo el personal responsable.	1. Protocolos completos de atención del parto y COEm, incluida la prevención de la transmisión vertical del VIH, actualizados y armonizados con las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y las Guías de Atención a las Principales Urgencias Obstétricas.	10				
		2. Los protocolos de atención del parto y COEm, se encuentran permanentemente disponibles para todo el personal responsable, cerca del área de atención.	8				
H.2.2.2. (18 puntos)	Entrenamiento en los PP y Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm): El personal de obstetricia de la institución ha cursado y aprobado la capacitación COEm de mínimo	1. Evidencias que demuestran que todo el personal que actualmente trabaja en el área de obstetricia de la institución ha cursado y aprobado la capacitación COEm de mínimo 100 horas.	4				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.2. Parto Seguro y Cuidados Obstétricos de Emergencia							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.2.	La atención del parto y de los eventos obstétricos de emergencia cuenta con protocolos basados en la evidencia y es brindada por personal entrenado, que procede conforme a estos lineamientos. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a las directrices adoptadas y otros indicadores de calidad, audita la morbilidad y mortalidad maternas, y actúa con base en los resultados, para alcanzar las metas esperadas.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
	100 horas. Además, el tema ha sido incorporado en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud del área. Adicionalmente, el hospital garantiza que aquel personal que cursó y aprobó la capacitación COEm, ha recibido y aprobado actualizaciones anuales de mínimo 20 horas. Todas las capacitaciones, inducciones y entrenamientos mencionados son documentados y evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	2. Evidencias que demuestran que el personal que cursó y aprobó la capacitación COEm, ha recibido y aprobado actualizaciones anuales de mínimo 20 horas.	4				
		3. Evidencias que demuestran que la capacitación COEm ha sido incorporada en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud del área.	3				
		4. Evidencias que demuestran que si después de la capacitación han ingresado nuevos miembros al área de obstetricia, estos han recibido la inducción y el entrenamiento necesario en estos protocolos.	3				
		5. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre estos protocolos han sido evaluados.	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.2. Parto Seguro y Cuidados Obstétricos de Emergencia							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.2.	La atención del parto y de los eventos obstétricos de emergencia cuenta con protocolos basados en la evidencia y es brindada por personal entrenado, que procede conforme a estos lineamientos. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a las directrices adoptadas y otros indicadores de calidad, audita la morbilidad y mortalidad maternas, y actúa con base en los resultados, para alcanzar las metas esperadas.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
		6. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	2				
H.2.2.3. (18 puntos)	Aplicación de los PP y COEm: El personal del área de obstetricia y emergencias conoce y aplica los protocolos de atención del parto y COEm y el protocolo nacional del PNRTV, y deja evidencia clara de sus actuaciones en los expedientes clínicos de las usuarias.	1. Las historias clínicas de las usuarias atendidas contienen la información suficiente y necesaria para demostrar que estos protocolos se están aplicando de manera correcta y completa.	18				
H.2.2.4. (18 puntos)	Monitoreación del mejoramiento: La institución aplica de manera sistemática las guías de supervisión clínica (listas de chequeo), con el fin de evaluar la adhesión a los protocolos adoptados y proponer las recomendaciones pertinentes. Asimismo, calcula y	1. Informes consolidados de resultados de la supervisión clínica a los PP y COEm.	6				
		2. Informes de las auditorías a los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna, con análisis de evitabilidad y proposición de las medidas pertinentes.	7				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.2. Parto Seguro y Cuidados Obstétricos de Emergencia							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.2.	La atención del parto y de los eventos obstétricos de emergencia cuenta con protocolos basados en la evidencia y es brindada por personal entrenado, que procede conforme a estos lineamientos. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a las directrices adoptadas y otros indicadores de calidad, audita la morbilidad y mortalidad maternas, y actúa con base en los resultados, para alcanzar las metas esperadas.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
	consolida los demás indicadores establecidos para valorar la calidad de la atención del parto y de otros eventos de emergencia obstétrica. Por su parte, el comité de morbilidad y mortalidad.	3. Resultados de otros indicadores de calidad en la atención del parto y demás eventos obstétricos de emergencia, con análisis y proposición de medidas pertinentes.	5				
H.2.2.5. (18 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El comité de morbilidad y mortalidad materna, en coordinación con el EGGC, analiza los resultados de las mediciones de supervisión clínica, de los demás indicadores de calidad de la atención obstétrica y de las auditorías de morbilidad extrema y mortalidad materna; con base en esta información, adopta e implementa acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente la situación identificada con el fin de mejorar continuamente la calidad	1. Actas y demás evidencias que demuestran que la información sobre supervisión clínica, análisis de morbilidad materna extrema y mortalidad materna, e indicadores de calidad de la atención del parto y otros eventos obstétricos de emergencia, está siendo utilizada para adoptar acciones dirigidas a mejorar la calidad de estos servicios (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).	7				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.2. Parto Seguro y Cuidados Obstétricos de Emergencia							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.2.	La atención del parto y de los eventos obstétricos de emergencia cuenta con protocolos basados en la evidencia y es brindada por personal entrenado, que procede conforme a estos lineamientos. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a las directrices adoptadas y otros indicadores de calidad, audita la morbilidad y mortalidad maternas, y actúa con base en los resultados, para alcanzar las metas esperadas.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	11				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.3. Atención Esencial del Recién Nacido (Cuidados Básicos)							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.3.	La institución cuenta con protocolos de atención al recién nacido, basados en la evidencia. El personal que brinda los cuidados está debidamente entrenado y procede conforme a las normas y guías de atención integral al recién nacido, vigentes en el país. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices y otros indicadores de calidad, analizan las muertes perinatales y demás eventos trazadores de la calidad del cuidado al neonato al momento del nacimiento, y actúa con base en los resultados obtenidos, para alcanzar las metas esperadas.				75		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.2.3.1. (15 puntos)	Disponibilidad de los protocolos de atención al recién nacido: La institución cuenta con protocolos actualizados sobre atención y reanimación del recién nacido, armonizados con las normas y guías de atención al recién nacido, vigentes en el país, incluida la prevención de la transmisión vertical del VIH. Los protocolos mencionados están basados en la mejor evidencia científica disponible, y se encuentran permanentemente disponibles, cerca del área de atención, para todo el personal responsable.	1. Protocolos de atención al recién nacido actualizados y armonizados con las normas y guías de atención al recién nacido, vigentes en el país, incluida la prevención de la transmisión vertical del VIH.	8				
		2. Los protocolos de atención al recién nacido se encuentran permanentemente disponibles para todo el personal responsable, cerca del área de atención.	7				
H.2.3.2. (15 puntos)	Entrenamiento en los protocolos de atención del recién nacido: El personal de pediatría y/o perinatología de la	1. Evidencias que demuestran que todo el personal de pediatría y/o perinatología ha sido entrenado en los protocolos	4				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.3. Atención Esencial del Recién Nacido (Cuidados Básicos)							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.3.	La institución cuenta con protocolos de atención al recién nacido, basados en la evidencia. El personal que brinda los cuidados está debidamente entrenado y procede conforme a las normas y guías de atención integral al recién nacido, vigentes en el país. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices y otros indicadores de calidad, analizan las muertes perinatales y demás eventos trazadores de la calidad del cuidado al neonato al momento del nacimiento, y actúa con base en los resultados obtenidos, para alcanzar las metas esperadas.				75		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	institución ha sido entrenado en los protocolos de atención del recién nacido, incluida la estrategia de “Ayudando a los bebés a respirar”. Además, estos temas han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud del área. Las capacitaciones, inducciones y entrenamientos mencionados son documentados y evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	de atención al recién nacido y en la estrategia “Ayudando a los bebés a respirar”.					
		2. Evidencias que demuestran que los contenidos de los protocolos de atención al recién nacido han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud del área.	4				
		3. Evidencias que demuestran que si después de la capacitación han ingresado nuevos miembros al área de pediatría y/o perinatología, estos han recibido la inducción y el entrenamiento necesarios en estos protocolos.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.3. Atención Esencial del Recién Nacido (Cuidados Básicos)							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.3.	La institución cuenta con protocolos de atención al recién nacido, basados en la evidencia. El personal que brinda los cuidados está debidamente entrenado y procede conforme a las normas y guías de atención integral al recién nacido, vigentes en el país. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices y otros indicadores de calidad, analizan las muertes perinatales y demás eventos trazadores de la calidad del cuidado al neonato al momento del nacimiento, y actúa con base en los resultados obtenidos, para alcanzar las metas esperadas.				75		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre los protocolos de atención al recién nacido han sido evaluados.	2				
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	2				
H.2.3.3. (15 puntos)	Aplicación de los protocolos de atención del recién nacido: El personal de pediatría y/o perinatología de la institución conoce y aplica los protocolos de atención del recién nacido, y deja evidencia clara de sus actuaciones en los expedientes clínicos de los	1. Información de los neonatos digitalizada en el sistema informático perinatal.	10				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.3. Atención Esencial del Recién Nacido (Cuidados Básicos)							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.3.	La institución cuenta con protocolos de atención al recién nacido, basados en la evidencia. El personal que brinda los cuidados está debidamente entrenado y procede conforme a las normas y guías de atención integral al recién nacido, vigentes en el país. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices y otros indicadores de calidad, analizan las muertes perinatales y demás eventos trazadores de la calidad del cuidado al neonato al momento del nacimiento, y actúa con base en los resultados obtenidos, para alcanzar las metas esperadas.				75		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
	neonatos y en el sistema informático perinatal.	2. Las historias clínicas de los neonatos atendidos contienen la información suficiente y necesaria para demostrar que estos protocolos se están aplicando de manera correcta y completa.	5				
H.2.3.5. (15 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El comité de morbilidad y mortalidad perinatal, en coordinación con el equipo gerencial y/o de gestión del cambio analiza técnicamente los resultados de las mediciones trimestrales de adhesión, de los demás indicadores de calidad de la atención al recién nacido durante el nacimiento y de los análisis de posibles casos de morbilidad y mortalidad perinatal presentados; con base en esta información, adopta e implementa acciones dirigidas a estimular los buenos	1. Actas y demás evidencias que demuestran que la información sobre supervisión clínica de la atención del recién nacido, análisis de morbilidad y mortalidad perinatal, e indicadores de calidad de la atención esencial del recién nacido, está siendo utilizada para adoptar acciones dirigidas a mejorar la calidad de estos servicios (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).	8				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil						
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES						
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA						
ESTÁNDAR H.2.3. Atención Esencial del Recién Nacido (Cuidados Básicos)						
DPS:		EVALUADORES:				
FECHA:						
CÓDIGO	ESTÁNDAR:			PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.3.	La institución cuenta con protocolos de atención al recién nacido, basados en la evidencia. El personal que brinda los cuidados está debidamente entrenado y procede conforme a las normas y guías de atención integral al recién nacido, vigentes en el país. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices y otros indicadores de calidad, analizan las muertes perinatales y demás eventos trazadores de la calidad del cuidado al neonato al momento del nacimiento, y actúa con base en los resultados obtenidos, para alcanzar las metas esperadas.			75		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES
				SÍ / NO		
	resultados y a intervenir oportunamente la situación identificada, con el fin de mejorar continuamente la calidad de la atención al recién nacido. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	7			
Fortalezas: _____						
Oportunidades de Mejora: _____						
Recomendaciones: _____						

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil					
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES					
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA					
ESTÁNDAR H.2.4. Seguimiento de Púerperas, Recién Nacidos y Lactantes					
DPS:		EVALUADORES:			
FECHA:					
CÓDIGO	ESTÁNDAR:	PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%	
H.2.4.	La madre y el recién nacido reciben una atención continua, basada en la evidencia, que permite reconocer e intervenir precozmente los posibles signos de alarma, conforme a las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y las Normas y Guías de Atención al Recién Nacido, vigentes en el país. Para ello, el personal está debidamente entrenado y promueve el monitoreo estricto del binomio madre e hijo durante las primeras 72 horas, en coordinación con las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) y/o con las redes comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud, y su posterior vinculación a los programas y estrategias de protección específica contenidas en las normas nacionales vigentes: Lactancia Materna, Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo, Control de Crecimiento y Desarrollo, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); y Planificación Familiar para la madre. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices, analiza los casos de mortalidad infantil y mortalidad materna durante el puerperio, y actúa con base en los resultados obtenidos.	60			
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES
				SÍ / NO	
H.2.4.1. (12 puntos)	Disponibilidad de lineamientos de seguimiento a púerperas, recién nacidos y lactantes durante el primer año: La institución cuenta con directrices actualizadas para la identificación y manejo de posibles signos de alarma en el binomio madre e hijo y con lineamientos precisos para su vinculación a los programas y estrategias de protección específica. Las directrices mencionadas se encuentran permanentemente disponibles, cerca de las áreas de atención, para todo el personal responsable.	1. Directrices para el seguimiento a púerperas, recién nacidos y lactantes durante el primer año, actualizadas y armonizadas con las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio; las Normas y Guías de Atención al Recién Nacido y los programas y estrategias de protección específica aplicables.	6		
		2. Las directrices para el seguimiento a púerperas, recién nacidos y lactantes durante el primer año se encuentran permanentemente disponibles, para todo el personal responsable, cerca de las áreas de atención.	6		

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.4. Seguimiento de Púerperas, Recién Nacidos y Lactantes							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.4.	La madre y el recién nacido reciben una atención continua, basada en la evidencia, que permite reconocer e intervenir precozmente los posibles signos de alarma, conforme a las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y las Normas y Guías de Atención al Recién Nacido, vigentes en el país. Para ello, el personal está debidamente entrenado y promueve el monitoreo estricto del binomio madre e hijo durante las primeras 72 horas, en coordinación con las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) y/o con las redes comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud, y su posterior vinculación a los programas y estrategias de protección específica contenidas en las normas nacionales vigentes: Lactancia Materna, Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo, Control de Crecimiento y Desarrollo, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); y Planificación Familiar para la madre. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices, analiza los casos de mortalidad infantil y mortalidad materna durante el puerperio, y actúa con base en los resultados obtenidos.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.2.4.2. (12 puntos)	Entrenamiento en los lineamientos de seguimiento al binomio madre e hijo: El personal de salud de la institución ha sido entrenado en los lineamientos de seguimiento al binomio madre e hijo. Además, el tema ha sido incorporado en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud del área. Las capacitaciones, inducciones y entrenamientos mencionados son documentados y evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	1. Evidencias que demuestran que todo el personal que actualmente atiende a las púerperas y recién nacidos ha sido entrenado en las directrices de seguimiento a estos grupos prioritarios.	3				
		2. Evidencias que demuestran que los contenidos de estas directrices han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud del área.	3				
		3. Evidencias que demuestran que si después de la capacitación han ingresado nuevos miembros al equipo de salud	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.4. Seguimiento de Púerperas, Recién Nacidos y Lactantes							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.4.	La madre y el recién nacido reciben una atención continua, basada en la evidencia, que permite reconocer e intervenir precozmente los posibles signos de alarma, conforme a las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y las Normas y Guías de Atención al Recién Nacido, vigentes en el país. Para ello, el personal está debidamente entrenado y promueve el monitoreo estricto del binomio madre e hijo durante las primeras 72 horas, en coordinación con las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) y/o con las redes comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud, y su posterior vinculación a los programas y estrategias de protección específica contenidas en las normas nacionales vigentes: Lactancia Materna, Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo, Control de Crecimiento y Desarrollo, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); y Planificación Familiar para la madre. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices, analiza los casos de mortalidad infantil y mortalidad materna durante el puerperio, y actúa con base en los resultados obtenidos.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
		del área, estos han recibido la inducción y el entrenamiento necesarios en estas directrices.					
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre las directrices de seguimiento a púerperas, recién nacidos y lactantes, han sido evaluados.	2				
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.4. Seguimiento de Púerperas, Recién Nacidos y Lactantes							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.4.	La madre y el recién nacido reciben una atención continua, basada en la evidencia, que permite reconocer e intervenir precozmente los posibles signos de alarma, conforme a las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y las Normas y Guías de Atención al Recién Nacido, vigentes en el país. Para ello, el personal está debidamente entrenado y promueve el monitoreo estricto del binomio madre e hijo durante las primeras 72 horas, en coordinación con las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) y/o con las redes comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud, y su posterior vinculación a los programas y estrategias de protección específica contenidas en las normas nacionales vigentes: Lactancia Materna, Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo, Control de Crecimiento y Desarrollo, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); y Planificación Familiar para la madre. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices, analiza los casos de mortalidad infantil y mortalidad materna durante el puerperio, y actúa con base en los resultados obtenidos.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.2.4.3. (12 puntos)	Entrenamiento en los lineamientos de seguimiento al binomio madre e hijo: El personal de la institución conoce y aplica los lineamientos de seguimiento al binomio madre e hijo, y deja evidencia clara de sus actuaciones en los expedientes clínicos y en la historia clínica perinatal. De igual manera, se entrega información relevante a la familia sobre signos de alarma en la madre y el recién nacido, y se dan instrucciones para consultar, en caso necesario. Así mismo, se coordinan acciones con las UNAP y/o con las redes	1. Información sobre el puerperio, y el alta del recién nacido digitalizada en el sistema informático perinatal.	3				
		2. Las historias clínicas de las púerperas y de los recién nacidos atendidos contienen la información suficiente y necesaria para demostrar que estas directrices se están aplicando de manera correcta y completa.	3				
		3. Las usuarias atendidas reciben información verbal y escrita, con información completa y correcta, sobre signos de alarma en la madre y el recién nacido.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.4. Seguimiento de Púerperas, Recién Nacidos y Lactantes							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.4.	La madre y el recién nacido reciben una atención continua, basada en la evidencia, que permite reconocer e intervenir precozmente los posibles signos de alarma, conforme a las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y las Normas y Guías de Atención al Recién Nacido, vigentes en el país. Para ello, el personal está debidamente entrenado y promueve el monitoreo estricto del binomio madre e hijo durante las primeras 72 horas, en coordinación con las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) y/o con las redes comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud, y su posterior vinculación a los programas y estrategias de protección específica contenidas en las normas nacionales vigentes: Lactancia Materna, Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo, Control de Crecimiento y Desarrollo, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); y Planificación Familiar para la madre. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices, analiza los casos de mortalidad infantil y mortalidad materna durante el puerperio, y actúa con base en los resultados obtenidos.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
	comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud para fortalecer este monitoreo e inducir la demanda a los programas de protección específica para el binomio madre e hijo.	4. Evidencias que permitan demostrar la coordinación de acciones con las UNAP y/o con las redes comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud para fortalecer este monitoreo e inducir la demanda a los programas de protección específica para el binomio madre e hijo.	3				
H.2.4.4. (12 puntos)	Monitoreación del mejoramiento: El hospital evalúa trimestralmente y de manera sistemática una muestra representativa de los expedientes clínicos de las madres y recién nacidos atendidos durante el período	1. Informes consolidados de resultados de la supervisión clínica a la atención a la madre durante el puerperio y al recién nacido y lactante hasta el primer año, con análisis y proposición de medidas pertinentes.	4				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.4. Seguimiento de Púerperas, Recién Nacidos y Lactantes							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.4.	La madre y el recién nacido reciben una atención continua, basada en la evidencia, que permite reconocer e intervenir precozmente los posibles signos de alarma, conforme a las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y las Normas y Guías de Atención al Recién Nacido, vigentes en el país. Para ello, el personal está debidamente entrenado y promueve el monitoreo estricto del binomio madre e hijo durante las primeras 72 horas, en coordinación con las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) y/o con las redes comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud, y su posterior vinculación a los programas y estrategias de protección específica contenidas en las normas nacionales vigentes: Lactancia Materna, Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo, Control de Crecimiento y Desarrollo, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); y Planificación Familiar para la madre. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices, analiza los casos de mortalidad infantil y mortalidad materna durante el puerperio, y actúa con base en los resultados obtenidos.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
	inmediatamente anterior, para valorar la adhesión del personal a los lineamientos de seguimiento (Guías de Supervisión Clínica). Asimismo, mide la cobertura de los mencionados programas y estrategias de protección específica. De igual manera, analiza los casos de mortalidad neonatal e infantil y la mortalidad materna durante el puerperio.	2. Informes de las auditorías a los casos de mortalidad neonatal e infantil y la mortalidad materna durante el puerperio, con análisis de evitabilidad y proposición de las medidas pertinentes.	4				
		3. Resultados consolidados de los indicadores de cobertura de los programas de protección específica y de otros indicadores utilizados por la institución para evaluar la calidad de estos programas, con análisis y proposición de medidas pertinentes.	4				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.4. Seguimiento de Púerperas, Recién Nacidos y Lactantes							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.4.	La madre y el recién nacido reciben una atención continua, basada en la evidencia, que permite reconocer e intervenir precozmente los posibles signos de alarma, conforme a las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y las Normas y Guías de Atención al Recién Nacido, vigentes en el país. Para ello, el personal está debidamente entrenado y promueve el monitoreo estricto del binomio madre e hijo durante las primeras 72 horas, en coordinación con las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) y/o con las redes comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud, y su posterior vinculación a los programas y estrategias de protección específica contenidas en las normas nacionales vigentes: Lactancia Materna, Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo, Control de Crecimiento y Desarrollo, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); y Planificación Familiar para la madre. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices, analiza los casos de mortalidad infantil y mortalidad materna durante el puerperio, y actúa con base en los resultados obtenidos.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.2.4.5. (12 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El EGGC, o su equivalente, evalúa los resultados de las mediciones de adhesión, de los indicadores de cobertura de los programas y estrategias de protección específica, y los análisis de los casos de mortalidad infantil y mortalidad materna durante el puerperio; con base en esta información, adopta e implementa acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente la situación identificada, con el fin de mejorar continuamente la calidad del seguimiento a las madres y lactantes	1. Actas y demás evidencias que demuestran que la información sobre adhesión a las directrices de seguimiento a la madre durante el puerperio y al recién nacido y lactante durante el primer año, los análisis de mortalidad infantil y mortalidad materna durante el puerperio, los indicadores de cobertura de los programas de protección específica y demás indicadores de calidad de estos programas, está siendo utilizada para adoptar acciones dirigidas a mejorar la calidad de estos servicios (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).	6				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H2: SERVICIOS MATERNO-INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA							
ESTÁNDAR H.2.4. Seguimiento de Púerperas, Recién Nacidos y Lactantes							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.2.4.	La madre y el recién nacido reciben una atención continua, basada en la evidencia, que permite reconocer e intervenir precozmente los posibles signos de alarma, conforme a las Normas Nacionales de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y las Normas y Guías de Atención al Recién Nacido, vigentes en el país. Para ello, el personal está debidamente entrenado y promueve el monitoreo estricto del binomio madre e hijo durante las primeras 72 horas, en coordinación con las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) y/o con las redes comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud, y su posterior vinculación a los programas y estrategias de protección específica contenidas en las normas nacionales vigentes: Lactancia Materna, Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo, Control de Crecimiento y Desarrollo, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); y Planificación Familiar para la madre. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a estas directrices, analiza los casos de mortalidad infantil y mortalidad materna durante el puerperio, y actúa con base en los resultados obtenidos.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
	durante el primer año. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	6				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H3: INTERCONEXIÓN EN RED ESTABLECIDA							
ESTÁNDAR H.3.1. Sistema de referencia y contrareferencia							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.3.1.	La institución cuenta con un proceso de referencia y contra referencia debidamente documentado, implementado y armonizado con las disposiciones vigentes del MSP, que le permite coordinar acciones con los demás niveles y desempeñar las competencias que le corresponden en el marco del Servicio Regional de Salud (SRS). El proceso de referencia y contra referencia contribuye a garantizar el acceso oportuno y seguro del binomio madre e hijo, y de las muestras de laboratorio, a los niveles de atención pertinentes. Se cuenta con herramientas para monitorear y mejorar continuamente la calidad del proceso de referencia y contra referencia.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.3.1.1. (6 puntos)	Disponibilidad del soporte documental: La institución ha documentado los procedimientos de referencia y contra referencia de usuarios y de muestras, con enfoque sistémico y de atención centrada en el cliente, y garantiza su revisión y actualización periódica (como mínimo, cada dos años). Los documentos con los procedimientos descritos se encuentran permanentemente disponibles, cerca de las áreas de trabajo, para todo el personal responsable. Además, se han introducido los ajustes estructurales necesarios (personal, infraestructura, equipos, etc.) para que el proceso pueda ejecutarse conforme a lo documentado.	1. Proceso documentado de referencia y contra referencia. El proceso está actualizado y se encuentra permanentemente disponible, cerca del área de atención, para todo el personal responsable.	4				
		2. Al revisar el proceso documentado, se observa claramente que este es aplicable en la institución.	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H3: INTERCONEXIÓN EN RED ESTABLECIDA							
ESTÁNDAR H.3.1. Sistema de referencia y contrareferencia							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.3.1.	La institución cuenta con un proceso de referencia y contra referencia debidamente documentado, implementado y armonizado con las disposiciones vigentes del MSP, que le permite coordinar acciones con los demás niveles y desempeñar las competencias que le corresponden en el marco del Servicio Regional de Salud (SRS). El proceso de referencia y contra referencia contribuye a garantizar el acceso oportuno y seguro del binomio madre e hijo, y de las muestras de laboratorio, a los niveles de atención pertinentes. Se cuenta con herramientas para monitorear y mejorar continuamente la calidad del proceso de referencia y contra referencia.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.3.1.2. (6 puntos)	Despliegue del proceso: Todo el personal que participa en el proceso de referencia y contra referencia ha recibido capacitación en los procedimientos correspondientes, los cuales han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud del área. Las capacitaciones, inducciones y entrenamientos mencionados son documentados y evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	1. Evidencias que demuestran que el personal responsable del proceso de referencia y contra referencia ha recibido capacitación sobre los procedimientos y directrices que le son aplicables.	2				
		2. Incorporación en el programa de inducción y entrenamiento del personal responsable de la referencia y contra referencia de los procedimientos a su cargo. Evidencias que demuestran que el personal que participa en el proceso de referencia y contra referencia ha recibido la inducción y el entrenamiento necesarios sobre los procedimientos a su cargo.	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H3: INTERCONEXIÓN EN RED ESTABLECIDA							
ESTÁNDAR H.3.1. Sistema de referencia y contrareferencia							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.3.1.	La institución cuenta con un proceso de referencia y contra referencia debidamente documentado, implementado y armonizado con las disposiciones vigentes del MSP, que le permite coordinar acciones con los demás niveles y desempeñar las competencias que le corresponden en el marco del Servicio Regional de Salud (SRS). El proceso de referencia y contra referencia contribuye a garantizar el acceso oportuno y seguro del binomio madre e hijo, y de las muestras de laboratorio, a los niveles de atención pertinentes. Se cuenta con herramientas para monitorear y mejorar continuamente la calidad del proceso de referencia y contra referencia.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.3.1.2. (6 puntos)		3. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre estos temas han sido evaluados.	1				
		4. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	1				
H.3.1.3. (6 puntos)	Ejecución pertinente del proceso: El personal que participa en el proceso de referencia y contra referencia aplica sistemáticamente los procedimientos documentados y genera los registros y demás productos en ellos mencionados. Además, registra lo pertinente en los correspondientes	1. Evidencias que demuestran que el proceso de referencia y contra referencia se está llevando a cabo conforme a lo documentado (registros físicos y/o bases de datos actualizados y ordenados con respecto a la remisión de usuarios).	4				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H3: INTERCONEXIÓN EN RED ESTABLECIDA							
ESTÁNDAR H.3.1. Sistema de referencia y contrareferencia							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.3.1.	La institución cuenta con un proceso de referencia y contra referencia debidamente documentado, implementado y armonizado con las disposiciones vigentes del MSP, que le permite coordinar acciones con los demás niveles y desempeñar las competencias que le corresponden en el marco del Servicio Regional de Salud (SRS). El proceso de referencia y contra referencia contribuye a garantizar el acceso oportuno y seguro del binomio madre e hijo, y de las muestras de laboratorio, a los niveles de atención pertinentes. Se cuenta con herramientas para monitorear y mejorar continuamente la calidad del proceso de referencia y contra referencia.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
		2. Los expedientes clínicos de los usuarios referidos contienen información clara sobre los motivos de la referencia y las condiciones clínicas del usuario.	2				
H.3.14. (6 puntos)	Auditoría del proceso: La institución cuenta con mecanismos sistemáticos para evaluar la adhesión del personal al proceso de referencia y contra referencia, y para medir otras variables de calidad del proceso, además de la supervisión y análisis conjunto de los eventos adversos relacionados con el mismo, entre el hospital regional/nacional y los establecimientos de la región, si aplica.	1. Evidencias que permitan demostrar la existencia de mecanismos institucionales sistemáticos para evaluar la adhesión del personal responsable del proceso de referencia y contra referencia a sus procedimientos (auditorías internas, supervisión, etc.).	3				
		2. Indicadores formalmente adoptados, con evidencias de seguimiento periódico (gráficos de línea) que permitan demostrar el mejoramiento del proceso de referencia y contra referencia.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H3: INTERCONEXIÓN EN RED ESTABLECIDA							
ESTÁNDAR H.3.1. Sistema de referencia y contrareferencia							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.3.1.	La institución cuenta con un proceso de referencia y contra referencia debidamente documentado, implementado y armonizado con las disposiciones vigentes del MSP, que le permite coordinar acciones con los demás niveles y desempeñar las competencias que le corresponden en el marco del Servicio Regional de Salud (SRS). El proceso de referencia y contra referencia contribuye a garantizar el acceso oportuno y seguro del binomio madre e hijo, y de las muestras de laboratorio, a los niveles de atención pertinentes. Se cuenta con herramientas para monitorear y mejorar continuamente la calidad del proceso de referencia y contra referencia.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.3.1.5. (6 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio, o su equivalente, analiza los resultados de los indicadores de calidad y demás informes de evaluación del proceso de referencia y contra referencia. Con base en esta información, acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente la situación identificada, con el fin de mejorar continuamente el desempeño del proceso de referencia y contra referencia. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones dirigidas a mejorar el proceso de referencia y contra referencia (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos)	3				
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil						
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES						
CARACTERÍSTICA H3: INTERCONEXIÓN EN RED ESTABLECIDA						
ESTÁNDAR H.3.1. Sistema de referencia y contrareferencia						
DPS:		EVALUADORES:				
FECHA:						
CÓDIGO	ESTÁNDAR:			PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.3.1.	La institución cuenta con un proceso de referencia y contra referencia debidamente documentado, implementado y armonizado con las disposiciones vigentes del MSP, que le permite coordinar acciones con los demás niveles y desempeñar las competencias que le corresponden en el marco del Servicio Regional de Salud (SRS). El proceso de referencia y contra referencia contribuye a garantizar el acceso oportuno y seguro del binomio madre e hijo, y de las muestras de laboratorio, a los niveles de atención pertinentes. Se cuenta con herramientas para monitorear y mejorar continuamente la calidad del proceso de referencia y contra referencia.			30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES	
Fortalezas: _____						
Oportunidades de Mejora: _____						
Recomendaciones: _____						

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H4: INFRAESTRUCTURA BASICA HABILITADA							
ESTÁNDAR H.4.1. Cumplimiento de condiciones básicas de habilitación							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.4.1.	La institución ha realizado una autoevaluación detallada del cumplimiento de los requisitos de habilitación establecidos por la Dirección General de Habilitación y Acreditación (DGHA) del MSP, conforme al reglamento N° 1138-03 y a las normas o disposiciones que complementen, lo modifiquen o sustituyan. A partir de la autoevaluación y de las recomendaciones de mejora emanadas desde la DGHA, el hospital ha diseñado y ejecutado un plan de mejora que le ha permitido cerrar, de manera prioritaria, todas las brechas que representan riesgos para la prestación de los servicios de salud a la población, con énfasis en la atención materno infantil.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.4.1.1. (6 puntos)	Autoevaluación y planeación: La institución ha conducido un ejercicio sistemático de autoevaluación del cumplimiento de los requisitos de habilitación contenidos en la normativa vigente.	1. Informe detallado de autoevaluación del cumplimiento de los requisitos de habilitación.	3				
		2. Reporte de recomendaciones de mejora emanadas desde la DGHA.	3				
H.4.1.2. (6 puntos)	Formulación del plan de mejora: Con base en la autoevaluación realizada y en las recomendaciones de mejora emanadas desde la DGHA, el hospital ha formulado un plan de mejora encaminado a cerrar, de manera prioritaria, las brechas que representan riesgos para la prestación de los servicios de salud a la población, con énfasis en la atención materno infantil, de manera que se alcance a cerrar la	1. Plan de mejora con brechas identificadas y selección de las prioritarias en función de su aporte al cuidado materno infantil.	3				
		2. El plan de mejora elaborado incorpora tanto las brechas detectadas durante la autoevaluación, como las identificadas en el reporte de la DGHA.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil						
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES						
CARACTERÍSTICA H4: INFRAESTRUCTURA BASICA HABILITADA						
ESTÁNDAR H.4.1. Cumplimiento de condiciones básicas de habilitación						
DPS:		EVALUADORES:				
FECHA:						
CÓDIGO	ESTÁNDAR:			PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.4.1.	La institución ha realizado una autoevaluación detallada del cumplimiento de los requisitos de habilitación establecidos por la Dirección General de Habilitación y Acreditación (DGHA) del MSP, conforme al reglamento N° 1138-03 y a las normas o disposiciones que complementen, lo modifiquen o sustituyan. A partir de la autoevaluación y de las recomendaciones de mejora emanadas desde la DGHA, el hospital ha diseñado y ejecutado un plan de mejora que le ha permitido cerrar, de manera prioritaria, todas las brechas que representan riesgos para la prestación de los servicios de salud a la población, con énfasis en la atención materno infantil.			30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES	
				SÍ / NO		
	totalidad de las brechas identificadas como prioritarias, dentro del plazo otorgado por la habilitación provisional.					
H.4.1.3. (6 puntos)	Ejecución del plan de mejora: El hospital ha logrado (o logrará) cerrar las brechas identificadas, dentro de los plazos establecidos por la habilitación provisional.	1. Evidencia de las acciones correctivas a los servicios no conforme encontrados, tomando en consideración las observaciones y oportunidades de mejora, para el cierre de las brechas identificadas, dentro de los plazos establecidos en la habilitación provisional.	6			
H.4.1.4. (6 puntos)	Seguimiento al plan de mejora: La institución aplica mecanismos sistemáticos, dirigidos a velar por el cumplimiento permanente de los requisitos de habilitación. Además,	1. Evidencias de seguimiento periódico (como mínimo semestral) que permitan demostrar que la institución está comprometida con el cumplimiento permanente de los requisitos de habilitación.	3			

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H4: INFRAESTRUCTURA BASICA HABILITADA							
ESTÁNDAR H.4.1. Cumplimiento de condiciones básicas de habilitación							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.4.1.	La institución ha realizado una autoevaluación detallada del cumplimiento de los requisitos de habilitación establecidos por la Dirección General de Habilitación y Acreditación (DGHA) del MSP, conforme al reglamento N° 1138-03 y a las normas o disposiciones que complementen, lo modifiquen o sustituyan. A partir de la autoevaluación y de las recomendaciones de mejora emanadas desde la DGHA, el hospital ha diseñado y ejecutado un plan de mejora que le ha permitido cerrar, de manera prioritaria, todas las brechas que representan riesgos para la prestación de los servicios de salud a la población, con énfasis en la atención materno infantil.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
	ha identificado posibles mejoras adicionales, que apoyen la mejora de la seguridad de sus servicios con énfasis en la atención al binomio madre e hijo.	2. Evidencias de actualización del plan de mejora que permitan demostrar que, una vez cerradas las brechas prioritarias, se está avanzando en el cumplimiento de los demás requisitos de habilitación, con énfasis en la mejora de la atención al binomio madre e hijo.	3				
H.4.1.5. (6 puntos)	Cierre de ciclo: El equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, ha priorizado e implementado mejoras adicionales que puedan considerarse como mejores prácticas en cuanto contribuyen a mejorar la seguridad de la atención al binomio madre e hijo.	1. Evidencias de actualización del plan de mejora que permitan demostrar que, una vez cumplidos todos los requisitos de habilitación, se están introduciendo mejoras adicionales, que contribuyen a brindar atenciones más seguras al binomio madre e hijo.	6				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil						
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES						
CARACTERÍSTICA H4: INFRAESTRUCTURA BASICA HABILITADA						
ESTÁNDAR H.4.1. Cumplimiento de condiciones básicas de habilitación						
DPS:		EVALUADORES:				
FECHA:						
CÓDIGO	ESTÁNDAR:			PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.4.1.	La institución ha realizado una autoevaluación detallada del cumplimiento de los requisitos de habilitación establecidos por la Dirección General de Habilitación y Acreditación (DGHA) del MSP, conforme al reglamento N° 1138-03 y a las normas o disposiciones que complementen, lo modifiquen o sustituyan. A partir de la autoevaluación y de las recomendaciones de mejora emanadas desde la DGHA, el hospital ha diseñado y ejecutado un plan de mejora que le ha permitido cerrar, de manera prioritaria, todas las brechas que representan riesgos para la prestación de los servicios de salud a la población, con énfasis en la atención materno infantil.			30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES	
				SÍ / NO		
Fortalezas: _____						
Oportunidades de Mejora: _____						
Recomendaciones: _____						

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.1. Gestión del riesgo y bioseguridad							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.1.	La institución cuenta con un programa establecido para el mejoramiento continuo de la bioseguridad, el cual se construye y actualiza periódicamente, a partir de los riesgos específicos identificados por un equipo previamente capacitado en esta materia.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
H.5.1.1. (18 puntos)	Estructura básica para la bioseguridad: La institución cuenta con un comité de bioseguridad y ambiente formalmente constituido y operando, y con personal capacitado en todos los procesos de bioseguridad. En uso de esta y de otras herramientas, si fuera el caso, formula y actualiza periódicamente un diagnóstico situacional que incluye sus principales brechas estructurales y de procesos en materia de bioseguridad.	1. Acta constitutiva o estatutos del comité de bioseguridad y ambiente, con identificación de las funciones de sus miembros.	4				
		2. Evidencias que demuestran que los miembros del comité han recibido capacitación en todos los aspectos de la bioseguridad (mapas de riesgo de las áreas críticas: urgencias, laboratorio, sala de partos, cirugía y esterilización; seguridad del paciente, precauciones universales de bioseguridad, directrices sobre higiene de manos, lineamientos sobre limpieza, descontaminación y desinfección, programa de 5S, entre otros).	7				
		3. Diagnóstico situacional que incluye las principales brechas estructurales y de procesos en materia de bioseguridad.	7				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.1. Gestión del riesgo y bioseguridad							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.1.	La institución cuenta con un programa establecido para el mejoramiento continuo de la bioseguridad, el cual se construye y actualiza periódicamente, a partir de los riesgos específicos identificados por un equipo previamente capacitado en esta materia.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
H.5.1.2. (18 puntos)	Formulación de un plan de fortalecimiento de la bioseguridad: Con base en el diagnóstico realizado, la institución ha formulado un plan de trabajo dirigido a incrementar, con enfoque proactivo, los niveles de bioseguridad en la organización.	1. Plan de fortalecimiento de la bioseguridad en la institución que permite intervenir las principales brechas identificadas durante el diagnóstico.	18				
H.5.1.3. (18 puntos)	Ejecución del plan de fortalecimiento de la bioseguridad: La institución ejecuta el plan de fortalecimiento de la bioseguridad, el cual debe incluir, entre otras acciones, la capacitación del personal, la adecuación y/o reparación de equipos y áreas críticas para la bioseguridad; la limpieza, clasificación, rotulación y organización de todas las áreas, la señalización de zonas críticas con los símbolos de riesgo, la formulación de un manual de bioseguridad que incluye un capítulo	1. Evidencias de ejecución y seguimiento del plan de fortalecimiento de la bioseguridad (ejemplos: memorias de capacitaciones realizadas con agendas y listados de participantes, registro gráfico de adecuaciones realizadas, evidencias de vacunación del personal contra Hepatitis B y DT).	4				
		2. Manual de bioseguridad, basado en evidencia, que incluye un capítulo sobre limpieza, descontaminación y desinfección.	4				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.1. Gestión del riesgo y bioseguridad							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.1.	La institución cuenta con un programa establecido para el mejoramiento continuo de la bioseguridad, el cual se construye y actualiza periódicamente, a partir de los riesgos específicos identificados por un equipo previamente capacitado en esta materia.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	sobre limpieza, descontaminación y desinfección, basado en la mejor evidencia científica disponible, que le permite intervenir	3. Evidencias que demuestran que los contenidos de bioseguridad han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud.	4				
		4. Evidencias que demuestran que si después de la capacitación han ingresado nuevos miembros al equipo de salud, estos han recibido la inducción y el entrenamiento necesarios en bioseguridad.	3				
		5. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre bioseguridad, han sido evaluados.	2				
		6. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.1. Gestión del riesgo y bioseguridad							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.1.	La institución cuenta con un programa establecido para el mejoramiento continuo de la bioseguridad, el cual se construye y actualiza periódicamente, a partir de los riesgos específicos identificados por un equipo previamente capacitado en esta materia.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
H.5.1.4. (18 puntos)	Seguimiento al plan de fortalecimiento de la bioseguridad: La institución cuenta con mecanismos para dar seguimiento periódico al plan de fortalecimiento y para medir la adhesión del personal a las conductas de bioseguridad. De igual manera, dispone de indicadores para medir la eficacia de las acciones emprendidas.	1. Evidencias de revisión y seguimiento al plan de fortalecimiento de la bioseguridad.	7				
		2. Evidencias de aplicación de las guías de supervisión, con resultados consolidados.	7				
		3. Resultados consolidados de indicadores que permiten medir la eficacia de las acciones emprendidas (mejoras en la seguridad del paciente, reducción en accidentes de riesgo biológico, entre otros).	4				
H.5.1.5. (18 puntos)	Decisiones de mejoramiento continuo: El Comité de Bioseguridad y Ambiente adopta e implementa acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos derivados del seguimiento al plan de fortalecimiento de la bioseguridad,	1. Actas y demás evidencias que demuestran que la información sobre adhesión a las directrices de bioseguridad y los indicadores de eficacia de las acciones emprendidas está siendo utilizada para adoptar acciones dirigidas a mejorar la bioseguridad	9				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.1. Gestión del riesgo y bioseguridad							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.1.	La institución cuenta con un programa establecido para el mejoramiento continuo de la bioseguridad, el cual se construye y actualiza periódicamente, a partir de los riesgos específicos identificados por un equipo previamente capacitado en esta materia.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE? SÍ / NO	OBSERVACIONES		
	de las mediciones de adhesión y de otros indicadores, con el fin de mejorar continuamente el desempeño de dichos procesos. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones con miras a la excelencia.	en la institución (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).					
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	9				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.2. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.2.	La institución cuenta con un programa de gestión integral de desechos y residuos sólidos hospitalarios comprometido con el medio ambiente; además, está diseñado y gerenciado con un enfoque de mejoramiento continuo.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.5.2.1. (18 puntos)	Diagnóstico sanitario sobre la gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios: La institución cuenta con un diagnóstico sanitario sobre la gestión integral de los desechos sólidos hospitalarios, que incluye la clasificación, como peligrosos o no peligrosos, de todos los residuos sólidos que produce, los tipos y cantidades de recipientes requeridos para su correcto manejo, las necesidades de capacitación del personal, adecuación de la planta física, señalización de las áreas y, en general, los ajustes que deben hacerse en materia de gestión interna, gestión externa y disposición final de dichos residuos, con un enfoque de compromiso ambiental.	1. Diagnóstico sanitario sobre la gestión integral de los desechos sólidos hospitalarios, que cumple con las características y contenidos establecidos en el subcriterio H.5.2.1., y con evidencias de la situación inicial a intervenir (registro gráfico y aplicación de instrumentos diagnósticos).	9				
		2. Evidencias de la socialización de este diagnóstico con el personal de la institución.	9				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.2. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.2.	La institución cuenta con un programa de gestión integral de desechos y residuos sólidos hospitalarios comprometido con el medio ambiente; además, está diseñado y gerenciado con un enfoque de mejoramiento continuo.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.5.2.2. (18 puntos)	Formulación de un Plan de Gestión Integral de los Residuos Sólidos Hospitalarios (PGIRSH): Con base en el diagnóstico realizado, la institución ha formulado un plan de gestión en el cual se priorizan y determinan las actividades que ejecutará, con plazos y fechas precisos. De igual manera, ha desarrollado un manual de procedimientos en el cual se adoptan directrices claras sobre la segregación de los residuos desde la fuente, su traslado interno, almacenamiento temporal, transporte y disposición final por tipo de residuo.	1. Plan de Gestión Integral de los Residuos Sólidos Hospitalarios, en el cual se priorizan y determinan las actividades que ejecutará, con plazos y fechas precisos.	9				
		2. Manual de procedimientos con directrices claras sobre la segregación de los residuos desde la fuente, su traslado interno, almacenamiento temporal, transporte y disposición final por tipo de residuo.	9				
H.5.2.3. (18 puntos)	Ejecución del PGIRSH: La institución ha ejecutado el PGIRSH y ha capacitado y evaluado a todo el personal sobre los procedimientos pertinentes en esta materia. Como resultado de ello, la gestión interna y externa, y	1. Señalización interna de la ruta sanitaria para la gestión integral de los desechos sólidos hospitalarios.	4				
		2. Disponibilidad de recipientes apropiados y en cantidad suficiente para la disposición de los residuos en las diferentes áreas.	4				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.2. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.2.	La institución cuenta con un programa de gestión integral de desechos y residuos sólidos hospitalarios comprometido con el medio ambiente; además, está diseñado y gerenciado con un enfoque de mejoramiento continuo.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
	la disposición final de los residuos, se llevan a cabo de acuerdo con el reglamento vigente.	3. Evidencias de la capacitación y evaluación a los usuarios internos sobre la gestión de residuos.	4				
		4. Los residuos producidos se encuentran correctamente segregados desde la fuente en todas las áreas de la institución.	3				
		5. El almacenamiento temporal y la disposición final de los residuos cumplen con lo establecido en el manual vigente.	3				
H.5.2.4. (18 puntos)	Monitoreo del PGIRSH: La institución cuenta con mecanismos para evaluar periódicamente la ejecución del PGIRSH y para medir la adhesión del personal a las directrices del correspondiente manual de procedimientos. Así mismo, dispone de indicadores para medir la eficacia de las acciones emprendidas.	1. Evidencias de seguimiento a la ejecución del PGIRSH.	6				
		2. Evidencias consolidadas de la aplicación de guías de supervisión que permiten evaluar la adhesión del personal a las directrices sobre manejo de residuos.	6				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.2. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.2.	La institución cuenta con un programa de gestión integral de desechos y residuos sólidos hospitalarios comprometido con el medio ambiente; además, está diseñado y gerenciado con un enfoque de mejoramiento continuo.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
		3. Resultados consolidados de indicadores que permitan medir la eficacia de las acciones emprendidas (Ejemplos: proporciones de Kg. por tipos de residuos, reducción de los accidentes por corto punzantes, etc.).	6				
H.5.2.5. (18 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El Comité de Bioseguridad y Ambiente adopta e implementa acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos derivados del monitoreo al PGIRSH, de las mediciones de adhesión y de otros indicadores, con el fin de mejorar continuamente el desempeño de este proceso. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias que demuestran que la información sobre: adhesión a las directrices de manejo de residuos y los indicadores de eficacia de las acciones emprendidas, está siendo utilizada para adoptar acciones dirigidas a mejorar el manejo de los residuos sólidos en la institución (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).	11				
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	7				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.2. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.2.	La institución cuenta con un programa de gestión integral de desechos y residuos sólidos hospitalarios comprometido con el medio ambiente; además, está diseñado y gerenciado con un enfoque de mejoramiento continuo.				90		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.3. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.3.	La institución cuenta con un programa estructurado para la prevención, detección y control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) con enfoque de mejoramiento continuo.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.5.3.1. (12 puntos)	Estructura básica para la prevención, detección y control de las IACS: La institución cuenta con un Comité de Infecciones Nosocomiales responsable del tema, formalmente constituido, de conformidad con lo establecido en el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, o en las normas que lo modifiquen o sustituyan. Además, ha desarrollado un manual de prevención y control de las IACS que incluye: directrices sobre la higiene de manos, con base en las pautas impartidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) u otros organismos técnicos reconocidos; lineamientos sobre Buenas Prácticas de Esterilización basadas en evidencia; procedimientos para el aislamiento de usuarios, y para el traslado interno de usuarios infectados, cuyas precauciones están basadas en evidencia o en las recomendaciones	1. Acta constitutiva del Comité de Infecciones Nosocomiales, acorde a lo establecido en el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas o en las normas vigentes sobre el tema.	4				
		2. Manual de prevención y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, que cumple con los componentes descritos en el subcriterio H.5.3.1. (se considera válido que la institución tenga estas directrices consolidadas en un solo documento o por separado).	4				
		3. El manual o manuales en los cuales se imparten estas directrices se encuentran permanentemente disponibles, cerca de las áreas de trabajo, para todo el personal responsable.	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.3. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.3.	La institución cuenta con un programa estructurado para la prevención, detección y control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) con enfoque de mejoramiento continuo.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	más recientes del CDC o de otras autoridades internacionales reconocidas en la materia; una política de profilaxis antibiótica actualizada, basada en evidencia; protocolos o procedimientos, basados en evidencia, que permiten prevenir la Infección de vías urinarias asociada al uso de sonda vesical, la infección de sitio operatorio, la neumonía asociada al uso de ventilador, la bacteriemia asociada al uso de catéter central y la peritonitis asociada a diálisis peritoneal, según aplique; directrices tendentes a prevenir la diseminación de infecciones respiratorias agudas hacia los usuarios de los servicios en todas las áreas de la institución, incluidas las salas de espera (protocolo o etiqueta de higiene respiratoria); procedimientos estandarizados para la búsqueda activa, detección e investigación de las IACS y brotes; lineamientos para el manejo de las IACS; indicadores para el monitoreo de las IACS. Los documentos con las	4. Al revisar estos documentos se observa claramente que sus directrices son aplicables en la institución, porque se cuenta con la infraestructura e insumos necesarios para aplicar las precauciones universales y las asociadas a cada tipo de aislamiento.	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.3. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.3.	La institución cuenta con un programa estructurado para la prevención, detección y control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) con enfoque de mejoramiento continuo.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	directrices, lineamientos, procedimientos y protocolos descritos se encuentran permanentemente disponibles, cerca de las áreas de trabajo, para todo el personal responsable. Adicionalmente, se cuenta con la infraestructura e insumos necesarios para aplicar las precauciones universales y las asociadas a cada tipo de aislamiento, incluida la disponibilidad de alcohol glicerinado para el personal, los usuarios y visitantes en sitios de atención y áreas comunes.						
H.5.3.2. (12 puntos)	Despliegue del proceso: Todo el personal de la institución ha recibido capacitación en los procedimientos pertinentes, los cuales han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal, según sus respectivas competencias. Las capacitaciones, inducciones y entrenamientos mencionados son documentados y	1. Evidencias que demuestran que el personal de la institución ha recibido capacitación sobre las directrices que le son aplicables en el tema de prevención y control de infecciones.	3				
		2. Incorporación, en el programa de inducción y entrenamiento del personal, de las directrices aplicables sobre prevención y control de infecciones.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.3. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.3.	La institución cuenta con un programa estructurado para la prevención, detección y control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) con enfoque de mejoramiento continuo.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
	evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	3. Evidencias que demuestran que el personal de la institución ha recibido la inducción y el entrenamiento necesarios sobre prevención y control de infecciones.	2				
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre este tema han sido evaluados.	2				
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	2				
H.5.3.3. (12 puntos)	Ejecución pertinente del proceso: El personal de la institución ejecuta sistemáticamente todas las directrices aplicables sobre prevención, detección y control de las IACS y genera los registros y demás productos pertinentes, según sus correspondientes ámbitos de competencia.	1. Durante los recorridos por la institución, se verificará la correcta aplicación de las directrices sobre prevención y control de infecciones.	6				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.3. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.3.	La institución cuenta con un programa estructurado para la prevención, detección y control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) con enfoque de mejoramiento continuo.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
		2. Evidencias que permiten demostrar que se hace búsqueda activa de casos de infección, estudios de brotes, y que se cumple con las directrices sobre prevención y control de infecciones.	6				
H.5.3.4. (12 puntos)	Auditoría del proceso: La institución cuenta con mecanismos sistemáticos para evaluar la adhesión del personal a los procedimientos sobre prevención, detección y control de las IACS y para medir sistemáticamente los indicadores de IACS.	1. Evidencias que permiten demostrar la existencia de mecanismos institucionales sistemáticos para evaluar la adhesión del personal a las directrices sobre prevención y control de infecciones (auditorías internas, evaluaciones aleatorias de expedientes clínicos, programas de supervisión, etc.).	6				
		2. Indicadores formalmente adoptados, con evidencias de seguimiento periódico (gráficos de línea) que permiten demostrar mejoras en el control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.	6				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H5: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.5.3. Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.5.3.	La institución cuenta con un programa estructurado para la prevención, detección y control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) con enfoque de mejoramiento continuo.				60		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.5.3.5. (12 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El Comité de Infecciones Nosocomiales adopta e implementa acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos derivados de la auditoría a los procesos de prevención, detección y control de las IACS y de los indicadores de IACS, con el fin de mejorar continuamente el desempeño de este proceso. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones dirigidas a reducir la aparición y diseminación de infecciones asociadas al cuidado de la salud (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos).	6				
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	6				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H6: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.6.1. Cultura de los derechos y los deberes del usuario							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.6.1.	La institución ha desarrollado e implementado, con participación de la comunidad, una carta o declaración de los derechos y los deberes de los usuarios, y evalúa de manera sistemática el conocimiento, comprensión y acatamiento a sus directrices por parte del personal y los usuarios. Con base en los resultados de estas mediciones, emprende acciones de mejoramiento que se centran en el usuario.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.6.1.1. (6 puntos)	Carta o declaración de los derechos y deberes de los usuarios: La institución ha documentado, con participación de representantes de la comunidad, una declaración que contiene los derechos y deberes de los usuarios, con énfasis en los derechos y deberes específicos del binomio madre e hijo y un manual interno sobre los deberes del personal para respetar y hacer cumplir los derechos de los usuarios como elemento central.	1. Declaración de los derechos y los deberes de los usuarios, elaborada con participación de la comunidad, con énfasis en los derechos y deberes específicos del binomio madre e hijo.	3				
		2. Manual interno sobre los deberes del personal para respetar y hacer cumplir los derechos de los usuarios y centrar la atención en ellos.	3				
H.6.1.2. (6 puntos)	Despliegue de los derechos y deberes: Todo el personal del hospital ha recibido capacitación sobre los derechos y deberes de los usuarios, los cuales han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud de la institución. De igual manera, se aplican mecanismos	1. Evidencias que demuestran que todo el personal de la institución ha recibido capacitación sobre los derechos y deberes de los usuarios.	2				
		2. Evidencias que demuestran que los derechos y deberes de los usuarios han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para todo el personal de la institución.	1				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H6: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.6.1. Cultura de los derechos y los deberes del usuario							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.6.1.	La institución ha desarrollado e implementado, con participación de la comunidad, una carta o declaración de los derechos y los deberes de los usuarios, y evalúa de manera sistemática el conocimiento, comprensión y acatamiento a sus directrices por parte del personal y los usuarios. Con base en los resultados de estas mediciones, emprende acciones de mejoramiento que se centran en el usuario.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
	sistemáticos para dar a conocer los derechos y deberes a los propios usuarios atendidos y para evaluar su comprensión de los mismos. Las capacitaciones, inducciones y entrenamientos mencionados son documentados y evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	3. Evidencias que demuestran que si después de la capacitación ha ingresado nuevo personal al hospital, este ha recibido la inducción y el entrenamiento necesarios en el tema de derechos y deberes del usuario.	1				
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre derechos y deberes han sido evaluados.	1				
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	1				
H.6.1.3. (6 puntos)	Ejecución pertinente del proceso: El personal de la institución contribuye a difundir los derechos y deberes del usuario y, desde sus respectivos puestos de trabajo, garantiza el respeto de sus derechos.	1. Durante las visitas se evaluará el conocimiento y comprensión de los usuarios internos y externos sobre los derechos y deberes de los usuarios como elemento central del servicio.	6				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H6: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.6.1. Cultura de los derechos y los deberes del usuario							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.6.1.	La institución ha desarrollado e implementado, con participación de la comunidad, una carta o declaración de los derechos y los deberes de los usuarios, y evalúa de manera sistemática el conocimiento, comprensión y acatamiento a sus directrices por parte del personal y los usuarios. Con base en los resultados de estas mediciones, emprende acciones de mejoramiento que se centran en el usuario.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.6.1.4. (6 puntos)	Monitoreo al proceso: La institución cuenta con mecanismos sistemáticos para evaluar el compromiso del personal en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios, y determina, mediante auditorías de expedientes clínicos, rondas de verificación y análisis de las quejas, reclamos y sugerencias, entre otros mecanismos, las posibles vulneraciones de los derechos de los usuarios.	1. Evidencias que demuestran que la institución evalúa de manera periódica y sistemática si el personal está difundiendo los derechos y deberes de los usuarios durante el proceso de atención.	3				
		2. Evidencias que demuestran que el hospital evalúa y cuantifica, mediante auditorías de expedientes clínicos, rondas de verificación y análisis de las quejas, reclamos y sugerencias, entre otros mecanismos, las posibles vulneraciones de los derechos de los usuarios.	3				
H.6.1.5. (6 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio, o su equivalente, analiza los resultados derivados del monitoreo al proceso. Con base en esta información, adopta e implementa acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a	1. Actas y demás evidencias que demuestran que la información sobre divulgación de derechos y deberes y vulneración de los derechos de los usuarios está siendo utilizada para adoptar acciones dirigidas a mejorar el conocimiento y comprensión de los	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H6: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO							
ESTÁNDAR H.6.1. Cultura de los derechos y los deberes del usuario							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.6.1.	La institución ha desarrollado e implementado, con participación de la comunidad, una carta o declaración de los derechos y los deberes de los usuarios, y evalúa de manera sistemática el conocimiento, comprensión y acatamiento a sus directrices por parte del personal y los usuarios. Con base en los resultados de estas mediciones, emprende acciones de mejoramiento que se centran en el usuario.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	intervenir oportunamente los hallazgos derivados del seguimiento al proceso de formación de una cultura de respeto a los derechos y deberes de los usuarios. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	usuarios con respecto a sus derechos y deberes, y el respeto de los mismos por parte del personal (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).					
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H6: COMUNIDAD PARTICIPANDO EN LA GESTIÓN							
ESTÁNDAR H.6.2. Participación de la comunidad en órganos de cogestión y veeduría							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.6.2.	El hospital cuenta con un Modelo de Gestión para la Participación Comunitaria (MGPC) documentado e implementado, que se evalúa periódicamente, con miras a su mejoramiento.				35		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
H.6.2.1. (7 puntos)	<p>Modelo de Gestión para la Participación Comunitaria: La institución ha documentado, con el apoyo de representantes de la comunidad, un modelo de trabajo que describe las estrategias mediante las cuales se garantiza la participación de la comunidad en la gestión hospitalaria. El modelo incluye, como mínimo:</p> <p>La conformación de un Consejo de Administración Hospitalaria (CAH) de base comunitaria, que participa en las actividades relevantes del hospital, y se involucra en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios; la inclusión de organizaciones comunitarias que participan en los procesos de planificación estratégica y operativa, y en otras actividades relevantes del hospital; mecanismos para garantizar el ejercicio de acciones de veeduría social; la formulación de estrategias para la rendición de cuentas</p>	1. MGPC debidamente documentado, desarrollado con apoyo de representantes de la propia comunidad, que incluye los elementos mínimos señalados en el subcriterio H.6.2.1.	7				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H6: COMUNIDAD PARTICIPANDO EN LA GESTIÓN							
ESTÁNDAR H.6.2. Participación de la comunidad en órganos de cogestión y veeduría							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.6.2.	El hospital cuenta con un Modelo de Gestión para la Participación Comunitaria (MGPC) documentado e implementado, que se evalúa periódicamente, con miras a su mejoramiento.				35		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
	del hospital hacia la comunidad con respecto a los indicadores de salud, uso de recursos públicos e indicadores de responsabilidad social, entre otros temas.						
H.6.2.2. (7 puntos)	Despliegue del MGPC: La institución ha implementado el modelo documentado y cuenta con las evidencias de las actividades realizadas para tal efecto.	1. Evidencias que demuestran que el MGPC ha sido implementado (soportes de las convocatorias para la conformación del CAH y demás estamentos de participación social que hacen parte del MGPC).	7				
H.6.2.3. (7 puntos)	Ejecución pertinente del modelo: El MGPC se ejecuta conforme a lo documentado. Como resultado de ello, el CAH cuenta con estatutos y con un plan de trabajo estructurado, se reúne periódicamente y genera las actas correspondientes, en las cuales se pueden observar los compromisos adquiridos y el seguimiento a los mismos; se dispone de evidencias de la participación exitosa de las organizaciones comunitarias en	1. Acta constitutiva del CAH o documento equivalente.	1				
		2. Estatutos y plan de trabajo del CAH.	2				
		3. Actas o memorias de las reuniones del CAH.	1				
		4. Evidencias de participación de la comunidad en los procesos de planeación institucional	2				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil						
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES						
CARACTERÍSTICA H6: COMUNIDAD PARTICIPANDO EN LA GESTIÓN						
ESTÁNDAR H.6.2. Participación de la comunidad en órganos de cogestión y veeduría						
DPS:		EVALUADORES:				
FECHA:						
CÓDIGO	ESTÁNDAR:			PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.6.2.	El hospital cuenta con un Modelo de Gestión para la Participación Comunitaria (MGPC) documentado e implementado, que se evalúa periódicamente, con miras a su mejoramiento.			35		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES	
				SÍ / NO		
	actividades concretas de la institución y de las labores ejecutadas de veeduría social y rendición de cuentas.	5. Evidencias de participación de la comunidad en los procesos de veeduría social y rendición de cuentas.	1			
H.6.2.4. (7 puntos)	Monitoreo del proceso: La institución cuenta con mecanismos sistemáticos y con indicadores para evaluar el cumplimiento y la eficacia de los mecanismos de participación comunitaria implementados en el MGPC.	1. Fichas técnicas de los indicadores adoptados para evaluar el cumplimiento y la eficacia de los mecanismos de participación comunitaria.	3			
		2. Evidencias que permiten demostrar que estos indicadores están siendo calculados y analizados de manera sistemática.	2			
		3. Evidencias de aplicación de otros mecanismos, diferentes a indicadores, para evaluar la participación comunitaria (ej.: supervisión, auditorías).	2			
H.6.2.5. (7 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, analiza la información derivada del monitoreo a los	1. Actas y demás evidencias que demuestran que la información sobre divulgación de derechos y deberes y vulneración de los derechos de los	4			

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H6: COMUNIDAD PARTICIPANDO EN LA GESTIÓN							
ESTÁNDAR H.6.2. Participación de la comunidad en órganos de cogestión y veeduría							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.6.2.	El hospital cuenta con un Modelo de Gestión para la Participación Comunitaria (MGPC) documentado e implementado, que se evalúa periódicamente, con miras a su mejoramiento.				35		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	procesos de participación comunitaria. Con base en esta información, acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de fortalecer la participación de la comunidad. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	usuarios está siendo utilizada para adoptar acciones dirigidas a mejorar el conocimiento y comprensión de los usuarios con respecto a sus derechos y deberes, y el respeto de los mismos por parte del personal (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).					
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H7: CENTRO DE CAPACITACION DESARROLLADO							
ESTÁNDAR H.7.1. Centro de Capacitación al servicio de la difusión de buenas prácticas en cuidado materno infantil							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.7.1.	La institución ha desarrollado e implementado, con participación de la comunidad, una carta o declaración de los derechos y los deberes de los usuarios, y evalúa de manera sistemática el conocimiento, comprensión y acatamiento a sus directrices por parte del personal y los usuarios. Con base en los resultados de estas mediciones, emprende acciones de mejoramiento que se centran en el usuario.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.7.1.1. (6 puntos)	Estructura básica para la difusión de buenas prácticas: La institución cuenta con una unidad de capacitación formalmente constituida, con un equipo coordinador o de gestión, con personal entrenado (tutores y facilitadores) y con los materiales educativos y demás herramientas pedagógicas y tecnológicas necesarias para difundir las buenas prácticas identificadas a través de la revisión de la evidencia científica y/o de los propios resultados positivos de la institución.	1. Acta constitutiva del equipo coordinador o de gestión responsable de la Unidad y Programa de Capacitación para la disseminación de buenas prácticas.	3				
		2. Evidencias de la conformación del Centro de Capacitación (infraestructura, equipos audiovisuales, materiales educativos, coordinador con perfil acorde a las responsabilidades del cargo, listados de tutores y facilitadores formados y evidencias de su entrenamiento, etc.).	3				
H.7.1.2. (6 puntos)	Programación de actividades: Una vez implementada la estructura necesaria para la capacitación y replicación de buenas prácticas, la institución ha formulado un plan o programa de difusión de buenas prácticas en cuidado materno infantil.	1. Programa documentado para la difusión de buenas prácticas con detalle de las actividades, fechas, participantes, agendas, responsables, recursos requeridos, etc.	6				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H7: CENTRO DE CAPACITACION DESARROLLADO							
ESTÁNDAR H.7.1. Centro de Capacitación al servicio de la difusión de buenas prácticas en cuidado materno infantil							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.7.1.	La institución ha desarrollado e implementado, con participación de la comunidad, una carta o declaración de los derechos y los deberes de los usuarios, y evalúa de manera sistemática el conocimiento, comprensión y acatamiento a sus directrices por parte del personal y los usuarios. Con base en los resultados de estas mediciones, emprende acciones de mejoramiento que se centran en el usuario.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.7.1.3. (6 puntos)	Ejecución del programa de difusión de buenas prácticas: La institución ejecuta de manera sistemática el programa de difusión de buenas prácticas. Durante la ejecución, genera los insumos necesarios para su posterior evaluación (listados de asistencia y evaluaciones efectuadas).	1. Lista de asistencia a las capacitaciones debidamente archivado.	3				
		2. Resultados de las evaluaciones efectuadas y consolidación de los datos	3				
H.7.1.4. (6 puntos)	Monitoreo del plan de difusión de buenas prácticas: La institución evalúa sistemáticamente el cumplimiento de las actividades programadas para la difusión de buenas prácticas, la cobertura de las capacitaciones y demás actividades impartidas en desarrollo del plan y la eficacia e impacto de las mismas en términos de los resultados de las evaluaciones de conocimientos y la adopción de las prácticas difundidas.	1. Fichas técnicas de indicadores de cumplimiento, eficacia e impacto de la Unidad de Capacitación.	3				
		2. Evidencias que permitan demostrar que estos indicadores están siendo calculados y analizados de manera sistemática.	3				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H7: CENTRO DE CAPACITACION DESARROLLADO							
ESTÁNDAR H.7.1. Centro de Capacitación al servicio de la difusión de buenas prácticas en cuidado materno infantil							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.7.1.	La institución ha desarrollado e implementado, con participación de la comunidad, una carta o declaración de los derechos y los deberes de los usuarios, y evalúa de manera sistemática el conocimiento, comprensión y acatamiento a sus directrices por parte del personal y los usuarios. Con base en los resultados de estas mediciones, emprende acciones de mejoramiento que se centran en el usuario.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES		
				SÍ / NO			
H.7.1.5. (6 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El equipo coordinador o de gestión, responsable de la unidad de capacitación, utiliza la información generada durante el monitoreo, para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos derivados del seguimiento al plan de difusión de buenas prácticas y de las mediciones de su eficacia e impacto. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias que demuestran que los resultados de los indicadores de la Unidad de Capacitación están siendo utilizados para adoptar acciones dirigidas a mejorar su cumplimiento, eficacia e impacto (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).	3				
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3				
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil						
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES						
CARACTERÍSTICA H8: HOSPITAL SEGURO ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES						
ESTÁNDAR H.8.1. Plan de emergencias y desastres desarrollado con enfoque de mejoramiento continuo						
DPS:		EVALUADORES:				
FECHA:						
CÓDIGO	ESTÁNDAR:			PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.8.1.	La institución cuenta con un plan de E&D desarrollado e implementado. La evaluación sistemática del plan es utilizada para promover su mejoramiento continuo.			30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES	
				SÍ / NO		
H.8.1.1. (6 puntos)	Estructura básica en E&D: El hospital cuenta con un Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres (CHED) formalmente constituido, un diagnóstico de riesgo actualizado ante E&D, un plan de E&D que desarrolla las estrategias necesarias para la reducción del riesgo ante las posibles emergencias internas (incendios, daños estructurales y otras contingencias) y la preparación para la atención a multitud de lesionados, en caso de desastres.	1. Acta constitutiva del Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres (CHED).	2			
		2. Diagnóstico de riesgo actualizado ante E&D.	2			
		3. Plan de E&D que cumple con las características establecidas en el subcriterio H.8.1.1.	2			
H.8.1.2. (6 puntos)	Desarrollo del plan de E&D: Una vez conformado el CHED y realizado el diagnóstico y el plan de E&D, la institución ha priorizado y ejecutado las adecuaciones, adquisiciones, ajustes, plan de capacitaciones, entrenamientos y demás acciones necesarias para preparar el hospital ante posibles emergencias internas y externas.	1. Evidencias que permitan sustentar la priorización de las adecuaciones, adquisiciones, ajustes, capacitaciones, entrenamientos y demás acciones necesarias para preparar el hospital ante posibles emergencias internas y externas.	2			
		2. Incorporación, en el programa de inducción de la institución, de los temas básicos relacionados con E&D.	1			

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil						
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES						
CARACTERÍSTICA H8: HOSPITAL SEGURO ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES						
ESTÁNDAR H.8.1. Plan de emergencias y desastres desarrollado con enfoque de mejoramiento continuo						
DPS:		EVALUADORES:				
FECHA:						
CÓDIGO	ESTÁNDAR:			PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.8.1.	La institución cuenta con un plan de E&D desarrollado e implementado. La evaluación sistemática del plan es utilizada para promover su mejoramiento continuo.			30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES	
				SÍ / NO		
	El tema de E&D ha sido incluido en la inducción y entrenamiento para nuevo personal de la institución. Las capacitaciones, inducciones y entrenamientos mencionados son documentados y evaluados de manera sistemática, y en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	3. Evidencias de la implementación del plan de E&D: conformación de equipos y brigadas, soportes de ejecución del plan de capacitación sobre E&D y de las evaluaciones efectuadas.	1			
		4. Evidencias que demuestran que el personal de la institución ha recibido la inducción y el entrenamiento necesarios sobre preparación ante E&D. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre este tema han sido evaluados.	1			
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se ha reforzado el contenido y se ha repetido la evaluación hasta su aprobación.	1			
H.8.1.3. (6 puntos)	Ejecución de ejecución de simulacros: El hospital ha programado y ejecutado ejecución de simulacros de las diferentes	1. Informes de ejecución de simulacros y de análisis de posibles casos reales de E&D que se hayan presentado.	6			

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil						
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES						
CARACTERÍSTICA H8: HOSPITAL SEGURO ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES						
ESTÁNDAR H.8.1. Plan de emergencias y desastres desarrollado con enfoque de mejoramiento continuo						
DPS:		EVALUADORES:				
FECHA:						
CÓDIGO	ESTÁNDAR:			PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.8.1.	La institución cuenta con un plan de E&D desarrollado e implementado. La evaluación sistemática del plan es utilizada para promover su mejoramiento continuo.			30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?	OBSERVACIONES	
				SÍ / NO		
	situaciones internas y externas previstas en el plan de E&D, incluida la atención a multitud de lesionados. Durante la ejecución de las ejecución de simulacros se generan los insumos necesarios para su posterior evaluación.					
H.8.1.4. (6 puntos)	Monitoreo al plan de E&D: El CHED evalúa sistemáticamente el cumplimiento de las actividades programadas en desarrollo del plan de E&D y los resultados de las ejecución de simulacros, así como de los posibles casos reales que se llegaran a presentar en la evolución diaria del hospital.	1. Evidencias que permitan demostrar que el CHED le da seguimiento sistemático al cumplimiento de las actividades programadas en desarrollo del plan de E&D y que analiza los resultados de las ejecución de simulacros, y de los posibles casos reales que se llegaran a presentar en la evolución diaria del hospital.	6			
H.8.1.5. (6 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El CHED, en coordinación con el equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, utiliza la información generada durante el monitoreo al plan	1. Actas y demás evidencias que demuestran que los resultados de la información obtenida en el seguimiento al plan de E&D y los análisis de las ejecución de simulacros, están siendo				

Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil							
EVALUACIÓN EXTERNA DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HOSPITALES							
CARACTERÍSTICA H8: HOSPITAL SEGURO ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES							
ESTÁNDAR H.8.1. Plan de emergencias y desastres desarrollado con enfoque de mejoramiento continuo							
DPS:		EVALUADORES:					
FECHA:							
CÓDIGO	ESTÁNDAR:				PONDERACIÓN ESTÁNDAR:	PUNTAJE TOTAL	%
H.8.1.	La institución cuenta con un plan de E&D desarrollado e implementado. La evaluación sistemática del plan es utilizada para promover su mejoramiento continuo.				30		
SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	Puntaje máximo por Elemento Medible	¿CUMPLE?		OBSERVACIONES	
				SÍ / NO			
	de E&D para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de fortalecer la preparación del hospital ante E&D. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	utilizados para adoptar acciones dirigidas a mejorar la preparación del hospital ante posibles E&D (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).					
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.					
Fortalezas: _____							
Oportunidades de Mejora: _____							
Recomendaciones: _____							

