

MANUAL DE ESTÁNDARES

Para la Certificación de Hospitales y Direcciones Provinciales de Salud como Centros de Excelencia Materno-Infantil



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



República Dominicana

VMGC Viceministerio de
Garantía de la Calidad

MSP/VGC-M02-13





MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

**Manual de Estándares
para la Certificación de Hospitales
y Direcciones Provinciales
de Salud como Centros
de Excelencia Materno-Infantil**

Santo Domingo, D. N.
2013

Este trabajo fue posible gracias al apoyo generoso provisto por el pueblo estadounidense mediante la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La publicación es responsabilidad del proyecto USAID/Centros de Excelencia Materno-Infantil. Las opiniones expresadas en la misma son las de sus autores y no reflejan necesariamente el pensamiento de USAID.

El proyecto USAID/Centros de Excelencia Materno-Infantil está financiado por USAID e implementado por Abt Associates Inc., bajo el contrato GHS-I-00-07-00003-00.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Autoridades

Pendiente

Pendiente

Pendiente

Pendiente

Pendiente

Pendiente

Técnicos que participaron en la elaboración y revisión de los estándares para la Certificación de los Hospitales como Centros de Excelencia.

Nombre	Institución
Marleni Pérez	Dirección General de Habilitación/MSP
Anulfo López	Dirección General de Habilitación/MSP
Beatriz Atez	Dirección General de Habilitación/MSP
Josefina Díaz	Dirección General de Habilitación/MSP
Francisco Torres	Dirección General de Habilitación/MSP
Lucas Gómez	Dirección de Servicios Especializados de Salud/MSP
Gregorio Gutiérrez	Dirección Nacional de Emergencias y Desastres/MSP
Juan Manuel Rodríguez	Dirección Nacional de Emergencias y Desastres/MSP
Miguelina Tactuk	Consultora de Emergencias y Desastres
Maritza Martínez	Programa de Salud y Seguridad Social/INTEC
Eulalia Jiménez	Programa de Salud y Seguridad Social/INTEC
Rafael Montero D' Oleo	Escuela de Salud Pública/UASD
Francisca M. Sánchez	Dirección de Defensa al Afiliado/DIDA
Ángel Ambrosio Rosario	Hospital Regional San Vicente de Paúl
Hortensia Hernández	Hospital Regional San Vicente de Paúl
Giselle Scanlon	INSALUD
Bienvenido Cuevas	Dirección de Defensa al Afiliado/DIDA
Pedro Camilo Camilo	Dirección de Servicios Especializados de Salud/MSP
Jocelyn Puente de Rojas	Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de SRS/MSP
Mario Geraldino	Viceministerio de Salud Colectiva/MSP
Félix Martínez Doñé	Viceministerio de Salud Colectiva/MSP
Wellington Pepén	SISPROSA
Ana Delia Figueroa	DIGECITSS/MSP
William Duke	Consultor Epidemiología/CDC
Fibrio Castellanos	Dirección de Defensa al Afiliado/DIDA
Rubén Darío Rosario	Viceministerio de Salud Colectiva/MSP
María Altagracia Santos	Dirección General Materno Infantil/MSP
Raquel Pimentel	Dirección General de Epidemiología/MSP
Domingo Reynoso	Dirección General Materno Infantil/MSP
Ramona Núñez Camarena	Dirección General de Epidemiología/MSP

Técnicos que participaron en la elaboración y revisión de los estándares para la Certificación de los Hospitales como Centros de Excelencia.

Nombre	Institución
Aurora Rodríguez Cabrera	Fondo Global/IDCP
Marcelino Robles Delgado	Dirección General Materno Infantil/MSP
Francia Matos	Dirección General de Presupuesto/MSP
Tomiris Estepan	Viceministerio de Salud Colectiva/MSP
Ruth Agüero de Robles	Escuela de Salud Pública/UASD
Aida Lucía Vargas	Programa Ampliado de Inmunizaciones/MSP
Iraima Serrano Farfán	Dirección de Desarrollo de las DPS/MSP
Raiza Santana	Dirección Nacional de Emergencias y Desastres/MSP
Jordi Chahín	Consultora de Emergencias y Desastres

Otros revisores:

Francini Placencia	Viceministerio Garantía de la Calidad
Vianka Pol	Viceministerio Garantía de la Calidad
Rosa María Cruz	Viceministerio Garantía de la Calidad
Matilde Peguero	Viceministerio Garantía de la Calidad
Dania Guzmán	(Fundación Plenitud).
Eduardo Díaz Guerra	Corrección



TABLA DE CONTENIDOS

Presentación	0
Introducción	5
Resolución Ministerial	4
Objetivos	12
Ámbito de aplicación	12
Metodología de elaboración	12
Uso y alcance	12
Marco legal	12
Abreviaturas y acrónimos	14
1. Esquema para el desarrollo de los estándares	14
2. Estándares para Hospitales	14
2.1. Sistemas y Capacidad Gerencial Fortalecida	14
2.2. Servicios Materno Infantiles de Calidad Basados en Evidencia	14
2.3. Interconexión en Red Establecida	14
2.4. Infraestructura Básica Habilitada	14
2.5. Medio Ambiente Preservado	14
2.6. Comunidad Participando en la Gestión	14

2.7. Centro de Capacitación Desarrollado	14
2.8. Hospital Preparado ante Emergencias y Desastres	14
3. Estándares para Direcciones Provinciales de Salud	14
3.1. Sistemas y Capacidad Gerencial	14
3.2. Redes Programáticas de Salud Colectiva	14
3.3. Vigilancia Epidemiológica	14
3.4. Sistema de Habilitación	14
3.5. Plan de Respuesta a Emergencias y Desastres	14
3.6. Centro de Capacitación Desarrollado	14
Glosario de Términos	14
Referencias y bibliografía consultada	14



“La calidad nunca es un accidente; siempre es el resultado de un
esfuerzo de la inteligencia”.

John Ruskin

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública (MSP), mediante la Resolución No. 00013, de fecha 22 de abril de 2013, oficializó el Sistema de Certificación de Centros de Excelencia (CDEx) como modelo de aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud en la República Dominicana, el cual ha estado desarrollando y promoviendo en establecimientos públicos de atención a la salud (hospitales), así como en las Direcciones Provinciales de Salud (DPS), con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo y sostenible de la calidad de sus servicios, en beneficio de la salud individual y colectiva .

Con la adopción de este sistema de certificación, el Ministerio de Salud Pública, como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud (SNS), avanza en el cumplimiento de las disposiciones emanadas de la Ley General de Salud No. 42-01, que establecen como su responsabilidad promover la garantía de la calidad en los servicios de salud, a través de la evaluación de los establecimientos públicos y privados por normas y criterios mínimos obligatorios. Por otro lado, destaca el rol que tiene el Viceministerio de Garantía de la Calidad, creado con base a la disposición de reorganización institucional No. 0000010 del 4 agosto de 2008, con el objetivo de establecer el inicio de las acciones que permiten la sistematización de la garantía de la calidad de la salud desde el marco de la rectoría, en el sentido de asumir el liderazgo en la conducción de este proceso como una de las estrategias que contribuirá a implementar el Sistema de Garantía de la Calidad en Salud.

La apropiación del Sistema de Certificación de CDEx nos permite establecer los cimientos para asegurar que la garantía de calidad de los servicios se fundamente en la cualificación permanente, promoviendo así la efectividad, eficiencia y eficacia con la que los servicios deben ser brindados a los usuarios, generando en ellos un mayor grado de satisfacción y creando una cultura de calidad, que derive en el cumplimiento de los compromisos asumidos en el Plan Nacional Decenal de Salud (PLANDES) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Poner a disposición del país las herramientas de apoyo al Sistema de Certificación de CDEx (manuales y estándares) evidencia, además, que el Ministerio se mantiene a la vanguardia con la observancia de los instrumentos legales nacionales, tanto de la ley marco del sector, como de la Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) y la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) que promueven la integralidad y articulación de las acciones con todos los sectores vinculados al sistema de salud y que pueden contribuir a la mejoría en la cobertura, la equidad y sostenibilidad del sistema, así como propiciar el desarrollo de toda la sociedad dominicana.

Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo Núñez
Ministro de Salud Pública



INTRODUCCIÓN

El Sistema de Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil surge como resultado del trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud Pública, a través del Viceministerio de Garantía de Calidad, y con apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés). Este sistema permitirá reconocer y distinguir a los establecimientos que cumplan con los estándares desarrollados para este fin, promover la integración de intervenciones sistémicas y programáticas que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios de una manera sostenible, la satisfacción de los usuarios, así como suscitar la motivación y moral del personal que presta el servicio y permita sentar las bases para un futuro sistema de acreditación.

El presente documento contiene la versión final de los estándares aplicables a los establecimientos postulantes como Centros de Excelencia. Dichos estándares se desarrollaron a partir del trabajo realizado con el conjunto de hospitales y DPS incorporados al proyecto USAID/CDEx M-I que incluyó un proceso de validación técnica en el que se involucraron a representantes del MSP, del proyecto y de las DPS como integrantes de las mesas conformadas a tales fines. Además, se desarrolló un proceso sistemático de validación en terreno con la participación de los hospitales, de las DPS, del personal del proyecto USAID/CDEx M-I y de funcionarios del nivel central.

En este manual se incluye la plantilla diseñada y concertada para unificar la presentación de los estándares, con su correspondiente instructivo. Este formato es el que se utiliza para presentar los estándares que conforman el presente manual y aparecen en el orden asignado en la construcción del Sistema de Certificación de los CDEx, conforme a las características definidas como deseables y necesarias para conformar un marco de excelencia en el cuidado materno infantil, que incluye ocho (8) características en el caso de los hospitales y seis (6) para las DPS.

La presente versión final del manual de estándares se constituyó en la base para el diseño de los instrumentos de autoevaluación y evaluación externa que le permitirán al país la puesta en marcha de un Sistema de Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil.





Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

22 de abril de 2013

RESOLUCIÓN No. 00013

QUE DEROGA LA DISPOSICIÓN No. 00012 DE FECHA 02 DE ABRIL DE 2013 QUE ASUME EL SISTEMA DE CENTROS DE EXCELENCIA COMO MODELO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y CREA EL COMITÉ EVALUADOR DE LOS CENTROS

CONSIDERANDO: Que los Ministros de Estado podrán dictar disposiciones y reglamentaciones sobre los servicios a su cargo, de carácter interno, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública, como ente rector del sector salud, establecida por la Ley General de Salud, es la de formular todas las medidas normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud, fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la formulación de planes para el mejoramiento continuo de la calidad debe constituirse en el instrumento que permita

establecer los fundamentos de una cultura de calidad en todo el Sistema Nacional de Salud.

CONSIDERANDO: Que la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, conocida por sus siglas en inglés como USAID, conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, promueven el Proyecto Centros de Excelencia en diez hospitales públicos, tres Servicios Regionales de Salud y tres Direcciones Provinciales de Salud. El mismo ha mostrado resultados favorables a la consecución de los objetivos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha determinado que la incorporación de un programa de certificaciones de aquellos servicios de salud que evidencien la implementación de planes de calidad para la satisfacción de sus usuarios, promoverá la incorporación de buenas prácticas al sistema de salud de nuestro país, constituyéndose en un motivador intrínseco del mismo.

CONSIDERANDO: Que en otros países de la región se han establecido programas de la misma naturaleza, con logros significativos en beneficio de la población.

CONSIDERANDO: Que en el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 a nivel nacional y de la Política Nacional de Calidad en Salud a nivel sectorial, se han priorizado las acciones tendentes a fomentar la calidad en salud, a fin de poder alcanzar los objetivos trazados en este plazo.

VISTA: La Ley Orgánica de Administración Pública No. 247-12 del 14 de agosto de 2012.

VISTA: La Ley General de Salud No. 42-01 del 8 de marzo de 2001.

VISTA: La Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, de fecha 9 de mayo de 2001.

VISTA: La Ley de Estrategia Nacional de Desarrollo No. 1-12 del 25 de enero de 2012.

VISTO: El Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud, Decreto No. 635-03, del 20 de junio de 2003.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se adopta el Sistema de Certificación de Centros de Excelencia, como un modelo funcional del Ministerio de Salud Pública de carácter proactivo, con el propósito de fomentar la excelencia en el cumplimiento en los servicios de atención en salud, acorde a los estándares de calidad establecidos para el Sistema Nacional de Salud.

SEGUNDO: El Sistema de Certificación de Centros de Excelencia tendrá alcance nacional y se fundamentará en cuatro componentes básicos:

- a) La autoevaluación y formulación de planes de mejora de los proveedores, de acuerdo a las directrices establecidas.
- b) La evaluación a los proveedores por parte de técnicos competentes, de acuerdo a las directrices establecidas.
- c) El seguimiento a las acciones y planes de mejora, de acuerdo a las directrices establecidas.
- d) El reconocimiento mediante placas y estrellas en función de la puntuación obtenida en las EVALUACIONES realizadas por los evaluadores externos.

TERCERO: El Sistema de Centros de Excelencia será implementado, evaluado y reconocido por las siguientes instancias:

- a) Servicios Regionales de Salud, los cuales implementarán, conjuntamente con los directivos de los centros, planes de mejoramiento continuo de la calidad, fomentarán la autoevaluación y la incorporación de los proveedores al Programa.
- b) Direcciones Provinciales de Salud, las que, desde el nivel local, coordinarán las acciones de promoción del Programa, así como su ejecución.
- c) Viceministerio de Garantía de la Calidad, el cual establecerá las políticas y procedimientos que regirán el proceso de Certificación de Centros de Excelencia.

CUARTO: El proceso de evaluación será llevado a cabo por un Comité Evaluador interinstitucional, el cual establecerá los criterios para la realización de las EVALUACIONES requeridas para el proceso de Certificación de Centros de Excelencia.

QUINTO: La Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud y la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de las Direcciones Provinciales de Salud deberán elaborar, en un plazo no mayor de tres meses, a partir de la emisión de la presente disposición, los planes a corto, mediano y largo plazo para la implementación de este modelo de garantía de la calidad en los centros de prestación de servicios y en las DPS y DAS a escala nacional.

PÁRRAFO 1: El Viceministerio de Garantía de la Calidad elaborará los planes de evaluación, reconocimiento y certificación de la excelencia alcanzada.

PÁRRAFO 2: Se oficializa el conjunto de guías, manuales, instrumentos y estándares de calidad que conforman el subsistema de Centros de Excelencia. Se manda a su convocatoria de postulación de aquellos centros que consideren están en condiciones de ser evaluados y certificados como tales.

SEXTO: Se crea el Comité Evaluador para Centros de Excelencia, el cual estará conformado por:

- a) El(la) Viceministro(a) de Garantía de la Calidad
- b) El(la) Viceministro(a) de Atención a las Personas
- c) Un representante del Ministerio de Administración Pública
- d) El(la) Director(a) General de Monitoreo y Evaluación de la Calidad
- e) El(la) Director(a) General de Recursos Humanos
- f) El (a) Director(a) General de Materno Infantil y Adolescentes

SÉPTIMO: El Comité Evaluador para Centros de Excelencia tendrá como función:

- a) Coordinar las actividades relacionadas a selección, evaluación y aprobación para ser reconocidos como Centros de Excelencia.
- b) Evaluar el desempeño de evaluadores, en función de los términos previamente establecidos para la labor de los mismos.
- c) Establecer un mecanismo de reconocimiento al trabajo de los evaluadores y miembros de las comisiones asesoras.

d) Apoyar a los equipos evaluadores internos y externos de las instituciones en el cumplimiento de este propósito.

e) Elaborar los procedimientos necesarios para la postulación, selección, evaluación y aprobación de servicios para ser reconocidos como Centros de Excelencia en un plazo de cuarenta y cinco (45) días de la puesta en vigencia de la presente resolución.

f) Elaborar su normativa de funcionamiento interno en un plazo de treinta (30) días, a partir de la puesta en vigencia de la presente resolución.

g) Recomendar al Ministro de Salud Pública otras acciones tendentes al reconocimiento de buenas prácticas en los servicios evaluados y que no alcancen el reconocimiento como Centros de Excelencia.

Dado en la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, a los veintidós (22) días del mes de abril del año dos mil trece (2013).

DR. LORENZO WILFREDO HIDALGO NÚÑEZ
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



**Manual de Estándares
para la Certificación de Hospitales
y Direcciones Provinciales
de Salud como Centros
de Excelencia Materno-Infantil**

1. OBJETIVO

Servir de apoyo a los hospitales y a las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) en la creación de una estructura y cultura de mejoramiento continuo de la calidad.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este manual puede ser aplicado en todos los centros de salud del país, tanto públicos como privados, y en las DPS que deseen participar en el proceso de reconocimiento de establecimientos como Centros de Excelencia Materno-Infantil.

3. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

Para la elaboración de este manual se agotaron varios pasos: a. Consulta a profesionales y técnicos en la gestión clínica y administrativa de centros de salud; b. Talleres de validación de las mejores prácticas, y c. Conformación de equipos de trabajo atendiendo a las fortalezas técnicas de los participantes y su representatividad.

4. USO Y ALCANCE

Este manual es el instrumento documental para conocer la estructura de conformación de los estándares para la evaluación de hospitales y DPS, en el marco del Sistema de Certificación como Centros de Excelencia Materno-Infantil, oficializado por el Ministerio de Salud Pública en abril 2013, mediante Resolución No. 00013.

5. MARCO LEGAL

- Ley General de Salud 42-01.
- Ley No. 41-08 de Función Pública y que crea la Secretaría de Estado de Administración.
- Ley No. 340-06 sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones.

- Decreto No. 635-03, que define el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones.
- Decreto No. 249-06, que aprueba el Reglamento del Sistema de Información General de Salud.
- Decreto 732-04, que aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
- Reglamento Centros de Especializados de Atención en Salud, capítulo XIII, párrafo 1 sobre la docencia e investigación.
- Reglamento para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud Número 1138-03.
- Reglamento Centros Especializados de Atención en Salud, artículo 40, 41, 42.
- Reglamento Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) artículo 14, párrafo 1.
- Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas.
- Reglamento de Centros Especializados de Atención en Salud sobre derechos, deberes de los pacientes y los mecanismos de participación de los usuarios.
- Normas Nacionales de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CAF	Marco Común de Evaluación (Siglas en inglés de: Common Assessment Framework)
CAH	Consejo de Administración Hospitalaria
CDC	Centro para el Control de Enfermedades (Atlanta, Georgia)
CDEx	Centros de Excelencia
CEAS	Centros Especializados de Atención en Salud
CHED	Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres
COEm	Cuidados Obstétricos de Emergencia
DGHA	Dirección General de Habilitación y Acreditación
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DPS	Direcciones Provinciales de Salud
EGGC	Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio
E&D	Emergencias y Desastres
HCP	Historia Clínica Perinatal
IACS	Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud
MGPC	Modelo de Gestión para la Participación Comunitaria
MSP	Ministerio de Salud Pública
M&E	Monitoreo y Evaluación
OMS	Organización Mundial de la Salud

PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PE	Plan Estratégico
PGIRSH	Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios
PHVA	Planear, Hacer, Verificar, Actuar (traducción de PDCA: Plan, Do, Check, Act)
PNRTV	Programa Nacional para la Reducción de la Transmisión Vertical del VIH
POA	Plan Operativo Anual
PP	Protocolos para la Atención del Parto
RAE	Real Academia de la Lengua
SVE	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
SIP	Sistema de Información Perinatal
SRS	Servicio Regional de Salud
UNAPS	Unidad de Atención Primaria en Salud
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por sus siglas en inglés)
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

1. ESQUEMA PARA EL DESARROLLO DE LOS ESTÁNDARES

Los estándares que a continuación se presentan, están basados en los mapas de criterios desarrollados en el marco del proyecto “USAID/Centros de Excelencia Materno Infantil”. Para el efecto, se adoptó un modelo de plantilla con los siguientes componentes:

1. **CARACTERÍSTICA:** Se refiere a las posibles cualidades establecidas para los elementos medibles en la cual está enmarcado el estándar.

2. **CÓDIGO ESTÁNDAR:** Es un conjunto de elementos alfa numéricos mediante el cual se identifican las características de los estándares construidos para el Sistema de Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil. La composición alfa del código corresponde a las letras H o D, según se trate del manual para hospitales o para Direcciones Provinciales de Salud. La composición numérica presenta un primer dígito que hace referencia a la característica, un segundo dígito que identifica el criterio y un tercer dígito para numerar los subcriterios sujetos a medición.

3. **CRITERIO:** Para fines de este manual, corresponde a los elementos de valoración en relación a los cuales se emite un juicio valorativo sobre el objeto evaluado, según la escala de puntuación establecida para cada subcriterio que le conforma.

4. **PONDERACIÓN:** Es el puntaje asignado técnicamente a partir de la importancia relativa del estándar en el marco global de la Excelencia Materno-Infantil, donde a cada conjunto de estándares definidos, tanto para Hospitales como para las DPS, le corresponde un valor total de 1000 puntos.

5. **ESTÁNDAR:** Es el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad y en el marco global del Sistema de Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil se enuncia como una declaración afirmativa que describe el ciclo de mejoramiento en relación con el criterio desarrollado

6. **SUBCRITERIOS:** Son elementos que tienen como propósito desarrollar y complementar la escala de valoración del estándar. En general, obedecerán al esquema de ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), de modo que por cada estándar habrá como mínimo 5 subcriterios: el primero, relacionado con los elementos estructurales y con la documentación del proceso en cuestión (guías, protocolos, manuales, planes de trabajo, entre otros); el segundo estará encaminado a promover el despliegue de dichos documentos (inducción, entrenamiento, capacitación, con sus correspondientes EVALUACIONES); el tercero a su aplicación o ejecución; el cuarto a la

medición y análisis de la adhesión a dichos manuales o directrices y de su eficacia (cuando aplique), y el quinto a la intervención de resultados y cierre de ciclos de mejoramiento.

7. **ELEMENTOS MEDIBLES:** Se refiere al conjunto de evidencias que se utilizarán para sustentar y evaluar el grado de cumplimiento de cada subcriterio.

8. **PROPÓSITO:** Es una justificación breve y concreta sobre la importancia del estándar en relación con el contexto general de la excelencia en el cuidado materno infantil. En otras palabras, describe el “espíritu del estándar”.

9. **INDICADORES SUGERIDOS:** Son indicadores guía que se han recomendado para valorar el grado de mejoramiento con respecto al estándar. Estos no tienen carácter de obligatoriedad para el hospital o la DPS, ya que pueden utilizar otros indicadores que les permita medir el estándar.

Se presenta a continuación la plantilla en blanco y, posteriormente, el desarrollo de cada uno de los capítulos de estándares.

MODELO DE PLANTILLA PARA EL DESARROLLO DE LOS ESTÁNDARES

CARACTERÍSTICAS			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
	DEFINICIÓN DEL ESTÁNDAR		
PROPÓSITO			
CÓDIGO DEL SUBCRITERIO Y PUNTOS	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES (EM)	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
INDICADORES SUGERIDOS			

2. ESTÁNDARES PARA HOSPITALES

2.1. SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL FORTALECIDA

CARACTERÍSTICA H.1.: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL FORTALECIDA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: PLANIFICACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
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	
PROPÓSITO	La gestión integral de la excelencia se basa en el direccionamiento estratégico, la gerencia de los procesos y la transformación de la cultura organizacional. La articulación armónica de estos tres elementos supone la existencia y trabajo sistemático de un grupo líder, capaz de identificar las necesidades de cambio y de orientar la organización hacia el logro de sus objetivos y metas.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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: El 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 documentados y evaluados de manera sistemática y, en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	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
		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

Considerado como un componente del programa de capacitación y formación de personal establecido en el Reglamento de Hospitales No. 351-99, como en el de los CEAS No. 434-07.

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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 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.	1. Evidencias de la autoevaluación con la herramienta CAF, correctamente aplicada.	6
		2. Plan Estratégico vigente.	5
		3. Plan Operativo Anual vigente.	4
		4. Sistema de M&E documentado.	3
H.1.1.4. (18 puntos)	Monitorización 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 monitorización estratégica del cambio para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de encaminar correctamente el rumbo de la institución. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	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
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	9
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de metas del PE cumplidas dentro del plazo esperado, según la última evaluación anual. • Proporción de metas del POA cumplidas dentro del plazo esperado, en cada evaluación trimestral. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la planificación, monitoreo y evaluación. 		

CARACTERÍSTICA H.1.: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL FORTALECIDA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: SISTEMAS DE INFORMACIÓN	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
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	
PROPÓSITO	La excelencia en el cuidado materno infantil supone la disponibilidad de información confiable y oportuna para la toma de decisiones. Para lograr este propósito, resulta necesario contar con una estructura informática básica y con un conjunto de procesos deliberados y controlados que, además de generar información, incluye herramientas sistemáticas dirigidas a velar por su calidad desde el punto de vista de la oportunidad, confiabilidad y seguridad de la información.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE	
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 la 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
		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 permitan 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)	Entrenamiento en gestión de la información: Todo el personal responsable de la generación, captura y procesamiento de datos y del análisis de la información ha sido capacitado en los procedimientos a su cargo, los cuales están incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para el nuevo personal institucional, según aplique. Estas capacitaciones, inducciones y entrenamientos son documentados y evaluados de manera sistemática y, en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	1. Evidencias que demuestran que el personal clínico y administrativo que genera datos relevantes para la institución ha recibido capacitación sobre los procedimientos y directrices que les son aplicables.	6
		2. Incorporación, en el programa de inducción del hospital, de directrices sobre la generación completa y correcta de los datos relevantes y las normas internas para el completo y correcto llenado de los expedientes clínicos, incluyendo la HCP.	4

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
		3. Evidencias que demuestran que el personal que va ingresando a la institución ha recibido la inducción y el entrenamiento necesarios sobre las normas internas para el completo y correcto llenado de los expedientes clínicos, incluyendo la HCP como parte del SIP, y el manejo de otros formatos relevantes.	2
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre estos temas 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.	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, incluida 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
H.1.2.4. (18 puntos)	Control de la calidad de la información: El hospital cuenta con herramientas que le permiten evaluar sistemáticamente la calidad de los expedientes clínicos y, en general, de la información clínica, demográfica, y estadística que se produce en la HCP. Igualmente, monitorea la calidad de la información relacionada con los procesos de gestión del recurso humano, gestión de insumos y gestión administrativa y financiera.	1. Evidencias que permitan demostrar la existencia de mecanismos sistemáticos para la evaluación periódica de la calidad de los expedientes clínicos.	9
		2. Evidencias que permitan demostrar la existencia de mecanismos sistemáticos para controlar la calidad de otros datos e información relevante para la institución (gestión humana, gestión de suministros, gestión administrativa y financiera).	9
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
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de expedientes clínicos completa y correctamente llenados. • Índice de inconsistencias en formatos relevantes revisados. • Proporción de expedientes clínicos no encontrados. • Proporción de pacientes con más de un expediente clínico. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la gestión de la información. 		

CARACTERÍSTICA H.1.: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL FORTALECIDA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: SISTEMAS DE INFORMACIÓN	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
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	
PROPÓSITO	La gestión del capital humano en una institución que aspira a la excelencia debe comprometerse con la búsqueda y logro de resultados satisfactorios en sus diferentes componentes, de manera que se pueda contribuir efectivamente al logro de los objetivos misionales de la organización. En el caso de los hospitales, la acertada gestión del capital humano se considera una condición indispensable para la efectividad en la atención a las necesidades de la población.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE	
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 incluyen 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 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.	1. Evidencias que demuestran que el personal responsable de la gestión humana ha recibido capacitación sobre los procedimientos y directrices que les son aplicables.	2
		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
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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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
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
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de actividades de gestión humana correctamente desarrolladas (conforme a procedimientos documentados). • Índice de inconsistencias o no conformidades en la aplicación de los procedimientos de gestión humana. • Proporción de empleados que inician labores sin el llenado de los requisitos. • Proporción de empleados que inician labores sin haber cumplido la etapa de inducción y entrenamiento. • Proporción de empleados satisfechos o Índice de Clima Laboral (según instrumento utilizado para la medición). • Proporción de empleados con desempeño satisfactorio (según resultados de la evaluación de desempeño). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la gestión del capital humano. 		

CARACTERÍSTICA H.1.: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL FORTALECIDA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: GESTIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
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
PROPÓSITO	En un hospital comprometido con la búsqueda de la excelencia, los grupos responsables de la gestión de la infraestructura y equipos deben ser altamente competentes en sus correspondientes tareas y estar totalmente identificados y comprometidos con el propósito de mejorar continuamente la estructura y procesos a su cargo, en beneficio de la población atendida.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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), y 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 capital humano 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 esta área. Estas capacitaciones, inducciones y entrenamientos 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 de la gestión humana ha recibido capacitación sobre los procedimientos y directrices que les son aplicables.	2
		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
H.1.4.3. (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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
H.1.4.4. (6 puntos)	Auditoría de los procesos de gestión humana: 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
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, monitoriza 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
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de actividades de gestión de recursos físicos correctamente desarrolladas (conforme a procedimientos documentados). • Índice de inconsistencias o no conformidades en la aplicación de los procedimientos de gestión de recursos físicos. • Proporción de mantenimientos preventivos de equipos oportunamente realizados. • Proporción de mantenimientos correctivos de equipos oportunamente realizados. • Proporción de mantenimientos preventivos de la infraestructura oportunamente realizados. • Proporción de mantenimientos correctivos de la infraestructura oportunamente realizados. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la gestión de los recursos físicos. 		

CARACTERÍSTICA H.1.: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL FORTALECIDA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
H.1.5.	Los procedimientos de gestión administrativa y financiera del hospital en suministro 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	
PROPÓSITO	La gestión de los procesos, uno de los componentes esenciales de la gestión integral de la excelencia, incluye los procesos administrativos y financieros, los cuales deben estar alineados con el logro de resultados organizacionales. En efecto, las fallas en la gestión de cualquiera de estos procesos de apoyo repercuten negativamente sobre los procesos misionales de la institución. Las entidades dedicadas al cuidado materno infantil deben garantizar un control integral de sus procesos de apoyo como condición para el éxito en la atención a la población.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE	
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 evaluados de manera sistemática y, en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	1. Evidencias que demuestran que el personal responsable de los procesos de gestión de suministro, han recibido capacitación sobre los procedimientos y directrices que les 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
		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 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 de suministro, se están llevando a cabo conforme a lo documentado (información administrativa y contable ordenada y debidamente actualizada)	6

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
H.1.5.4. (6 puntos)	Auditoría de los procesos de gestión humana: 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 permitan 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 permitan 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 a los procesos de gestión de suministro 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, monitoriza el cumplimiento de tales acciones.	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
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de actividades de gestión administrativa y financiera correctamente desarrolladas (conforme a procedimientos documentados). • Índice de inconsistencias o no conformidades en la aplicación de los procedimientos de gestión administrativa y financiera. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la gestión administrativa y financiera. 		

2.2. SERVICIOS MATERNO INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA

CARACTERÍSTICA H.2.: SERVICIOS MATERNO INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE INTEGRAL	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
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	
PROPÓSITO	El control prenatal constituye una oportunidad única para identificar tempranamente un conjunto de riesgos en los ámbitos psicológico, biológico y social que, de no ser intervenidos, pueden convertirse en fuentes importantes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Un hospital reconocido como Centro de Excelencia Materno Infantil contará con un control prenatal digno de ser reconocido y diseminado como modelo de mejor práctica.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE	
H.1.2.1. (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 incluyen 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 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.	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
		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
		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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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
H.2.1.4. (16 puntos)	Monitorización 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. (16 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 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, monitoriza el cumplimiento de tales acciones.	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 a buenos resultados e intervención de resultados negativos).	8
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	8
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de miembros del equipo de salud que atienden gestantes, entrenados en el protocolo de control prenatal. • Proporción de gestantes incorporadas al programa de control prenatal en relación con las esperadas (cobertura). • Proporción de usuarias que ingresan al control prenatal durante el primer semestre de su gestación. • Proporción de gestantes que abandonan el control prenatal sin causa justificada (deserciones). • de criterios cumplidos en la aplicación del protocolo de control prenatal (según auditoría con listas de chequeo). • Proporción de riesgos detectados y no intervenidos por el equipo de salud en usuarias del programa de control prenatal. • Proporción de muertes maternas potencialmente evitables, atribuibles a fallas en el control prenatal. • Proporción de muertes perinatales potencialmente evitables, atribuibles a fallas en el control prenatal. • Promedio de satisfacción de las usuarias del control prenatal. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto al programa de control prenatal. 		

CARACTERÍSTICA H.2.: SERVICIOS MATERNO INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA

CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: PARTO SEGURO / CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE EMERGENCIA	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
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, auditan la morbilidad y mortalidad maternas, y actúa con base en los resultados para alcanzar las metas esperadas.	90	
PROPÓSITO	La atención del parto y de otros eventos obstétricos de emergencia son situaciones de riesgo que deben ser atendidas en condiciones de alta pertinencia y seguridad con el propósito de reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos y muertes maternas y perinatales de carácter evitable, como condición para alcanzar resultados de excelencia.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE	
H.1.2.1. (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 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.	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
		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
		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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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)	Monitorización 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 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	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
		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 de la atención del parto y de otros eventos obstétricos. Además, monitoriza el cumplimiento de tales acciones.	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
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	11
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de criterios cumplidos en la aplicación del protocolo de atención del parto. • Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de los protocolos COEm. • Proporción de casos de mortalidad materna y morbilidad materna extrema oportunamente analizados. • Proporción de muertes maternas potencialmente evitables (en relación con el total de las muertes maternas analizadas). • Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos). • Proporción de cesáreas efectuadas (en relación con el total de partos + cesáreas) . • Promedio de satisfacción de las usuarias del servicio de atención obstétrica. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a los servicios de parto y cuidados obstétricos de emergencia. 		

CARACTERÍSTICA H.2.: SERVICIOS MATERNO INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: ATENCIÓN ESENCIAL DEL RECIÉN NACIDO (CUIDADOS BÁSICOS)		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
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, analiza 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
PROPÓSITO	Una alta proporción de la mortalidad perinatal es evitable, si se sigue un conjunto de lineamientos sobre los cuales existe suficiente evidencia científica disponible y que se orientan, básicamente, a identificar e intervenir precozmente los principales riesgos para el neonato al momento del nacimiento y a brindar una atención segura, que redundan en mejores resultados para el recién nacido y constituyen uno de los pilares fundamentales para la excelencia.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
H.1.3.1. (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 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.	1. Evidencias que demuestran que todo el personal de pediatría y/o perinatología ha sido entrenado en los protocolos de atención al recién nacido y en la estrategia "Ayudando a los bebés a respirar".	4
		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
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre los protocolos de atención al recién nacido 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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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 neonatos y en el sistema informático perinatal.	1. Información de los neonatos digitalizada en el sistema informático perinatal	10
		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.2.3.4. (15 puntos)	Monitorización del mejoramiento: La institución evalúa trimestralmente y de manera sistemática una muestra representativa de los expedientes clínicos de los recién nacidos atendidos durante el período inmediatamente anterior (guías de supervisión clínica), con el fin de valorar la adhesión del personal a los protocolos adoptados y proponer las recomendaciones pertinentes. Así mismo, calcula y consolida los demás indicadores establecidos para valorar la calidad de la atención al recién nacido durante el nacimiento. Por su parte, el comité de morbilidad y mortalidad perinatal analiza los posibles casos de morbilidad y mortalidad perinatal presentados, determinan su evitabilidad y proponen las medidas correctivas pertinentes.	1. Informes consolidados de resultados de la supervisión clínica del programa de atención al recién nacido, con análisis y proposición de medidas pertinentes.	4
		2. Informes de las auditorías a los casos de morbilidad y mortalidad perinatal presentados, con análisis de evitabilidad y proposición de las medidas pertinentes.	8
		3. Resultados consolidados de otros indicadores utilizados por la institución para evaluar la calidad del control de salud del recién nacido, con análisis y proposición de medidas pertinentes.	3
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 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.	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
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	7
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de los protocolos de atención esencial del recién nacido. • Proporción de casos de mortalidad perinatal oportunamente analizados. • Proporción de muertes perinatales potencialmente evitables (en relación con el total de las muertes perinatales analizadas). • Tasa de mortalidad perinatal (por 1.000 nacidos vivos). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a los servicios de atención neonatal. 		

CARACTERÍSTICA H.2.: SERVICIOS MATERNO INFANTILES DE CALIDAD BASADOS EN EVIDENCIA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: SEGUIMIENTO DE PUÉRPERAS, RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES DURANTE EL PRIMER AÑO	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
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	
PROPÓSITO	La continuidad es una dimensión fundamental de la excelencia en el cuidado de la salud. En los servicios materno infantiles el correcto seguimiento al binomio madre e hijo después del egreso hospitalario, articulado con el nivel primario de atención, apoya el cierre exitoso del ciclo de prevención de la morbilidad y mortalidad evitables.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
H.1.4.1. (12 puntos)	Disponibilidad de lineamientos de seguimiento a puérperas, 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 puérperas, 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 puérperas, recién nacidos y lactantes durante el primer año se encuentran permanentemente disponibles, para todo el personal responsable, cerca de las áreas de atención.	6
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 puérperas 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 del área, estos han recibido la inducción y el entrenamiento necesarios en estas directrices.	2
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre las directrices de seguimiento a puérperas, 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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
H.2.4.3. (12 puntos)	Aplicación de 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 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.	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
		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)	Monitorización 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 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.	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
		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
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 durante el primer año. Además, monitoriza el cumplimiento de tales acciones.	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
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	6
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las Directrices para el Seguimiento a púerperas, recién nacidos y lactantes durante el primer año. • Proporción de casos de mortalidad materna puerperal y de mortalidad infantil oportunamente analizados. • Proporción de muertes maternas puerperales potencialmente evitables (en relación con el total de las muertes maternas puerperales analizadas). • Tasa de mortalidad infantil. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a los servicios de seguimiento al binomio madre e hijo durante el primer año. 		

2.3. INTERCONEXIÓN EN RED ESTABLECIDA

CARACTERÍSTICA H.3.: INTERCONEXIÓN EN RED ESTABLECIDA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: SEGUIMIENTO DE PUÉRPERAS, RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES DURANTE EL PRIMER AÑO	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
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	
PROPÓSITO	En el cuidado materno infantil con excelencia, el proceso de referencia y contra referencia es una estrategia fundamental, que va más allá de la búsqueda de la eficiencia en el uso de los recursos. Fundamentalmente, debe operar como un modelo de gestión que contribuye a garantizar el acceso del binomio madre e hijo al nivel de atención más apropiado para responder de manera segura y confiable a sus necesidades y expectativas, lo cual supone una cuidadosa coordinación de personas, recursos y establecimientos de salud para el logro de los resultados esperados.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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
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
		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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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 encasillados.	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
		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.3.1.4. (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
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, adopta e implementa 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, monitoriza 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
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de los procedimientos de referencia y contra referencia. • Índice de eventos adversos atribuibles a fallas en la operación del sistema de referencia y contra referencia. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a los procesos de referencia y contra referencia. 		

2.4. INFRAESTRUCTURA BÁSICA HABILITADA

CARACTERÍSTICA H.4.: INFRAESTRUCTURA BÁSICA HABILITADA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES BÁSICAS DE HABILITACIÓN		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
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 lo 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
PROPÓSITO	El cumplimiento de los requisitos obligatorios es una condición fundamental para un desempeño óptimo de los procesos de atención. En el contexto de los servicios materno infantiles, estos requisitos cobran una mayor importancia, porque su cumplimiento puede representar la diferencia en materia de acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad o eficacia de los procesos, todos ellos atributos esenciales para que un proceso pueda alcanzar la excelencia.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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: En base a 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, dentro del plazo otorgado por la habilitación provisional.	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.	2
		3. Las fechas establecidas en el plan de mejora garantizan el cierre de la totalidad de las brechas prioritarias dentro del plazo otorgado por la habilitación provisional.	1
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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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, ha identificado posibles mejoras adicionales, que apoyan la mejora de la seguridad de sus servicios con énfasis en la atención al binomio madre e hijo.	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
		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 pueden 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
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de brechas cerradas dentro de los plazos establecidos por la habilitación provisional. • Proporción de requisitos de habilitación cumplidos. • Proporción de eventos adversos atribuibles a deficiencias en el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación (en relación con el total de eventos adversos identificados). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto al cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación. 		

2.5. MEDIO AMBIENTE PRESERVADO

CARACTERÍSTICA H.5.: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: GESTIÓN DEL RIESGO Y BIOSEGURIDAD		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
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
PROPÓSITO	La gestión del riesgo con enfoque de bioseguridad es un componente esencial en la prestación de servicios con excelencia, con beneficios claros para el personal, la institución, los usuarios atendidos, la comunidad en general y el medio ambiente.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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
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 incluya un capítulo sobre limpieza, descontaminación y desinfección, basados en la mejor evidencia científica disponible, que le permitan intervenir.	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 incluya un capítulo sobre limpieza, descontaminación y desinfección.	4
		3. Evidencias que demuestran que los contenidos de bioseguridad han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para nuevo personal de salud.	3
		4. Evidencias que demuestran que si después de la capacitación al equipo ingresado nuevos miembros al equipo de salud, estos han recibido la inducción y el entrenamiento necesarios en bioseguridad.	3

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
		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
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, de las mediciones de adhesión y de otros indicadores, con el fin de mejorar continuamente el desempeño de dichos procesos. Además, monitoriza el cumplimiento de tales acciones con miras a la excelencia.	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 en la institución (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).	9
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	9
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de acciones del plan de fortalecimiento de la bioseguridad completamente ejecutadas. • Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las medidas de bioseguridad por parte del personal de la institución. • Índice de accidentes de riesgo biológico entre los miembros del equipo de salud • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto al fortalecimiento de la bioseguridad 		

CARACTERÍSTICA H.5.: MEDIO AMBIENTE PRESERVADO

CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: GESTIÓN INTEGRAL DE DESECHOS Y RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
H.5.2.	La institución cuenta con un programa de gestión integral de desechos y residuos sólidos hospitalarios comprometido con el medio ambiente, diseñado y gerenciado con un enfoque de mejoramiento continuo.	90	
PROPÓSITO	La gestión integral de los residuos es uno de los procesos más delicados dentro del manejo ambiental de las instituciones de salud porque, dada la complejidad de los elementos generados, existen riesgos claros de contaminación y/o de infección para los usuarios, el personal, la institución, el medio ambiente y la comunidad en general. Por tanto, una gestión con enfoque de excelencia debe velar por un manejo técnico de los residuos en cada una de sus etapas.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE	
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
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 la disposición final de los residuos se llevan a cabo de acuerdo con el reglamento vigente.	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
		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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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
		3. Resultados consolidados de indicadores que permiten 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, monitoriza 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
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de acciones del PGIRSH completamente ejecutadas. • Proporción de Kg. de residuos reciclados. • Proporción de criterios cumplidos en el manejo de los residuos por parte del personal de la institución. • Índice de accidentes de riesgo biológico relacionadas con gestión de residuos sólidos hospitalarios entre el personal de la institución. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la gestión de los residuos sólidos hospitalarios. 		

CARACTERÍSTICA H.4.: INFRAESTRUCTURA BÁSICA HABILITADA

CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES BÁSICAS DE HABILITACIÓN	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
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	
PROPÓSITO	Las IACS son una fuente importante de morbilidad y mortalidad sobre agregada durante los procesos de atención, que además ocasionan altos costos económicos y sociales. Una atención integral con enfoque de excelencia debe incluir mecanismos claros y contundentes para prevenir, detectar y controlar las infecciones.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE	
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 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 permitan 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 ESTÁNDARizados 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 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.	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
		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
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,	1. Evidencias que demuestran que el personal de la institución ha recibido capacitación sobre las directrices que les son aplicables en el tema de prevención y control de infecciones.	3

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
	según sus respectivas competencias. Las capacitaciones, inducciones y entrenamientos mencionados 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, de las directrices aplicables sobre prevención y control de infecciones.	3
		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
		2. Evidencias que permitan 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 permitan 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 permitan demostrar mejoras en el control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.	6
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
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de miembros del equipo de salud con adhesión a la higiene de manos conforme a los lineamientos institucionales. • Índice de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud. • Proporción de infecciones de sitio operatorio. • Proporción de episiotomías infectadas. • Proporción de cesáreas con infección de sitio operatorio. 		

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
		<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de pacientes con endometritis secundarias a la atención del parto, cesárea o curetaje. • Tasa de infecciones de vías urinarias asociadas al uso de sonda vesical. • Tasa de bacteremias asociadas al uso de catéter central. • Tasa de bacteremias asociadas al uso de catéter periférico. • Tasa de neumonías asociadas a ventilación mecánica. • Tasa de peritonitis asociadas a diálisis peritoneal. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la prevención, detección y control de las IACS. 	

2.6. COMUNIDAD PARTICIPANDO EN LA GESTIÓN

CARACTERÍSTICA H.6.: COMUNIDAD PARTICIPANDO EN LA GESTIÓN			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: CULTURA DE LOS DERECHOS Y LOS DEBERES DEL USUARIO		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
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
PROPÓSITO	La declaración de los derechos y deberes de los usuarios representa, de cierta manera, la promesa explícita de servicio y los compromisos de comportamiento del usuario en una institución enfocada a la excelencia. Su difusión permanente y sistemática debe conducir a la formación de una cultura que contribuya a una atención digna y con responsabilidad social.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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 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.	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
		3. Evidencias que demuestran que si después de la capacitación ha ingresado nuevo personal al hospital, éste ha recibido la inducción y el entrenamiento necesarios en el tema de derechos y deberes del usuario.	1

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
		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
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 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, monitoriza el cumplimiento de tales acciones.	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 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).	3
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de usuarios externos que recuerdan y comprenden al menos dos de sus derechos. • Proporción de usuarios externos que recuerdan y comprenden al menos dos deberes. • Índice de derechos vulnerados (en relación con el total de usuarios atendidos). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la cultura de derechos y deberes de los usuarios. 		

CARACTERÍSTICA H.6.: COMUNIDAD PARTICIPANDO EN LA GESTIÓN

CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: CULTURA DE LOS DERECHOS Y LOS DEBERES DEL USUARIO	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
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	
PROPÓSITO	La participación de la comunidad es considerada, junto con la solidaridad y la disseminación del conocimiento, un "recurso no convencional", en la medida en que su uso frecuente, en lugar de consumirlo, lo acrecienta (Max-Neef, Manfred. <i>Desarrollo a Escala Humana</i>). Una gestión con enfoque de excelencia reconoce e incorpora la participación de la comunidad como centro y razón de ser de las instituciones de salud.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE	
H.6.2.1. (7 puntos)	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: la conformación de un Consejo de Administración Hospitalaria (CAH) de base comunitaria, que participa en las actividades relevantes del hospital, incluido su involucramiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios; la inclusión de organizaciones comunitarias 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 del hospital hacia la comunidad con respecto a los indicadores de salud, uso de recursos públicos e indicadores de responsabilidad social, entre otros temas.	7	
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.	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 actividades concretas de la institución y de las labores ejecutadas de veeduría social y rendición de cuentas.	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
		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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
		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 procesos de participación comunitaria. Con base en esta información, adopta e implementa acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de fortalecer la participación de la comunidad. Además, monitoreo el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias que demuestran que la información sobre participación comunitaria (indicadores y otros) está siendo utilizada para adoptar acciones dirigidas a mejorar la cobertura y eficacia de la participación (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).	4
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de acciones del plan de trabajo del CAH completamente ejecutadas. • Proporción de acciones de gestión comunitaria cumplidas (ejecutadas dentro de los plazos previstos y con las coberturas esperadas). • Proporción de acciones de gestión comunitaria consideradas eficaces (por haber logrado los objetivos establecidos). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la participación comunitaria. 		

2.7. CENTRO DE CAPACITACIÓN DESARROLLADO

CARACTERÍSTICA H.7.: UNIDAD DE CAPACITACIÓN DESARROLLADA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: UNIDAD DE CAPACITACIÓN AL SERVICIO DE LA DIFUSIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN CUIDADO MATERNO INFANTIL	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
H.7.1.	La institución cuenta con la estructura y procesos necesarios para la difusión de buenas prácticas en cuidado materno infantil. La evaluación sistemática de dicha estructura y procesos es utilizada para promover su mejoramiento continuo.	30	
PROPÓSITO	La difusión de buenas prácticas constituye un compromiso social de los centros de excelencia. Gracias a esta actividad, las lecciones aprendidas se convierten en herramientas dinamizadoras del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En el contexto específico del cuidado materno infantil, este mejoramiento se traduce en resultados superiores para las instituciones, la comunidad y el desarrollo social y económico del país.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE	
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 diseminación 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
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 (listas de asistencia y EVALUACIONES efectuadas).	1. Listados de asistencia a las capacitaciones debidamente archivados.	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 permiten demostrar que estos indicadores están siendo calculados y analizados de manera sistemática.	3

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de actividades de difusión de buenas prácticas cumplidas (cumplimiento). • Proporción de personas cubiertas con las actividades de difusión de buenas prácticas, en relación con el total de las programadas (cobertura). • Proporción de participantes en actividades de difusión de buenas prácticas con resultados satisfactorios en las pruebas de conocimientos aplicadas al final de dichas actividades (eficacia). • Proporción de participantes en actividades de difusión de buenas prácticas satisfechos con dichas actividades (satisfacción). • Proporción de instituciones participantes en el programa de difusión de buenas prácticas que implementan las lecciones aprendidas (impacto). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto al programa de difusión de buenas prácticas. 		

2.8. HOSPITAL PREPARADO ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES

CARACTERÍSTICA H.8.: HOSPITAL PREPARADO ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: PLAN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DESARROLLADO CON ENFOQUE DE MEJORAMIENTO CONTINUO		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
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
PROPÓSITO	Una apropiada preparación frente a las posibles E&D que pudieran presentarse en una institución de salud puede llegar a representar la diferencia entre la vida y la muerte para los usuarios, e incluso para el propio personal de salud. Una gestión de excelencia debe cuidar hasta el último detalle en el proceso de preparación para E&D.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
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 desarrolle 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 cumpla 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. 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.	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
		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

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
H.8.1.3. (6 puntos)	Ejecución de simulaciones y simulacros: El hospital ha programado y ejecutado simulaciones y simulacros de las diferentes situaciones internas y externas previstas en el plan de E&D, incluida la atención a multitud de lesionados. Durante la ejecución de las simulaciones y simulacros se generan los insumos necesarios para su posterior evaluación.	1. Informes de simulaciones, simulacros y de análisis de posibles casos reales de E&D que se hayan presentado.	6
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 simulaciones y 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 simulaciones y 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 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, monitoriza el cumplimiento de tales acciones.	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 simulaciones y simulacros, están siendo utilizados para adoptar acciones dirigidas a mejorar la preparación del hospital ante posibles E&D (estímulos a buenos resultados e intervención de resultados negativos).	3
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	3
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de actividades cumplidas en la ejecución del plan de E&D. • Promedio del tiempo de evacuación en simulacros de emergencia interna. • Índice de eventos indeseados durante la atención de emergencias (usuarios internos o externos lesionados durante la emergencia, muertes evitables, pérdidas de usuarios, entre otros). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la gestión de E&D. 		

3. ESTÁNDARES PARA DIRECCIONES PROVINCIALES DE SALUD

3.1. SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL FORTALECIDA

CARACTERÍSTICA D.1.: SISTEMAS Y CAPACIDAD GERENCIAL FORTALECIDA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: PLANIFICACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
D.1.1.	La DPS ha constituido un equipo gerencial y de gestión del cambio o su equivalente, y cuenta con procesos demostrables de planificación, monitoreo y evaluación, alineados con el propósito de alcanzar la excelencia materno infantil.		180
PROPÓSITO	La gestión integral de la excelencia se fundamenta en el Direccionamiento Estratégico, la Gerencia de los Procesos y la Transformación de la Cultura Organizacional. La articulación armónica de estos tres elementos, supone la existencia y trabajo sistemático de un grupo líder, capaz de identificar las necesidades de cambio y de orientar la organización hacia el logro de sus objetivos y metas.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.1.1.1. (36 puntos)	Estructura para el Liderazgo: La DPS cuenta con un equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, formalmente constituido y 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.	18
		2. Metodologías documentadas y formalmente adoptadas que expliquen cómo desarrollar el PE, el POA y el Sistema de M&E.	18
D.1.1.2. (36 puntos)	Formación para el liderazgo: El 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 documentados y evaluados de manera sistemática y, en caso de resultados insatisfactorios, se procede en consecuencia.	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.	8
		2. Incorporación de los diferentes contenidos del tema de planeación estratégica en el programa de inducción de la DPS.	7
		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.	7
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre estas metodologías han sido evaluados.	7
		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.	7
D.1.1.3. (36 puntos)	Despliegue de la función de liderazgo: El personal directivo de la DPS aplica sistemáticamente las metodologías de planificación, monitoreo y evaluación y sigue sus directrices. Como resultado de ello, la institución se ha autoevaluado con la herramienta CAF, cuenta con un PE, un POA y un sistema de M&E debidamente documentados, alineados con las prioridades institucionales identificadas durante la autoevaluación.	1. Evidencias de la autoevaluación con la herramienta CAF, correctamente aplicada.	9
		2. Plan Estratégico vigente.	9
		3. Plan Operativo Anual vigente.	9
		4. Sistema de M&E documentado.	9

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
H.2.1.1.4. (36 puntos)	Monitorización estratégica del cambio: La DPS evalúa trimestralmente los avances del POA y anualmente los avances del PE. De igual manera, analiza los resultados aportados por el Sistema de M&E.	1. Evidencias de seguimiento anual al PE con análisis de sus avances.	12
		2. Evidencias de seguimiento trimestral al POA con análisis de sus avances.	12
		3. Evidencias de aplicación del Sistema de M&E con análisis de sus avances.	12
H.2.1.1.5. (36 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El Equipo Gerencial y de Gestión del Cambio, o su equivalente, utiliza la información generada en la monitorización estratégica del cambio para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de encaminar correctamente el rumbo de la DPS. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	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).	18
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	18
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de metas del PE cumplidas dentro del plazo esperado, según la última evaluación anual. • Proporción de metas del POA cumplidas dentro del plazo esperado, en cada evaluación trimestral. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la planificación, monitoreo y evaluación. 		

3.2. REDES PROGRAMÁTICAS DE SALUD COLECTIVA ESTABLECIDAS

CARACTERÍSTICA D.2.: REDES PROGRAMÁTICAS DE SALUD COLECTIVA ESTABLECIDAS			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
D.2.1.	La DPS ha formulado, ejecutado y evaluado un plan de fortalecimiento del PAI, encaminado a fortalecer su cobertura y eficacia con miras a lograr un impacto positivo en la salud de población materno infantil. La evaluación sistemática de los resultados del plan de fortalecimiento es utilizada para promover el mejoramiento continuo del PAI en la provincia.		160
PROPÓSITO	El PAI es un programa estructural de carácter fundamental para el mejoramiento de la situación de salud de la población en general, con énfasis en el grupo materno infantil. Una DPS reconocida como Centro de Excelencia Materno-Infantil contará con un PAI digno de ser reconocido y diseminado como modelo de mejor práctica.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.2.1.1. (32 puntos)	Diagnóstico situacional del PAI: La DPS cuenta con un diagnóstico sistemático y actualizado sobre las principales brechas del PAI en materia de registros, insumos, suficiencia y competencia de personal, coberturas, morbilidad y mortalidad por enfermedades inmuno prevenibles, entre otros temas.	1. Diagnóstico situacional del PAI con evidencias claras de las brechas identificadas (cuantificación de las brechas, instrumentos y metodologías utilizadas, entre otros).	32
D.2.2.2. (32 puntos)	Plan de fortalecimiento del PAI: La DPS cuenta con un plan de fortalecimiento del PAI, basado en el diagnóstico sobre las principales brechas del programa en su provincia.	1. Plan de fortalecimiento del PAI elaborado.	16
		2. Plan de fortalecimiento basado en el diagnóstico sobre las principales brechas del programa en la provincia.	16
D.2.1.3. (32 puntos)	Ejecución del plan de fortalecimiento del PAI: La DPS ha ejecutado las actividades dirigidas a fortalecer el PAI en su correspondiente provincia. Durante la ejecución del plan se generan los insumos necesarios para su posterior evaluación.	1. Soportes de las actividades desarrolladas durante la ejecución del plan de fortalecimiento (ajustes en los registros, capacitaciones, mejoras en la gestión de insumos, entre otros).	32
D.2.1.4. (32 puntos)	Monitoreo al plan de fortalecimiento del PAI: La DPS evalúa de manera sistemática la ejecución del plan de fortalecimiento del PAI, con el fin de valorar el cumplimiento de las acciones propuestas a partir del diagnóstico de sus brechas prioritarias. De igual manera, monitorea y analiza los indicadores de cobertura de los diferentes biológicos y la incidencia de las enfermedades inmuno prevenibles.	1. Evidencias de seguimiento al plan de fortalecimiento del PAI.	12
		2. Evidencias de monitoreo y análisis de las coberturas para los diferentes biológicos.	12
		3. Evidencias de monitoreo y análisis de los posibles casos de enfermedades inmuno prevenibles.	8
D.2.1.5. (32 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, analiza técnicamente los resultados del monitoreo al plan de fortalecimiento del PAI y los indicadores de cobertura de los biológicos y de incidencia de enfermedades inmuno prevenibles, y utiliza esta información para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de mejorar continuamente el desempeño del PAI en su correspondiente provincia. Además, monitoriza el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones de mejoramiento dirigidas a fortalecer el PAI en la provincia (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos).	18
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	14

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de actividades del plan de fortalecimiento del PAI completamente ejecutadas. • Proporción de usuarios inmunizados en relación con las metas establecidas (indicador de cobertura, desagregado por cada biológico). • Tasas de incidencia de las enfermedades inmuno prevenibles objeto del PAI. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto al fortalecimiento del PAI en la provincia. 		

CARACTERÍSTICA D.2.: REDES PROGRAMÁTICAS DE SALUD COLECTIVA ESTABLECIDAS		
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: MOVILIZACIÓN SOCIAL	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
D.2.2.	La DPS cuenta con una Red Comunitaria de Apoyo a los Programas de Promoción de la Salud, formalmente constituida, que opera mediante un acuerdo o convenio de gestión y cuyos resultados son evaluados periódicamente, con miras a su mejoramiento.	120
PROPÓSITO	La participación de la comunidad es considerado un recurso no convencional, en la medida en que su uso frecuente, en lugar de consumirlo, lo acrecienta” (Max-Neef, Manfred. <i>Desarrollo a Escala Humana</i> , OpCit). Una gestión con enfoque de excelencia reconoce e incorpora la participación de la comunidad como centro y razón de ser de las organizaciones de salud.	

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.2.2.1. (24 puntos)	Conformación de la Red Comunitaria de Apoyo a los Programas de Promoción de la Salud: La DPS ha conformado la red como un producto del trabajo colaborativo con las organizaciones comunitarias que vienen apoyando, o están interesadas en apoyar, los programas de promoción de la salud. Para tal efecto, se han establecido procedimientos claros, que determinan el alcance de la participación de las diversas organizaciones comprometidas con el proceso y se han celebrado acuerdos de colaboración que adoptan tales procedimientos y establecen, entre otras cláusulas, los mecanismos de evaluación del proceso.	1. Evidencias de conformación de una red comunitaria de apoyo a los programas de promoción de la salud (acuerdos de colaboración, memorias de reuniones celebradas, cartas, convocatorias u otras).	8
		2. Los documentos de soporte a la conformación de la red permiten demostrar que está claramente definido el alcance de trabajo para cada una de las organizaciones participantes en la red.	8
		3. Evidencias de concertación sobre los mecanismos que se utilizarán para evaluar los resultados del trabajo de la red comunitaria de apoyo a los programas de promoción de la salud.	8
D.2.2.2. (24 puntos)	Planeación del trabajo en red: La DPS cuenta con un plan de trabajo, concertado con las organizaciones comunitarias que hacen parte de la red, en el cual se definen objetivos, metas y acciones medibles en el tiempo, y alineados con los propósitos de búsqueda de la excelencia para la DPS, con énfasis en el cuidado materno infantil.	1. Plan de trabajo en el cual se establecen claramente los objetivos, metas y actividades que desarrollarán las organizaciones comunitarias que hacen parte de la red.	12
		2. Los objetivos, metas y actividades incluidos en el plan deben responder al propósito de alcanzar niveles de excelencia en los programas de promoción de la salud, especialmente en los del área Materno-Infantil.	12

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.2.2.3. (24 puntos)	Ejecución pertinente del modelo de red: La Red Comunitaria de Apoyo a los Programas de Promoción de la Salud opera conforme a lo documentado y planeado. Como resultado de ello, la DPS dispone de evidencias de las actividades realizadas en forma conjunta, como insumos para llevar a cabo el seguimiento al proceso.	1. Evidencias de las actividades realizadas por las organizaciones comunitarias de apoyo a los programas de promoción de la salud, individualmente o en forma conjunta con la DPS, según lo estipulado en el plan de trabajo o en los acuerdos de colaboración.	24
D.2.2.4. (24 puntos)	Monitorización del proceso: La DPS y la Red Comunitaria de Apoyo a los Programas de Promoción de la Salud cuentan con mecanismos sistemáticos para evaluar conjuntamente el cumplimiento y la eficacia de las actividades programadas y ejecutadas en el marco de este modelo de cooperación.	1. Evidencias de EVALUACIONES periódicas y sistemáticas al cumplimiento y la eficacia de las actividades programadas y ejecutadas por las organizaciones comunitarias, en el marco del plan de trabajo y de los acuerdos de colaboración.	14
		2. Evidencias de análisis de los resultados de dichas EVALUACIONES.	10
D.2.2.5. (24 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, en coordinación con representantes de las organizaciones comunitarias que hacen parte de la red, utilizan la información derivada de la monitorización a este modelo para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de fortalecer su operación. Además, monitoriza el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones de mejoramiento dirigidas a fortalecer el cumplimiento y eficacia de las acciones de promoción de la salud, ejecutadas con participación de las organizaciones de la red (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos)	14
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	10
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de actividades del plan de trabajo de la Red Comunitaria de Apoyo completamente ejecutadas. • Proporción de acciones de la Red Comunitaria de Apoyo cumplidas (ejecutadas dentro de los plazos previstos y con las coberturas esperadas). • Proporción de acciones de la Red Comunitaria de Apoyo consideradas eficaces (por haber logrado los objetivos establecidos). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas para el fortalecimiento de la operación de la Red Comunitaria de Apoyo. 		

3.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

CARACTERÍSTICA D.3.: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: MOVILIZACIÓN SOCIAL		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
D.3.1.	La DPS cuenta con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) debidamente documentado e implementado, que opera de manera coordinada con la comunidad y desempeña de manera eficiente y eficaz las funciones de alerta temprana, investigación de casos y análisis y difusión de la información. Se dispone de herramientas para monitorizar y mejorar continuamente el desempeño del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.		180
PROPÓSITO	En el contexto del cuidado materno infantil con excelencia, la vigilancia epidemiológica es una estrategia relevante, de generación de información oportuna y confiable para la acción. Por ello, es necesaria una labor cuidadosa y coordinada, que permita actuar oportunamente, cuando haya lugar a ello, y monitorizar los resultados de las políticas, planes, programas y proyectos en el marco de la salud Materno-Infantil.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.3.1.1. (36 puntos)	Disponibilidad de normas y procedimientos: La DPS cuenta con las normas y procedimientos vigentes del SVE, establecidos por la Dirección General de Epidemiología del MSP (DIGEPI), que incluyen las funciones básicas de alerta temprana, investigación de casos y brotes y análisis y difusión de la información. Se han priorizado e introducido los ajustes estructurales necesarios (infraestructura, equipos, personal, etc.) para que el SVE pueda operar conforme a lo documentado.	1. Normas y Procedimientos de Vigilancia Epidemiológica vigentes, debidamente documentados y disponibles para los equipos de trabajo responsables de estas actividades.	18
		2. El grupo de vigilancia epidemiológica cuenta con el personal, infraestructura física, equipos e insumos necesarios para que este sistema pueda operar conforme a lo documentado.	18
D.2.1.2. (36 puntos)	Despliegue del sistema: Todo el personal que participa en el SVE ha recibido capacitación en los procedimientos correspondientes, los cuales han sido incorporados en el programa de inducción y entrenamiento para el nuevo personal de estas áreas, cuando aplique. 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 actualmente responsable del SVE ha recibido capacitación en las normas y procedimientos correspondientes a dicho sistema.	8
		2. Incorporación de los diferentes contenidos del tema de vigilancia epidemiológica en el programa de inducción de la DPS.	7
		3. Evidencias que demuestran que si después de la capacitación han ingresado nuevos miembros al equipo de VE, estos han recibido la inducción y el entrenamiento necesarios en estas normas y procedimientos.	7
		4. Evidencias que demuestran que las capacitaciones, inducciones y entrenamientos sobre estas metodologías han sido evaluados.	7
		5. Evidencias que demuestran que si las evaluaciones han sido insatisfactorias, se refuerza el contenido y se repite la evaluación hasta su aprobación.	7
D.3.1.3. (36 puntos)	Operación pertinente del sistema: El personal que participa en el SVE aplica sistemáticamente los procedimientos documentados y genera los registros y demás productos en ellos mencionados. Como resultado de ello, se dispone de información consolidada, oportuna y confiable sobre el comportamiento, en la provincia, de los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica, y de las acciones realizadas por el SVE.	1. Sala de situación e información epidemiológica debidamente organizada y actualizada: Bases de Datos, evidencias de casos de brotes investigados, boletines epidemiológicos periódicos, mapas epidemiológicos según necesidades de la provincia.	18
		2. Información de EPI-1 reportada de manera actualizada ante la DIGEPI directamente por las unidades notificadoras.	18

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.3.1.4. (36 puntos)	Monitoreo del SVE: La DPS cuenta con mecanismos sistemáticos para evaluar la adhesión de su personal y de las unidades notificadoras a estos procedimientos, incluida la supervisión y el análisis conjunto de situaciones específicas entre la DPS, la comunidad, los hospitales y otros establecimientos públicos y privados de la provincia.	1. Informes de las mediciones de adhesión del personal de VE y de las unidades notificadoras a las normas y procedimientos establecidos, y con la oportunidad requerida.	18
		2. Evidencias de análisis conjunto de situaciones epidemiológicas específicas entre la DPS, la comunidad, los hospitales y otros establecimientos públicos y privados de la provincia.	18
D.3.1.5. (36 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El equipo gerencial de la DPS utiliza la información derivada de la monitoreo del SVE para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de mejorar continuamente el desempeño del SVE. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones de mejoramiento dirigidas a lograr los objetivos del SVE (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos).	18
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	18
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Tasas (o proporciones) de incidencia de los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica. • Proporción de eventos de vigilancia epidemiológica sujetos a investigación de campo que fueron oportunamente investigados (cobertura de las investigaciones de campo). • Proporción de criterios cumplidos en la ejecución de las acciones de vigilancia epidemiológica por parte del personal responsable de las mismas (pertinencia). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas para el fortalecimiento de los procesos de vigilancia epidemiológica. 		

3.4. SISTEMA DE HABILITACIÓN

CARACTERÍSTICA D.4.: SISTEMA DE HABILITACIÓN			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: SISTEMA DE HABILITACIÓN CONSOLIDADO		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
D.4.1.	La DPS ha realizado un diagnóstico sobre el funcionamiento del Sistema de Habilitación en su área de influencia. A partir de este diagnóstico, ha diseñado y ejecutado un plan de mejora encaminado a cerrar las brechas en su operación.		120
PROPÓSITO	El cumplimiento de los requisitos estructurales básicos en materia de gestión administrativa, recursos humanos, planta física, equipamiento y tecnología, por parte de los establecimientos de salud, es una condición fundamental para un desempeño óptimo de los procesos de atención. En el marco de los servicios materno infantiles, estos requisitos cobran una mayor importancia porque su cumplimiento puede representar la diferencia en materia de acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad o eficacia de los procesos, todos ellos atributos esenciales para que un proceso pueda alcanzar la excelencia. En este contexto, la DPS debe constituirse en facilitador y garante, ante la sociedad, del cumplimiento de tales requisitos.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.4.1.1. (24 puntos)	Autoevaluación sobre el desarrollo del sistema de habilitación: La DPS ha conducido un diagnóstico sistemático sobre el funcionamiento del sistema de habilitación en su provincia, que incluye el inventario actualizado de instituciones de salud de su jurisdicción.	1. Diagnóstico situacional sobre el funcionamiento del sistema de habilitación en la provincia, con evidencias claras de las brechas identificadas (cuantificación de las brechas, instrumentos y metodologías utilizadas, entre otros).	12

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
		2. Inventario actualizado de las instituciones de salud de la provincia que incluya los datos básicos de cada entidad prestadora.	12
D.4.1.2. (24 puntos)	Formulación del plan de mejora: Con base en el diagnóstico, la DPS ha formulado un plan de mejora dirigido a cerrar las brechas identificadas en su operación.	1. Plan Provincial de mejora dirigido a cerrar las brechas identificadas en la operación del sistema de habilitación en la provincia.	24
D.4.1.3. (24 puntos)	Operación pertinente del sistema: El personal que participa en el SVE aplica sistemáticamente los procedimientos documentados y genera los registros y demás productos en ellos mencionados. Como resultado de ello, se dispone de información consolidada, oportuna y confiable sobre el comportamiento, en la provincia, de los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica, y de las acciones realizadas por el SVE.	1. Soportes de las actividades desarrolladas durante la ejecución del Plan Provincial de mejora del sistema de habilitación (actualización de los registros, capacitaciones del equipo provincial, entre otros).	12
		2. Evidencias de adopción o apropiación de las directrices establecidas por la DGHA del MSP.	12
D.4.1.4. (24 puntos)	Seguimiento al plan de mejora: La DPS aplica mecanismos sistemáticos, encaminados a verificar el cumplimiento del plan de mejora del sistema de habilitación. Además, ha identificado posibles mejoras adicionales desde el punto de vista de la estructura o de los procesos que contribuyen a consolidar este sistema, en beneficio de la calidad de la atención a la población en general, con énfasis en los servicios que se prestan al binomio madre e hijo en su provincia.	1. Evidencias de seguimiento al Plan Provincial de mejora del sistema de habilitación.	8
		2. Evidencias de la realización de visitas de inspección y seguimiento a las instituciones evaluadas.	8
		3. Evidencias de análisis realizados sobre el cumplimiento del plan provincial de mejora del sistema de habilitación y del cumplimiento de los requisitos de habilitación en las instituciones evaluadas	8
D.4.1.5. (24 puntos)	Cierre de ciclo: El equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, ha priorizado e implementado mejoras adicionales, que pueden considerarse como mejores prácticas, en cuanto contribuyen a mejorar la seguridad de la atención a la población en general y al binomio madre e hijo, en particular.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones dirigidas a mejorar el funcionamiento del sistema de habilitación en la provincia (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos)	12
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	12
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de acciones del plan de mejora completamente ejecutadas (con cierre definitivo de las brechas correspondientes). • Proporción de instituciones que en la provincia cumplen con todos los requisitos de habilitación. • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto al fortalecimiento del sistema de habilitación en la provincia. 		

3.5. PLAN DE RESPUESTA A EMERGENCIAS Y DESASTRES

CARACTERÍSTICA D.5.: PLAN PROVINCIAL DE SALUD PARA RESPUESTA A EMERGENCIAS Y DESASTRES (E&D)			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: PLAN PROVINCIAL DE SALUD PARA RESPUESTA A E&D DESARROLLADO CON ENFOQUE DE MEJORAMIENTO CONTINUO	PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR	
D.5.1.	La DPS cuenta con un plan provincial de salud para respuesta a Emergencias y Desastres (E&D), desarrollado y ejecutable. La evaluación sistemática del plan es utilizada para promover su mejoramiento continuo.	120	
PROPÓSITO	Una apropiada preparación frente a las posibles E&D que pudieran presentarse en una provincia puede llegar a representar la diferencia entre la vida y la muerte para los usuarios, e incluso para el propio personal de salud. Una gestión de excelencia debe cuidar hasta el último detalle en el proceso de preparación para E&D.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.5.1.1. (24 puntos)	Comité Provincial de Salud para respuesta a E&D: La DPS cuenta con un Comité Provincial de Salud para respuesta a E&D formalmente constituido, un diagnóstico de riesgo con enfoque en salud, elaborado de manera participativa, y un plan provincial de salud para respuesta a E&D que defina estrategias para el manejo de las posibles E&D en su área de influencia. El plan provincial incluye un organigrama para E&D, definición de roles y responsabilidades, un inventario actualizado de los recursos de salud y un registro y situación actualizada de los albergues.	1. Acta constitutiva del Comité Provincial de E&D.	6
		2. Diagnóstico de riesgo de E&D con enfoque en salud, elaborado de manera participativa.	6
		3. Plan provincial de salud para respuesta a E&D que defina estrategias para el manejo de las posibles E&D en su área de influencia.	6
		4. El plan provincial incluye un organigrama para E&D, definición de roles y responsabilidades, un inventario actualizado de los recursos de salud y un registro y situación actualizada de los albergues.	6
D.5.1.2. (24 puntos)	Desarrollo del plan de E&D: Una vez implementado el Comité Provincial de salud para respuesta a E&D, la DPS ha realizado las adecuaciones, adquisiciones, ajustes, capacitaciones, entrenamientos y demás acciones necesarias para preparar la provincia ante posibles emergencias y desastres.	1. Evidencias de las adecuaciones, adquisiciones, ajustes, capacitaciones, entrenamientos y demás acciones necesarias para preparar la provincia ante posibles emergencias y desastres.	24
D.5.1.3. (24 puntos)	Programación y coordinación de simulaciones y simulacros: La DPS ha programado y ejecutado simulaciones y/o simulacros de las diferentes situaciones previstas en el plan de E&D, incluida la atención a multitud de lesionados, en coordinación con los hospitales de la provincia. Durante la ejecución de las simulaciones y simulacros se generan los insumos necesarios para su posterior evaluación.	1. Informes o memorias de programación y realización de simulaciones y/o simulacros de las diferentes situaciones previstas en el plan de E&D, incluida la atención a multitud de lesionados, en coordinación con los hospitales de la provincia.	24
D.5.1.4. (24 puntos)	Monitoreo al plan de E&D: La DPS evalúa sistemáticamente el cumplimiento de las actividades programadas en el plan de E&D y los resultados de las simulaciones y simulacros, así como de los posibles casos reales que se llegaran a presentar en la provincia.	1. Evidencias de evaluación y análisis del cumplimiento de las actividades programadas en el plan de E&D.	8
		2. Evidencias de análisis de los resultados de las simulaciones y simulacros.	8
		3. Evidencias de análisis de los posibles casos reales que se llegaran a presentar en la provincia.	8

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.5.1.5. (24 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, utiliza la información generada durante el monitoreo al Plan de E&D para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de mejorar continuamente la preparación de la red de salud de la provincia, para responder a las E&D. Además, monitoreo el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones dirigidas a mejorar la capacidad de la DPS para dar respuesta a E&D (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos).	12
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	12
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de actividades cumplidas en la ejecución del Plan Provincial de Salud para respuesta ante E&D. • Índice de eventos indeseados durante la atención de emergencias (usuarios internos o externos lesionados durante la emergencia, muertes evitables, pérdidas de usuarios, entre otros). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto a la gestión de E&D en la provincia. 		

3.6. CENTRO DE CAPACITACIÓN DESARROLLADO

CARACTERÍSTICA D.6.: CENTRO DE CAPACITACIÓN DESARROLLADO			
CÓDIGO DEL ESTÁNDAR	CRITERIO DEL ESTÁNDAR: UNIDAD DE CAPACITACIÓN AL SERVICIO DE LA DIFUSIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS		PONDERACIÓN DEL ESTÁNDAR
D.6.1.	La DPS cuenta con la estructura, procesos y metodologías para la difusión de buenas prácticas en todas sus intervenciones, con énfasis en cuidado materno infantil. La evaluación sistemática de dicha estructura, procesos y metodologías es utilizada para promover su mejoramiento continuo.		120
PROPÓSITO	La difusión de buenas prácticas constituye un compromiso social de los centros de excelencia. Gracias a esta actividad, las lecciones aprendidas se convierten en herramientas dinamizadoras del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud colectiva. En el contexto específico del cuidado materno infantil, este mejoramiento se traduce en resultados superiores para las instituciones, la comunidad y el desarrollo social y económico de la provincia.		
CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.6.1.1. (24 puntos)	Estructura básica para la difusión de buenas prácticas: La DPS cuenta con una unidad de capacitación formalmente constituida, con personal competente en gestión para la formación y capacitación (tutores, facilitadores), además del apoyo logístico, presupuesto, materiales educativos y herramientas pedagógicas para difundir las buenas prácticas identificadas a través de la revisión de la evidencia científica o de los propios resultados de mejora de la situación de salud en la provincia.	1. Acta constitutiva de la Unidad de Capacitación.	8
		2. Evidencias de la disponibilidad de personal competente en gestión para la formación y capacitación (tutores, facilitadores).	8
		3. Evidencias de disponibilidad de recursos para apoyo logístico, presupuesto, materiales educativos y herramientas pedagógicas para difundir las buenas prácticas.	8
D.6.1.2. (24 puntos)	Programación de actividades: Una vez implementada la unidad de capacitación, la DPS ha formulado un plan de difusión de buenas prácticas, que incluye los logros relevantes y lecciones aprendidas en sus diferentes intervenciones, con énfasis en cuidado materno infantil.	1. Plan de difusión/replicación de buenas prácticas, que incluye los logros relevantes y lecciones aprendidas en sus diferentes intervenciones, con énfasis en cuidado materno infantil.	12
		2. El plan de difusión/replicación de buenas prácticas contiene detalles de la programación a desarrollar (actividades, temas, grupos objetivo, etc.).	12
D.6.1.3. (24 puntos)	Ejecución del plan de difusión de buenas prácticas: La DPS ejecuta de manera sistemática el plan de difusión de buenas prácticas. Durante la ejecución, genera los insumos para su evaluación.	1. Evidencias de la ejecución del plan de difusión de buenas prácticas (listados de asistencia, evaluaciones efectuadas, registro gráfico, videos, materiales utilizados, entre otros).	24
D6.1.4. (24 puntos)	Monitoreo al plan de difusión de buenas prácticas: La DPS evalúa sistemáticamente el cumplimiento de las actividades de 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. Evidencias del seguimiento a la ejecución del plan de difusión de buenas prácticas.	12
		2. Análisis de los resultados de cumplimiento, cobertura, eficacia e impacto del plan de difusión de buenas prácticas.	12

CÓDIGO SUBCRITERIO	ALCANCE DEL SUBCRITERIO	ELEMENTOS MEDIBLES	PUNTOS MÁXIMOS POR ELEMENTO MEDIBLE
D.6.1.5. (24 puntos)	Decisiones de mejoramiento: El equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, utiliza la información generada durante el monitoreo al plan de difusión de buenas prácticas para adoptar e implementar acciones dirigidas a estimular los buenos resultados y a intervenir oportunamente los hallazgos, con el fin de mejorar continuamente el proceso. Además, monitorea el cumplimiento de tales acciones.	1. Actas y demás evidencias de adopción de acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento, cobertura, eficacia e impacto del plan de difusión de buenas prácticas (estímulos a buenos resultados y/o intervención de resultados negativos).	12
		2. Evidencias de monitoreo a las acciones mencionadas en el numeral anterior.	12
INDICADORES SUGERIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de actividades de difusión de buenas prácticas cumplidas (cumplimiento). • Proporción de personas cubiertas con las actividades de difusión de buenas prácticas, en relación con el total de las programadas (cobertura). • Proporción de participantes en actividades de difusión de buenas prácticas con resultados satisfactorios en las pruebas de conocimientos aplicadas al final de dichas actividades (eficacia). • Proporción de participantes en actividades de difusión de buenas prácticas satisfechos con dichas actividades (satisfacción). • Proporción de instituciones participantes en el programa de difusión de buenas prácticas que implementan las lecciones aprendidas (impacto). • Proporción de decisiones de mejoramiento implementadas con respecto al programa de difusión de buenas prácticas. 		

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acreditación: Otorgar un documento que asegura que una institución ofertora de servicios reúne los requisitos para operar conforme a su nivel de complejidad, cumpliendo estándares de infraestructura, equipamiento y calidad de servicio (Art. 170, Ley 42-01).

Acta: Certificación, testimonio, asiento o constancia oficial de un hecho (RAE).

Calidad: Según Juran (1904) “es la aptitud para el uso”. Un producto o servicio es de calidad cuando, al adquirirlo, cumple con el fin para el que se compró. Crosby considera que la alta dirección es la que debe hacer hincapié en los procesos de calidad. “Algo tiene calidad cuando cumple con las exigencias del diseño”.

Calidad en salud: Grado en el cual los servicios de salud que se prestan a los individuos y a la población incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados, son consistentes con el conocimiento profesional vigente y resultan satisfactorios para los usuarios internos y externos (propuesta PNCS RD).

Certificación: Término usado habitualmente vinculado a los Recursos Humanos, constituyendo el aval dado al mismo por alguna institución que avala que dicho profesional está capacitado en determinada especialidad o práctica. Habitualmente a cargo de organismos gubernamentales y no gubernamentales (ej: Academia Nacional de Medicina, Asociación Médica Argentina, Colegios Médicos, etc.).

Comité de gestión del cambio: Grupo o equipo de trabajo que se encarga de formar las estrategias que permitan la aceptación de nuevas reglas o políticas dentro de la organización.

Dirección General de Habilitación y Acreditación (DHGA): Es la instancia técnica, dependiente del Viceministerio de Garantía de la Calidad del Ministerio de Salud Pública, facultada para habilitar y acreditar los establecimientos y servicios de salud, creada mediante la Disposición Administrativa No. 25085, dada por la SESPAS el 23 de octubre de 2001.

Direcciones Provinciales de Salud (DPS): Son las instancias desconcentradas del Ministerio de Salud Pública que operarán en cada una de las provincias del país, creadas mediante el Decreto No. 117-98 del 16 de marzo de 1998, llamadas a, entre otras atribuciones, actuar como máxima autoridad de salud en cada provincia, organizar las Redes Provinciales de Servicios, hacer cumplir las normas y procedimientos del Ministerio y representar al Ministerio en los Consejos Provinciales de Desarrollo.

Estándar: Grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad, es decir, el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso.

Evidencia: Son las pruebas que se constituyen en elementos suficientes y apropiados para ser auditados y que permiten a los evaluadores llegar a conclusiones razonables sobre los cuales basar los resultados de la revisión.

Garantía de Calidad: Es un enfoque de gestión de los servicios de salud orientados hacia la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los usuarios. Esto implica, desde el proveedor, calidad técnica, efectividad, eficiencia, y desde la perspectiva del usuario, calidez, accesibilidad, comodidad (Art. 170, Ley 42-01).

Hospital: Toda institución de salud o establecimiento (independientemente de su denominación) dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria o por medio de la hospitalización, sea de dependencia estatal, privada o de la seguridad social; de alta o baja complejidad, con fines o no de lucro; abierto a toda la comunidad (Art. 170 Ley 42-01).

Monitoreo: Es una actividad de evaluación sistemática de procesos y resultados, así como de las normativas destinadas a controlar desviaciones respecto de estándares establecidos.

Plan Estratégico: Es la anticipación y proyección en el tiempo de una serie de acciones que permitan a la organización cumplir con su misión y establecer objetivos que la hagan avanzar por caminos que conducen a hacer realidad su visión; todo ello consistente con los valores de la organización (PEI-VMGC 2010-2014).

Planear, Hacer, Verificar, Actuar: De acuerdo al CAF, es un ciclo de cuatro fases que debe ser cumplido para realizar la mejora continua, según lo describe Deming: Planificar (fase de proyecto), Desarrollar (fase de ejecución), Controlar (fase de revisión) y Actuar (fase de acción, adaptación y corrección). En tanto, la Norma ISO 9001:2008 indica que puede aplicarse la metodología conocida como:

1. “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar” (PHVA), que se describe como: Planificar - establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados, de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización;

2. Hacer - Implementar los procesos;

3. Verificar - Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.

4. Actuar - Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

Plan Operativo Anual: El POA es el instrumento que, para el logro de los objetivos de gestión, define las operaciones necesarias, estima el tiempo de ejecución, determina los medios (recursos financieros y no financieros requeridos), designa a los responsables para el desarrollo de las operaciones y establece indicadores de los resultados a obtenerse en el período que cubre (PEI-VMGC 2010-2014).

Protocolo: Secuencia ordenada de conductas o acciones que se aplican a un paciente para mejorar su curso clínico (MSP, 2010).

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas (ISO 900-2000).

Satisfacción de los usuarios: Bienestar de los pacientes frente al nivel técnico de la atención, las características de la interacción social con el personal de salud y las condiciones del espacio en el que se brinda la atención. Se incluyen dimensiones ambientales, institucionales, la forma de pago y el costo de la atención recibida. El núcleo central de la valoración termina residiendo en la satisfacción que se genera en una interacción social, en la integralidad del trato personal.

Sistema de Información Perinatal: La información prenatal y neonatal se anota en el formulario de la Historia Clínica Perinatal y Neonatal (HCP), desarrollada desde 1983 por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Sistema Informático Perinatal (SIP), que se creó con posterioridad, recopila información de la HCP y tiene como objetivo permitir al personal de salud obtener información indispensable para la atención a mujeres embarazadas y neonatos.

Sistema Nacional de Salud: Es el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realicen acciones de salud y cuya función principal sea atender, mediante servicios de carácter nacional o local, la salud de la población (art. 6 Ley, 42-01).

Suministro: En el contexto del documento, se refiere al abastecimiento de insumos para la eficacia del servicio.

Usuario: El que utiliza o demanda servicios de salud (art. 170, Ley 42-01).

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI). Utilización del formulario de la Historia Clínica Perinatal y Neonatal en República Dominicana. Boletín septiembre-diciembre 2009. Vol. 19: No. 3.
- International Organization of Standardization. Norma ISO 900:2000 - Sistemas de Gestión de Calidad: Conceptos y Vocabularios, Ginebra, Suiza, 2008.
- Organismo Internacional de ESTÁNDARización. Norma ISO 9001: 2008. Ginebra, Suiza, 2008.
- Ministerio de Administración Pública, Agencia de Evaluación y Calidad. Marco Común de Evaluación, España, 2006.
- Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Manual de Elaboración de Normas y Documentos Técnicos, 2010.
- República Dominicana. Ley No. 42-01 General de Salud. Sto. Dgo., RD. Marzo 2001.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Que crea las Direcciones Provinciales de Salud, como instancias descentralizadas de la SESPAS. Decreto No. 117-98. Sto. Dgo., RD. Marzo 1998.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Reglamento General de Hospitales de la República Dominicana. Decreto No. 351-99. Sto. Dgo., RD. Marzo 1998.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Reglamento para la habilitación de establecimientos y servicios de salud. Decreto No. 1138-03. Sto. Dgo., RD. Diciembre 2003.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas. Decreto No. 434-07. Sto. Dgo., RD. Agosto de 2007.



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

VMGC Viceministerio de
Garantía de la Calidad