



Hospital Nacional de la Mujer

Valoración de condiciones Esenciales - VCE

San Salvador – El Salvador



Octubre de 2015

Elaborado por:

Dr. Edgar Hernán Gallo Montoya. Consultor de Gestión Productiva Servicios de Salud.

Coordinado por:

Licenciado Hernán Luque. Asesor en Sistemas y Servicios de Salud. PWR-ELS

Dr. Gerardo Alfaro. Asesor Área de Sistemas y Servicios de Salud basados en APS. PWR-BRA

Con el apoyo del Fondo Español – OPS 2015

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

OPS/OMS - PAHO/WHO

El Salvador. Octubre de 2015.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión del Conocimiento y Comunicación (KMC), organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresión y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2015

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto al trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos presentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

**Informe de Valoración de Condiciones
Esenciales para la Gestión Productiva de
Servicios de Salud**

**Hospital Nacional de la Mujer
"Dra. María Isabel
Rodríguez"**

**Ministerio de Salud – Gobierno de El Salvador
OPS / OMS**

San Salvador – El Salvador

Octubre de 2015

Introducción

La OPS/OMS cuenta con una metodología y caja de herramientas para la Valoración de las Condiciones Esenciales para la Gestión Productiva de Servicios de Salud, que incluye la valoración de Servicios de Emergencias Hospitalarios.

El objetivo fundamental es identificar oportunidades de mejora y debilidades en la dinámica actual de atención en salud y desarrollo de los servicios de salud; de esta manera se pueden orientar los esfuerzos a los puntos críticos identificados durante el proceso de valoración, tanto a nivel institucional como en una Red de Servicios de Salud.

La Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) es un método de gestión desarrollado por la OPS para dar respuesta a los enfoques y prácticas emergentes en la dinámica gerencial de los servicios de salud y que se orienta a la organización y gestión óptima de los servicios en la construcción de sistemas de salud basados en APS y RISS con el objetivo fundamental de garantizar la Cobertura Universal y el Acceso Universal a dichos servicios. Ofrece elementos para facilitar el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, la negociación y control de los acuerdos de gestión y para la generación de una cultura institucional orientada a la racionalización de costos y la maximización de la productividad. Constituye una metodología de gerencia útil para generar una nueva cultura institucional gerencial en la gestión pública, orientada a la productividad social, la transparencia, y la rendición de cuentas.

La premisa fundamental de la MGPSS es que cada aspecto del proceso productivo en los servicios de salud puede y debe ser cuantificado para efectos del autocontrol y la autoevaluación para servir de base a los procesos de mejora continua de la capacidad productiva de los servicios. El enfoque productivo considera que la función gerencial es la relación de la planificación, la ejecución y el control para la toma de decisiones adecuadas buscando la optimización de los recursos en salud y basado en la información. Permite así identificar las metas de producción, verificar los resultados y retroalimentar la información para la gerencia eficiente.

La metodología de Valoración de Condiciones Esenciales para Servicios de Hospitalarios de Maternidad tiene los siguientes elementos:

Observación directa: el consultor experto realiza una visita dirigida a la Institución donde recorre todos y cada uno de los servicios ofertados, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora. Se evalúan diferentes aspectos del servicio como la infraestructura, los procesos de atención, la calidad de la atención, la seguridad en la atención, la seguridad laboral, la organización del hospital, la trazabilidad de las acciones, las políticas y modelo de atención. Durante la observación directa se realiza evaluaciones cualitativas de los elementos, revisión documental, entrevistas con trabajadores y colaboradores, entrevistas con usuarios, entrevistas con equipo directivo y evaluación de percepción de entorno.

Aplicación de matriz de evaluación: la matriz de valoración está constituida por elementos y estándares que evalúan la institución desde las condiciones mínimas de atención en salud hasta los estándares máximos de calidad.

Categoría de Evaluación	Características
Infraestructura y Ambiente Físico	Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales, el medio ambiente de los centros asistenciales y las características de ellos que condicionen procesos críticos asistenciales, la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.
Dotación y Recursos Materiales	Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos que determinen procesos críticos institucionales. Incluye la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos asistenciales que utilice el centro asistencial y condicionen directamente riesgos en la prestación de servicios. Incluye: condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final.
Recurso Humano	Son las condiciones de recurso humano requeridas para el adecuado funcionamiento de los servicios, garantizando condiciones de calidad y seguridad en la atención de los pacientes.
Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	Es la evidencia de un desarrollo institucional basado en procesos. Incluye la construcción, socialización y gestión del cumplimiento de los procesos que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible en cada uno de los servicios prestados. Incluye además, el cumplimiento de procesos que garanticen registros médicos e historia clínica por paciente, con condiciones técnicas de manejo y gestión documental, considerando que se relaciona directamente con los principales riesgos propios de la prestación de los servicios.
Calidad y Mejoramiento Continuo	Las condiciones de calidad y mejoramiento evalúan el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia y científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.

Gestión y Dirección	Identifica las condiciones y acciones que se han realizado por parte del Centro Asistencial frente a su desarrollo institucional, su planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno propios o de la red de servicios a la cual pertenece. Incluye la definición de estrategias y políticas vitales para garantizar los mejores resultados en la atención, la calidad y seguridad de los servicios, la humanización de la atención y la eficiencia en el uso de los recursos institucionales.
Educación	Cuentan con las políticas, estrategias y herramientas necesarias para garantizar la educación continua de sus colaboradores y comunidad, al interior del Centro Asistencial de manera individual o grupal, en acciones comunitarias, con equipos constituidos y planes de acción estructurados de acuerdo a las necesidades de la comunidad asignada. Se identifica y reconoce la responsabilidad en la modificación de los estilos de vida y hábitos de la población.
Procesos Prioritarios	Procesos específicos para la atención de complicaciones materna y la definición de respuestas oportunas para disminuir las condiciones de riesgo, especialmente en hemorragia asociada a la atención del parto.

Valoración cuantitativa: una vez aplicada la matriz de valoración se obtiene los resultados cuantitativos según la calificación asignada a cada elemento valorado que tiene un peso porcentual estimado dentro de su categoría y grupo. Los valores son estimados en un nivel de cumplimiento y desarrollo de acuerdo al porcentaje alcanzado sobre la máxima calificación esperada para cada ítem.

	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES				
	BAJO		MEDIO		ALTO
	1	2	3	4	5
	<20%	20% - 40%	41% - 60%	61% - 80%	>80%
Nivel de Desarrollo					

Priorización de elementos: la calificación está acompañada de un sistema de alertas por colores de acuerdo a la calificación del nivel de desarrollo. El nivel bajo se designa con un color rojo, el nivel medio con un color amarillo y el nivel alto de desarrollo o cumplimiento con un color verde. La semaforización permite una identificación rápida de los elementos susceptible de mejora y elementos trazadores de comportamiento en la evaluación de una red de servicios de salud.

Presentación de resultados: los resultados son presentados a los equipos directivos de las instituciones como ejercicio gerencial donde encuentran una valoración espacio temporal de las actuales condiciones de la prestación del servicio y el desarrollo organizacional de la institución. Estos resultados pueden

ser usados para un proceso de planeación estratégica con un objetivo de mejoramiento continuo teniendo como punto de partida una valoración cualitativa y cuantitativa de los elementos a priorizar.

Proceso de Aplicación de la Metodología

La aplicación de la metodología de valoración es realizada por consultores expertos durante un trabajo presencial en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Paso	Descripción	Requerimientos
1	Presentación de la Metodología al Director del Hospital	Reunión privada con el director del Hospital con una duración de una hora aproximadamente.
2	Presentación del hospital a los consultores	El hospital debe preparar una presentación de la institución para los consultores. Los contenidos básicos son: estructura, capacidad instalada, plataforma estratégica, cadenas de valor, mapas de procesos, elementos macro de su plan de desarrollo y cualquier elemento que consideren de importancia. Duración 1 a 2 horas.
3	Recorrido de las áreas y servicios del hospital.	Se debe designar por parte de la dirección un coordinador del proyecto que deberá acompañar a los consultores durante todo el tiempo del proyecto, en todos los servicios y las áreas. Esta persona es el responsable de presentar a los consultores en todos los servicios y validar la aplicación de la metodología. Se sugiere que sea el jefe o director médico.
4	Recopilación de evidencia	El hospital debe autorizar el registro fotográfico que es usado como evidencia en el informe. Las imágenes tomadas son parte de la reserva del informe.
5	Entrevista con colaboradores del hospital	Durante el recorrido de las áreas y servicios se requiere realizar entrevistas personales con los jefes y coordinadores de área, con una duración de 30 minutos y con algunos colaboradores en cada área y servicios, duración 15 minutos.
6	Discusión preliminar de resultados	Una vez finalizada la valoración de la institución se procede a presentar los resultados preliminares del informe con la dirección del hospital.
7	Informe de resultados	Con la aplicación de la matriz de valoración y dada la discusión preliminar de los resultados se construye el informe final del proyecto.

Visita a las instalaciones de la Institución

El consultor debe ser acompañado por uno de los directivos de la Institución, idealmente el director médico o jefe médico. El objetivo del acompañamiento es que responda a las preguntas del funcionamiento y organización de la institución, que presente a los consultores en cada servicio, que oriente las entrevistas con los colaboradores, que participe del proceso de manera proactiva y que soporte los hallazgos del consultor.

Resultados finales de valoración

Es importante recalcar que la VCE – Servicios de Emergencias Hospitalarios no es un instrumento de normatividad ni tiene como objetivo construir juicios de valor de las instituciones, sus equipos directivos o las direcciones de las redes de servicios de salud. Por el contrario, es una metodología con instrumentos que permiten la identificación de oportunidades de mejorar y la definición de prioridades para la construcción y medición de resultados de acciones de intervención y planes de mejoramiento institucional. Es un instrumento para la toma de decisiones basada en la información.

A pesar de sus condiciones cuantitativas y cualitativas, no pretende la construcción de rankings entre los participantes del estudio, por el contrario, permite identificar experiencias exitosas para el desarrollo organizacional de los hospitales que pueden ser sistematizadas y adaptadas para lograr los mejores resultados posibles en la prestación de servicios de salud.

Estructura de la Valoración de los Criterios

La calificación del nivel de desarrollo de los criterios parte de la evidencia de los mismos en el comportamiento natural de la institución y categorizado en una estructura de servicios de alto desempeño:

Tabla 1. Estructura de criterios de calificación para la VCE – Servicios de Emergencias.

Criterio	Detalle
Enfoque	Hace referencia a la conceptualización del modelo de atención y desarrollo definido por la institución. Se deben identificar puntos básicos como son la calidad de la atención, la seguridad del paciente, la satisfacción de usuario, el cuidado del medio ambiente y la eficiencia de los servicios.
Construcción	La base de construcción de criterios y estándares está determinada por políticas, manuales, programas, procesos, procedimientos y actividades.

	Esta es la cadena jerárquica y organizacional de documentación que es básica para un desarrollo sustentado en un modelo de calidad de alta exigencia.
Implementación	Incluye todas las actividades necesarias para que los empleados, colaboradores y actores en cada proceso, procedimiento y actividad tengan pleno conocimiento de ellos. Debe estar sustentado y con documentación. Son acciones de inducción, capacitación, entrenamiento y educación continua.
Medición de Resultados	Una vez implementado el proceso o procedimiento se deben medir sus resultados, de acuerdo a las metas e indicadores definidos.
Mejoramiento	Si se identifican brechas de resultados con relación a los resultados esperados, metas y objetivos, se definen planes de acción e intervención para mejorarlos.
Comparación	Una vez alcanzado las metas esperadas, el mejoramiento continuo se orienta a alcanzar los mejores resultados posibles al compararse con los mejores resultados y experiencias a nivel nacional e internacional.

El presente estudio es realizado por solicitud directa del Ministerio de Salud del Gobierno de El Salvador y hace parte integral de un proceso desarrollado en los últimos 3 años de cooperación conjunta con la Organización Panamericana de la Salud.

Resultados de VCE

El consolidado global de calificación del Hospital Nacional de la Mujer – HNM es de **69,02%** definido como **un nivel de desarrollo medio**; sus criterios con mayor valoración corresponden a Procesos clínicos hospitalarios específicos para atención de hemorragia materna con un 84,19%, infraestructura y ambiente físico con un 75,68% y dotación y recursos materiales con un 75%. Sus criterios con menor calificación corresponden a procesos prioritarios con 55,61% y calidad con 54.84%.

Tabla 2. Tabla consolidada de resultados de valoración de condiciones esenciales para HNM. Octubre de 2015.

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	286	75,68%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	180	75,00%
Criterio 3	Recurso Humano	106	73,10%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	114	55,61%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	85	54,84%
Criterio 6	Gestión y Dirección	100	64,52%
Criterio 7	Educación	34	68,00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios Específicos HM	181	84,19%
	Total	1080	69,02%

La calificación cualitativa no tiene identificados criterios con niveles de desarrollo bajo, tiene 7 criterios en nivel de desarrollo medio y 1 criterio en nivel de desarrollo alto.

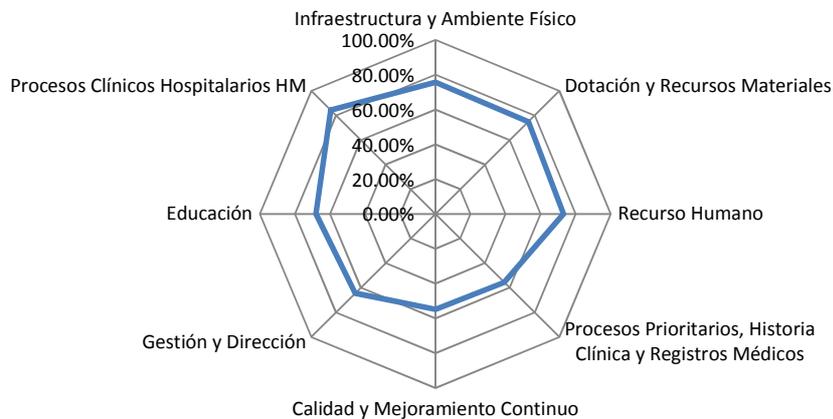


Ilustración 1. Grafica de estructura global de desarrollo del HNM. Octubre de 2015.

La gráfica de red muestra que la estructura de desarrollo general de la organización tiene un menor nivel en las condiciones de procesos prioritarios, registros médicos, calidad y mejoramiento continuo. Si construimos un promedio de calificación de los criterios de valoración el resultado es 70%, calificación media alta, con una desviación estándar de 9%, que define un patrón de comportamiento de calificaciones por encima del 60%, en otras palabras, solo algunos criterios tienen una calificación menor de 60% mostrando un patrón de desarrollo uniforme y con condiciones adecuadas para la prestación de servicios de salud. Sin embargo, los criterios con menores calificaciones corresponden a calidad y seguridad en la atención, que son de alta importancia para definir los resultados finales de la atención y por tanto se convierten en una prioridad para planes de mejora.

Es importante referir que el valor ideal mínimo de un hospital nacional, centro de referencia, especializado en atención materno infantil y centro docente asistencial debe ser de un 70%.

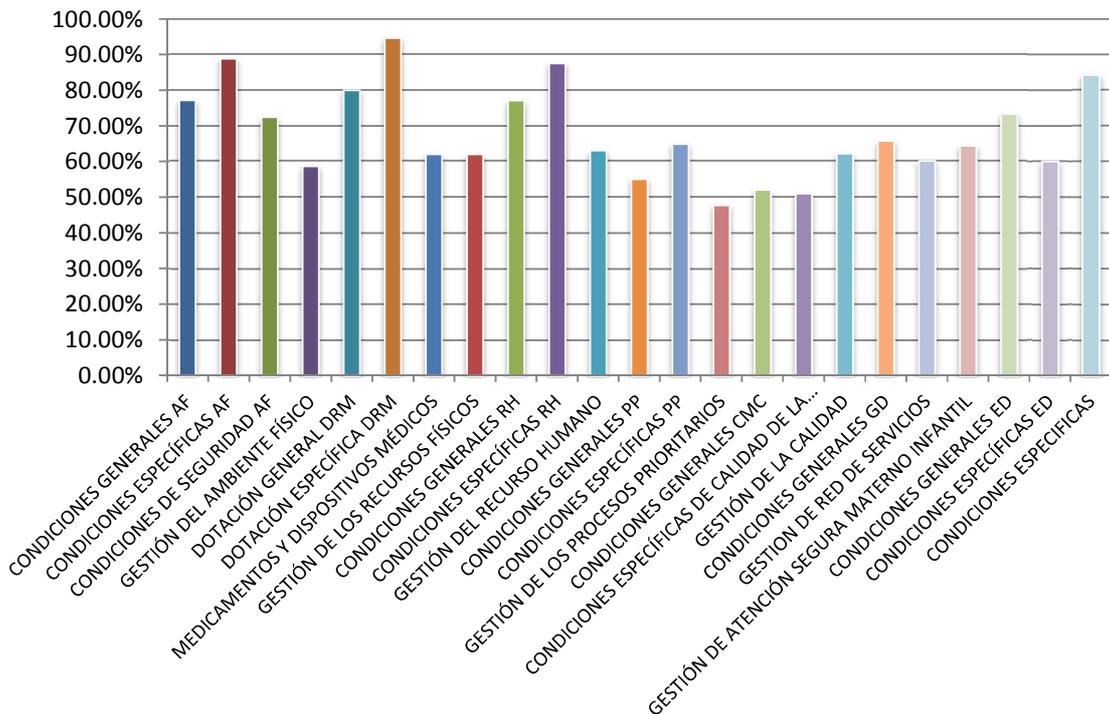


Ilustración 2. Gráfico de comparación de calificación por subcriterios.

La comparación de calificación promedio de los subcriterios muestra un patrón de desviación en los criterios de procesos prioritarios, calidad y mejoramiento

continuo; estos son los puntos a priorizar en los planes de mejora e intervención de la organización. Los patrones de desarrollo analizados definen una institución con adecuadas condiciones de infraestructura, con un nivel de gestión en proceso de maduración y consolidación pero con un nivel de calidad y mejoramiento aun en niveles básicos. Una institución de este nivel y condiciones debe garantizar un alto nivel de desarrollo basado en procesos y modelos de mejoramiento continuo centrados en la atención al paciente para garantizar los mejores resultados posibles y altos niveles de eficiencia.

Tabla 3. Consolidado de resultados por subcriterios

	CONSOLIDADO	
1.1	CONDICIONES GENERALES AF	77,22%
1.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS AF	88,75%
1.3	CONDICIONES DE SEGURIDAD AF	72,50%
1.4	GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	58,57%
2.1	DOTACIÓN GENERAL DRM	80,00%
2.2	DOTACIÓN ESPECÍFICA DRM	94,55%
2.3	MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	61,82%
2.4	GESTIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS	61,82%
3.1	CONDICIONES GENERALES RH	77,14%
3.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS RH	87,50%
3.3	GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	62,86%
4.1	CONDICIONES GENERALES PP	55,00%
4.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS PP	65,00%
4.3	GESTIÓN DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS	47,69%
5.1	CONDICIONES GENERALES CMC	52,00%
5.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN	50,91%
5.3	GESTIÓN DE LA CALIDAD	62,00%
6.1	CONDICIONES GENERALES GD	65,88%
6.2	GESTION DE RED DE SERVICIOS	60,00%
6.3	GESTIÓN DE ATENCIÓN SEGURA MATERNO INFANTIL	64,44%
7.1	CONDICIONES GENERALES ED	73,33%
7.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS ED	60,00%
8.1	CONDICIONES ESPECIFICAS	84,19%

El consolidado de subcriterios muestra un panorama bastante favorable, con criterios en nivel de desarrollo medio y alto, sin niveles de desarrollo bajos.

Infraestructura y Ambiente Físico

Los resultados de este criterio son de **75,68%** considerados un nivel de desarrollo medio, por encima del valor ideal esperado. A pesar de ser un hospital nuevo, existen algunas condiciones que afectan la calificación y se consideran factores de riesgo para la calidad del servicio, la seguridad del paciente o la eficiencia de los procesos de atención.

Tabla 4. Resultados de criterio de Infraestructura y ambiente físico.

	Infraestructura y Ambiente Físico	PUNTAJE MÁXIMO	CALIFICACIÓN	%
1.1	CONDICIONES GENERALES AF	180	142	77,22%
1.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS AF	80	71	88,75%
1.3	CONDICIONES DE SEGURIDAD AF	40	29	72,50%
1.4	GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	70	44	58,57%
	TOTAL DEL CRITERIO	370	286	75,68%

El subcriterio con menor calificación corresponde a gestión del ambiente físico con un 58.57%. A pesar de realizar acciones, el concepto de gestión exige un desarrollo sustentado en procesos, con niveles de control, medición de resultados, análisis de desempeño y acciones de mejora que no son evidentes durante la evaluación.

Matriz de calificación de Subcriterios

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
1.1	CONDICIONES GENERALES	1	2	3	4	5	
1.1.1	La localización de la Institución es en una zona de bajo riesgo de desastres y contaminación. De fácil acceso a los pacientes y usuarios.			3			3
1.1.2	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes en todos los servicios y ambientes de la institución.			3			3
1.1.3	Los servicios de salud son prestados en una edificación exclusiva; con delimitación clara de los servicios ambulatorios, internación, quirúrgicos, obstétricos y urgencias.					5	5
1.1.4	Las condiciones de las instalaciones eléctricas de todos los servicios y ambientes hospitalarios, incluyendo los externos, están en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. Incluye lámparas, tomas, interruptores.				4		4

1.1.5	En las instituciones de dos o más niveles se cuenta con rampas funcionales y con inclinaciones adecuadas para el traslado de pacientes. Si tiene más de 3 niveles se cuenta con servicios de ascensores.					5	5
1.1.6	Las áreas de circulación son amplias, lo suficiente para el traslado de camillas y pacientes, están libres de obstáculos de manera que permitan el flujo de personal y pacientes.			3			3
1.1.7	Las escaleras y rampas tienen piso uniformes y con material o elementos antideslizantes en todo su recorrido, con pasamanos en ambos lados y con protecciones en espacios libres.				4		4
1.1.8	Si se cuenta con ascensores, los espacios en su interior garantizan el traslado de camillas, pacientes y usuarios de los servicios. Los espacios mínimos de ascensores de pacientes deben considerar la posibilidad de maniobrar al interior en caso de una emergencia.					5	5
1.1.9	Los servicios sanitarios son diferenciados para pacientes y colaboradores, para hombres y mujeres; se debe contar con servicios sanitarios especiales para niños o servicios sanitarios familiares y servicios especiales para personas con discapacidad. Sus condiciones, limpieza e higiene deben ser buenas.			3			3
1.1.10	Los servicios de internación, cirugía, urgencias y obstetricia cuentan con espacios diferenciados de lavado y desinfección de material médico quirúrgico; lavado y desinfección de vasenillas y escupideras; lavado y desinfección de equipo de aseo y limpieza. Cada uno debe estar señalizado, con restricción de acceso y separadas por barreras físicas.				4		4
1.1.11	Los servicios de internación, cirugía, urgencias y obstetricia dispone de gases medicinales: oxígeno, aire y succión; con equipos o con puntos de sistema central con regulador. Con puntos por cada camillas o cama. Tiene sistemas de alarma para fallas y planes de contingencia en caso de fallar el sistema principal de suministro.					5	5
1.1.12	La institución cuenta con suministro de energía eléctrica, agua y alcantarillado de manera permanente. Los servicios de energía y agua deben tener soportes alternos como plantas eléctricas de combustible y tanques de almacenamiento de agua. Si no se cuenta con alcantarillado, los pozos sépticos deben tener la capacidad suficiente para soportar las necesidades hospitalarias.			3			3

1.1.13	Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deben estar en buenas condiciones. En el caso de los servicios de cirugía, urgencias, internación y obstetricia, deben estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.					5	5
1.1.14	Los ambientes destinados para trabajo sucio y limpieza de material contaminado deben tener lavamanos y mesón de trabajo que incluya poceta de lavado o vertedero. Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.			3			3
1.1.15	Los lugares destinados para el almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares son de circulación restringida, con pisos y paredes recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección. Se define de manera programada la recolección, limpieza y desinfección.				4		4
1.1.16	Se garantiza de manera permanente la evacuación de residuos sólidos y residuos hospitalarios. Su manejo es acorde a la normatividad vigente del país e internacional para la protección del medio ambiente.			3			3
1.1.17	Se cuenta con un programa integral de manejo de residuos hospitalarios, material contaminado y riesgo biológico. Con aplicación permanente y monitorización de cumplimiento. Existen rutas de al interior de la institución para el manejo de los residuos hospitalarios y biosanitarios con condiciones de seguridad para los empleados, pacientes y visitantes. Se usan equipos adecuados como contenedores y equipos de protección personal para los encargados de la recolección.			3			3
1.1.18	Toda la institución cuenta con la señalización adecuada de servicios y áreas, que sea visible, de fácil comprensión, acordes a las condiciones culturales y sociales de su comunidad.				4		4
1.1.19	Los servicios de hospitalización, urgencias y consulta ambulatoria tienen zonas especiales para procedimientos, identificadas, con aislamiento de circulación y dotación de acuerdo a los procedimientos realizados. Los servicios de cirugía están ubicados en áreas restringidas de circulación, señalizadas, con barreras de acceso y seguridad. Con demarcación de uso de ropa quirúrgica y áreas de aislamiento.				4		4

1.1.20	Las áreas de hospitalización, urgencias y cirugía cuentan con puestos de enfermería que garanticen la monitorización de los pacientes, sistemas de alarma y sistemas de llamada en todas las camas y camillas.			3			3
1.1.21	Los servicios quirúrgicos cuentan con sala de recuperación de pacientes que garanticen la monitorización y cuidado permanente de los pacientes en posquirúrgico inmediato. Con equipos de monitorización para cada paciente. Con equipos de reanimación. Además cuenta con área de recepción de pacientes, área de lavado de manos, puertas amplias que permitan el paso de camillas, iluminación uniforme, acceso fácil para pacientes de emergencia.				4		4
1.1.22	En las áreas de hospitalización, urgencias y cirugía las puertas de habitaciones, baños y salas de procedimientos permiten la fácil circulación de pacientes con camillas y sillas de ruedas. Los pasillos permiten la circulación de camillas y sillas de ruedas.				4		4
1.1.23	En las áreas de hospitalización, urgencias y cirugía los espacios entre las camillas y camas son adecuados garantizando la comodidad del paciente, su intimidad, su manipulación y la realización de los procedimientos básicos de cuidados de enfermería.				4		4
1.1.24	En las áreas de hospitalización, urgencias y atención ambulatoria con servicios de pediatría existen baños familiares adecuados a las condiciones de los niños y niñas, con mesas para cambios de pañal y áreas de baño especiales. Las áreas son adecuadas con los mínimos riesgos posibles para los niños y niñas.			3			3
1.1.25	Cada habitación cuenta con servicios sanitarios completos, incluyendo servicio de ducha y lavamanos. Tiene elementos de seguridad como barandas y antideslizantes. Cuenta con sistema de llamado.		2				2
1.1.26	La institución cuenta con un área o central de esterilización, con restricción de circulación, manejada como área estéril, con zona de entrega de material contaminado y material estéril completamente independientes. Garantiza servicios sanitarios y otros elementos para evitar la alta circulación de empleados. Todo el personal usa ropa quirúrgica al interior del área. Las zonas de lavado y esterilización son independientes.					5	5

1.1.27	Los consultorios para la atención ambulatoria tienen espacio suficiente para definir las áreas de entrevista y examen del paciente. Las camillas y demás implementos están en excelentes condiciones y garantizan la seguridad del paciente. Cuenta con lavamanos y zona de vestier. Los consultorios ginecológicos deben tener servicio sanitario independiente. Garantizan la privacidad de la atención al paciente.				4	4
1.1.28	El área de urgencias tiene diferenciado la zona de ingreso, consultorio de clasificación de pacientes o atenciones prioritarias, sala de observación, sala de reanimación, sala de procedimientos menores, sala de yesos, sala de aislamiento respiratorio, garantiza la independencia de pacientes adultos y pediátricos. Todas señalizadas y con restricciones de circulación.				4	4
1.1.29	El servicio de laboratorio se encuentra en un área exclusiva, con restricción de circulación y señalizada. Con áreas definidas para de toma de muestras, procesamiento, administración, lavado de material, almacenamiento de insumos y esterilización de material. Cuenta con adecuada ventilación e iluminación, con el aislamiento necesario para evitar contaminación externa. Se encuentran separadas las áreas de química sanguínea, hematología, microbiología, técnicas especiales y otros de acuerdo a sus servicios. Cuenta con equipos de emergencia para lavado de ojos y duchas manuales.				4	4
1.1.30	El servicio de vacunación se encuentra en un área específica con restricción de acceso, espacios amplios para la atención de usuarios, sala de espera, área de lavado de manos y material, con refrigeración controlada y permanente.				5	5
1.1.31	Los servicios de procedimientos menores cuentan con camillas adecuadas, equipos de monitorización de pacientes, zona de lavado de manos, espacio suficiente para la circulación alrededor de la camilla, disponibilidad de oxígeno.				5	5
1.1.32	Los servicios básicos como áreas de atención ambulatoria, urgencias, ayudas diagnósticas, servicios de archivo clínico y atención de usuarios se encuentran en los primeros pisos facilitando el acceso de los pacientes y visitantes.				5	5

1.1.33	Las salas de espera de los servicios de hospitalización, urgencias, cirugía, consulta ambulatoria y ayudas diagnósticas deben ser amplias y cómodas, garantizar sillas para todos los usuarios, espacios en pasillo amplios para el desplazamiento de sillas de ruedas, identificación y señalización de las salas, servicios y consultorios.			3			3
1.1.34	Los espacios de descanso médico, enfermeras y demás profesionales de apoyo deben ser confortables, estar en buenas condiciones generales, espacios para el consumo de alimentos, estaciones de café, sofás de descanso, gabinetes de guardarpapas, duchas y servicios sanitarios, diferenciados por género.			4			4
1.1.35	Las áreas de atención a los usuarios por personal administrativo deben ser adecuadas, confortables y amplias; permitir el acceso a personas con discapacidad o limitaciones físicas, sin barreras de comunicación, con mecanismos para evitar las filas en cualquier servicio como sistemas de llamado por turnos.			4			4
1.1.36	En todas las áreas y servicios se garantizan buenas condiciones de iluminación natural y artificial, con control de temperatura ambiental, sistemas de ventilación natural o mecánicos. Incluye aire acondicionado o sistema de calefacción de acuerdo a la región.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							139

SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN	
	BAJO	MEDIO		ALTO			
1.2	1	2	3	4	5		
1.2.1	Cuenta con una unidad de recepción con consultorios y sala de espera independiente, ubicadas en la planta baja del edificio. La sala de espera cuenta con servicios sanitarios exclusivos.					5	5
1.2.2	El consultorio de evaluación de pacientes obstétricas es exclusivo para el servicio, cuenta con servicio sanitario exclusivo en el interior, ambiente de entrevista y de evaluación y vestier.					5	5
1.2.3	Cuenta con sala de partos con no más de dos camas por cada sala de partos.			3			3
1.2.4	Cuenta con salas de partos individuales, delimitadas por espacios y barreras físicas.					5	5
1.2.5	Para cada sala de partos se cuenta con un estandar de 10 camas de hospitalización.					5	5

1.2.6	Cuenta con un quirófano contiguo a la sala de partos					5	5
1.2.7	La sala de atención al recién nacido está contigua a la sala de partos y al quirófano					5	5
1.2.8	La sala de partos y el quirófano tiene sus respectivas salas de lavado.	2					2
1.2.9	Cuenta con salas de recuperación con 2 camas por cada sala de partos.					5	5
1.2.10	Cuenta con estación de enfermería ubicada en el área de partos					5	5
1.2.11	El servicio de obstetricia y recién nacidos forman una unidad funcional y estructural.					5	5
1.2.12	Cuenta con alojamiento conjunto para madre y recién nacido. Cada cama y cuna tiene un espacio mínimo de 5m ²		3				3
1.2.13	El servicio de internación para alto riesgo cuenta con habitaciones de menos de 4 camas			4			4
1.2.14	El servicio de internación para puerperio cuenta con habitaciones de menos de 6 camas.			4			4
1.2.15	Cuenta con salas especiales de aislamiento para gestantes, madres y recién nacidos.					5	5
1.2.16	Cuenta con unidad de cuidados intensivos en la maternidad o en el hospital.					5	5
TOTAL DEL SUBCRITERIO							71

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
1.3	CONDICIONES SEGURIDAD	1	2	3	4	5	
1.3.1	La institución evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.			3			3
1.3.2	Cuenta con sistema de alarma contra incendios, extintores e hidrantes, en todas las salas y servicios. Existen detectores de humo y sistemas de riego en techos.					5	5
1.3.3	Cuenta con plan institucional de prevención y manejo de incendios. Se han realizado simulacros. Todo el personal está entrenado en el manejo de extintores. Existe brigada contra incendios entrenada y certificada.		2				2

1.3.4	Cuenta con un plan de atención de emergencias y desastres que considere la atención masiva de lesionados, áreas de expansión del hospital, cadenas de llamado de emergencia; debe considerar además la evacuación en caso de emergencia, planes de contingencia de traslado de pacientes, evacuación con pacientes críticos; debe considerar también planes de evacuación y manejo de incendios. Debe existir brigada interna de atención de emergencias. Deben realizarse simulacros de evacuación por lo menos una vez por años, debe existir medición de tiempos de evacuación y documentación de procesos de entrenamiento del personal en la atención de emergencias y evacuación.			3			3
1.3.5	Todo el personal ha sido capacitado y entrenado en el plan de emergencias y evacuación. Existe equipo o brigada de emergencias entrenada y certificada.			3			3
1.3.6	Las vías de evacuación están adecuadamente señalizadas, tanto en paredes, puertas y pisos, con sistemas luminosos. Las salidas de emergencia están despejadas, con sistemas de puertas de fácil uso. Los puntos de encuentro están señalizados y listos para su uso en todo momento.			3			3
1.3.7	Las instalaciones están sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se cuenta con planes de contingencia para cada servicio.					5	5
1.3.8	Cuenta con planes de mantenimiento para ascensores, calderas, sistemas de gases, sistemas de climatización, planta eléctrica.					5	5
TOTAL DEL SUBCRITERIO							29

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
	1.4	1	2	3	4	5	
1.4.1	Cuenta con un plan de readecuación del ambiente físico según las necesidades de los usuarios, los colaboradores y considerando el balance entre la oferta y la demanda de los servicios.			3			3
1.4.2	Cuenta con un programa de prevención dirigido a los usuarios y colaboradores para riesgos biológicos, químicos, de radiación y mecánicos.			3			3
1.4.3	Cuenta con un programa para la evaluación de la humanización de las			3			3

	condiciones del ambiente físico.						
1.4.4	Cuenta con un mecanismo para identificar e investigar los incidentes y accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico.		3				3
1.4.5	Cuenta con protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente. Son conocidos por el personal que lo aplica. Se evalúa la aplicación del protocolo de manera periódica.		2				2
1.4.6	Cuenta con un programa para el manejo seguro del servicio de alimentación: recepción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos.		3				3
1.4.7	Cumplen con las condiciones de normatividad exigidas por cada país para sismo resitencia.					5	5
1.4.8	Cuenta con un programa para garantizar el uso racional de los recursos ambientales: energía, agua, generación de residuos.		3				3
1.4.9	Cuenta con un programa de manejo integral de residuos: identificación y clasificación desde el origen, disposición final y reciclaje. Incluye rutas seguras al interior de la institución. Mecanismos de transporte seguro y protección de personal.		2				2
1.4.10	Cuenta con un programa de educación para usuarios, pacientes y colaboradores para el cuidado del ambiente hospitalario, el manejo de los desechos y la protección personal.		2				2
1.4.11	La institución garantiza la identificación de todo su personal, pacientes y visitantes, en todo momento, Cuenta con niveles de seguridad y restricción de acceso a las zonas de internación de pacientes. Políticas para la visita a pacientes, ingreso de menores de edad y restricciones de deambulación al interior de la institución.		3				3
1.4.12	La institución garantiza el cuidado del paciente en sus instalaciones, minimizando el riesgo de pérdida de usuarios, a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. Existe un procedimiento diseñado, implementado y evaluado para casos de pérdida de un paciente.		3				3

1.4.13	La institución promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Considera las condiciones de humedad, ruido, temperatura, iluminación. Tiene señalización adecuada y sencilla adaptada a las condiciones socioculturales de su medio. Procura condiciones de trabajo y espacios laborales adecuados, confortables y seguros para sus empleados. Reduce la contaminación visual y ambiental. Considera los accesos a los servicios para pacientes con limitaciones y discapacidad, al igual que colaboradores con estas condiciones.			3			3
1.4.14	Cuenta con un plan para la evaluación y mejoramiento de las condiciones del ambiente de trabajo en todas las áreas, con evaluación de riesgos y necesidades en todos los servicios y un programa de intervención.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							41

Oportunidades de Mejora

Consideraremos oportunidades de mejora todos aquellos criterios con calificaciones de 1 y 2, inferiores a un 40% de desarrollo.

- Servicios sanitarios del hospital: en general, ningún servicio sanitario del hospital tiene las condiciones ideales de diferenciación y seguridad, especialmente en las áreas de internación. Los baños de hospitales deben ser diferenciados por género y edad, diferenciado de pacientes y colaboradores, aquellos destinados para usos de pacientes deben tener condiciones de seguridad como barandas de apoyo, piso antideslizantes, amplitud para entrada y salida de sillas de ruedas, entre otras condiciones.
- Áreas de lado en salas de parto: al momento de evaluación los servicios de lavado de manos de las salas de parto se encontraban inoperantes, al igual que en otros servicios críticos con sistema de lavado por sensor.
- Plan institucional de prevención y manejo de incendios: si bien, por normatividad es reglamentario contar con el plan, al realizar preguntas trazadoras en el personal del hospital, no se evidencian condiciones trazadoras como el entrenamiento en uso de los hidrantes y extintores, entre otros.

- Limpieza y desinfección hospitalaria: no se evidencian procesos, procedimientos y protocolos para la limpieza general del hospital y desinfección de las áreas.
- Programa de manejo de residuos: una de las principales debilidades del hospital, pues no se evidencian condiciones ideal del manejo de residuos hospitalarios, material biológico y contaminado y desechos sólidos. Un ejemplo, los tipos de recipientes y la clasificación de residuos desde su origen.
- Programas de educación en el mantenimiento del ambiente hospitalario: las condiciones de orden, manejo seguro de puestos de trabajo, condiciones de almacenamiento de insumos y materiales, generación de residuos entre otros no evidencian condiciones ideales de un programa integral.

Dotación y Recursos Materiales

Para el criterio de dotación y recursos materiales tenemos un resultado de 75% considerado como un nivel medio de desarrollo. A pesar de ser un hospital nuevo, aún existen limitaciones en la dotación de algunas áreas y servicios y varios de los elementos de dotación no están en las condiciones ideales.

Tabla 5. Resultados de criterio de dotación y recursos materiales.

	SUBCRITERIOS	PUNTAJE MÁXIMO	NIVEL DE DESARROLLO DEL CRITERIO			CALIFICACIÓN	%
			BAJO	MEDIO	ALTO		
2.1	DOTACIÓN GENERAL	75	< 30	30 - 60	> 60	60	80,00%
2.2	DOTACIÓN ESPECÍFICA	55	< 22	22 - 44	> 44	52	94,55%
2.3	MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	55	< 22	22 - 44	> 44	34	61,82%
2.4	GESTIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS	55	< 22	22 - 44	> 44	34	61,82%
	TOTAL DEL CRITERIO	240	< 96	96 - 192	> 192	180	75,00%

El subcriterio con mayor nivel corresponde a dotación específica para atención materno infantil con 94.55%, y el menor corresponde a gestión de los recursos físicos con un 61.82%. No tenemos subcriterios en niveles bajos, 3 en niveles medios de desarrollo y 1 en nivel alto. Su condición de centro de referencia nacional especializado obliga a que estos criterios lleguen a valoraciones ideales por encima del 70% como es el caso del Hospital.

Matriz de calificación de Subcriterios

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
2	DOTACIÓN GENERAL	1	2	3	4	5	
2.1.1	En las áreas que requieren cumplimiento del protocolo de lavado de manos cuenta con jabón líquido y sistemas de secado apropiados a los servicios.		2				2
2.1.2	En todos los servicios se cuentan con recipientes para la disposición de desechos y residuos hospitalarios, con sistemas de color para desechos ordinarios, residuos biológicos y contaminados, reciclaje. Con uso de bolsas acorde al color y clasificación del residuo o deshecho.		2				2
2.1.3	Los sistemas centralizados de gases medicinales se realizan el mantenimiento a los componentes del sistema como unidades de regulación, cajas de control, alarmas, compresores, secadores, monitores y bombas de succión.					5	5
2.1.4	Cuenta con profesionales, tecnólogos o técnicos con certificación de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Puede ser contratada con un proveedor externo y se realiza verificación de competencias.					5	5
2.1.5	Cuenta con sistemas de comunicación interno y externo, en todas las áreas y servicios. Cuenta con sistemas secundarios de soporte en caso de fallar los sistemas principales.				4		4
2.1.6	Todos los servicios donde se realicen procedimientos cuentan con: monitor de signos vitales, equipos de succión, oxígeno central y portátil, oxímetro de pulso y monitor de signos vitales.					5	5
2.1.7	Se cuenta con planes de contingencia en caso de falla de los equipos vitales para la prestación del servicio en todas las áreas de manera que no se interfiera con la atención de los pacientes o se ponga en riesgo la vida del paciente.					5	5
2.1.8	La calibración de todos los equipos y tecnología biomédica es realizada por agentes externos, con un cronograma de trabajo anual y reportes oficiales de resultados.					5	5

2.1.9	Cuenta con equipos de reanimación en cada servicio y cada piso de la institución. Especialmente en servicios esenciales como cirugía, urgencias, obstetricia, unidades de cuidados especiales. Incluye salas quirúrgicas y salas de recuperación.			3			3
2.1.10	Se garantiza que cada servicio ofertado y en funcionamiento cuenta con la dotación necesaria de equipos y tecnología para una atención segura del paciente, como equipos de monitorización, máquinas de anestesia, desfibriladores, entre otros y de acuerdo a la especialidad ofertada.			4			4
2.1.11	Las salas de cirugía cuentan con mesas quirúrgicas en buen estado, máquinas de anestesia con alarmas, equipos de monitorización de gases, ventilación asistida, lámparas cirúrgicas, aspiradores, laringoscopios, equipo básico de reanimación, equipos básicos de evaluación de paciente, camillas rodantes con barandas para movilización del paciente, instrumental de acuerdo al portafolio ofertado.			4			4
2.1.12	Los consultorios de cualquier servicio cuentan con camillas en buen estado, equipos de evaluación básicos, tallímetros y pesas para adultos, tallímetros y pesas para bebés. Equipos especiales de acuerdo a la especialidad ofertada.			4			4
2.1.13	El servicio de urgencias cuenta con camillas rodantes y con barandas, equipos de monitorización por cada camilla, disponibilidad de oxígeno por cada camilla, aspiradores, equipos de inmovilización, camillas rígidas para inmovilización de columna, instrumental para pequeños procedimientos, instrumental para atención de partos. Equipos de toracotomía.			4			4
2.1.14	Los servicios de internación en las habitaciones cuentan con camas con barandas, mesa de noche, soportes para sueros, elementos para guardar efectos personales, mesa de alimentos, colchones y almohadas de material lavable, sillas para pacientes y visitantes.			4			4

2.1.15	Todos los vehículos de transporte de pacientes cumplen con las condiciones mecánicas, de estructura y dotación necesarias para garantizar la seguridad del paciente. Incluye espacios amplios que permitan una reanimación, equipo de reanimación, equipo de paro, equipo de atención de partos, suministro de oxígeno hasta por 24 horas, sistema de esterilización de ambiente, camillas con ruedas y plegables, sistemas de inmovilización de los pacientes. Insumos y suministros médicos. Tripulación con capacitación y certificación en el manejo de transportes asistenciales.				4		4
TOTAL DEL SUBCRITERIO							60

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
2.2	DOTACIÓN ESPECÍFICA	1	2	3	4	5	
2.2.1	En los consultorios de evaluación de gestantes se cuenta con camilla con barandas y estribos, balanza, tallímetro, estetoscopio, cinta métrica, doppler fetal o estetoscopio de Pinard, mesa de curaciones, lámpara de pie, caja con juego de espéculos.				4		4
2.2.2	Las salas de parto tienen cama con barandas, lámparas de pie, soportes para sueros, doppler fetal o estetoscopio de Pinard, equipo de monitor de signos vitales o tensiómetros y estetoscopios, equipo de amniocentesis, monitoreo fetal. El número de equipos debe soportar el número de camas y capacidad máxima de pacientes en el servicio.				4		4
2.2.3	Cada sala de partos tiene mesa para partos, lámpara cielítica o lámpara de piso, soportes para sueros, monitor de signos vitales o tensiómetro y estetoscopio, doppler fetal o estetoscopio de Pinard, paquetes de ropa esterilizada de acuerdo al volumen de partos, mesa de instrumentos.					5	5
2.2.4	Por cada dos salas de partos: equipo de suturas, equipo de revisión y legrado, equipo de forceps.					5	5

2.2.5	Cada quirófano de obstetricia cuenta con mesa quirúrgica, mesa de instrumental, máquina de anestesia, equipo de anestesia epidural, monitores de signos vitales, soportes para sueros, lámparas cielíticas, equipo de forceps, paquetes de ropa esterilizada, equipo de reanimación, instrumental quirúrgico obstétrico y de cesáreas.				4		4
2.2.6	Los servicios de mediana y alta complejidad deben contar con máquinas de anestesia, monitoreo fetal electrónico, incubadora estandar y ecógrafo. Bombas de infusión, monitoreo de signos vitales para adultos.					5	5
2.2.7	Cuenta con laboratorio a cargo de un profesional bioquímico de manera permanente, con técnico de guardia las 24 horas. Con uso de microtécnicas para pruebas. Incluye toma de muestras por personal idóneo y entrenado. Incluye, medición de calidad y control con externos de resultados.					5	5
2.2.8	El laboratorio puede efectuar e informar dentro de la hora de solicitud: glicemia, gases en sangre, ionograma, calcemia, hemoglobina y hematocrito. Dentro de las 3 horas de solicitud: uremia, recuento de blancos, citoquímico de orina, LCR y bilirrubinas.					5	5
2.2.9	Cuenta con servicios de imágenes diagnósticas a cargo de un médico especialista en radiología, con experiencia en pediatría y neonatología. Cuenta con técnico de guardia y personal entrenado en imágenes ecográficas gestacionales.					5	5
2.2.10	Cuenta con servicio de hemoterapia a cargo de un médico hematólogo, con experiencia en neonatología. Además, técnico de guardia las 24 horas. Incluye banco de sangre para cubrir necesidades mínimas de requerimientos durante 48 horas o conexión con proveedores de sangre que puedan asegurarla.					5	5
2.2.11	El servicio de hematología incluye en sus pruebas de rutina a todas las muestras estudios sobre chagas, lues, hepatitis, HIV, CMV.					5	5
TOTAL DEL SUBCRITERIO							52

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
2.3	MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	1	2	3	4	5	
2.3.1	Cuenta con registros y listados de todos los medicamentos requeridos para la prestación de los servicios; los registros incluyen: principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario.				4		4
2.3.2	Cuenta con programas de fármaco vigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia diseñados específicamente para el seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico.			3			3
2.3.3	Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil		2				2
2.3.4	El mecanismo de adquisición y manejo de los insumos garantiza la verificación de los registros sanitarios, las fechas de vencimientos los plazos medios de vida útil mínima requerida para la compra, especificaciones de almacenamiento.				4		4
2.3.5	Garantizan las condiciones adecuadas de almacenamiento, protección contra altas y bajas temperaturas, humedad, vectores, restricción de circulación, uso de estibas, neveras para material que requiere refrigeración, señalización, almacenamiento con demarcación de productos. En todos los almacenes, depósitos y stock de medicamentos o insumos. Incluye equipos de medición de temperatura y humedad y las curvas de control correspondiente.			3			3
2.3.6	Garantizan siempre el cumplimiento de las normas de almacenamiento, stock mínimo, reposiciones, alarmas, distribución, reposición y baja tanto de insumos, medicamentos y dispositivos médicos.			3			3
2.3.7	Garantiza que el personal que participa en los proceso de manejo de insumos, medicamentos y dispositivos están entrenados y tienen las competencias			3			3

	necesarias para cumplir con sus actividades.						
2.3.8	Garantiza la identificación de los consumos de medicamentos, insumos y dispositivos médicos en todas las áreas mediante el uso de software especializado para este fin. Se registran todos los pedidos y salidas de cualquier elemento mencionado tanto en almacén como en farmacia.			3			3
2.3.9	Garantiza el no re-uso de dispositivos médicos excepto cuando así lo determine el fabricante. Se conocen los procesos de re-uso, esterilización y empaque para garantizar la seguridad del paciente.			3			3
2.3.10	Garantiza los insumos, medicamentos y material médico quirúrgico necesario en todos los servicios para soportar la demanda de atención a los pacientes, la continuidad y seguridad de la atención.			3			3
2.3.11	Los procesos de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes; incluye etapas de lavado, preparación y esterilización que se realizan de manera centralizada. El material se procesa de acuerdo a métodos de esterilización basados en normas técnicas y se evalúa su cumplimiento. El almacenamiento de material estéril se realiza de acuerdo a normas técnicas y en espacios definidos y dotados para tal fin. Toda el área de central de esterilización cuenta con restricción de circulación y se comporta como espacio quirúrgico.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							34

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
		1	2	3	4	5	
2.4	GESTIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS						
2.4.1	Cuenta con procedimientos de gestión de recursos físicos e insumos debidamente documentados y actualizados e incluyen procedimientos de evaluación de necesidades, selección, incorporación, mantenimiento preventivo y correctivo, reposición y renovación garantizando la calidad de equipo e insumos.			3			3

2.4.2	Cuenta con procedimientos para garantizar las condiciones necesarias de seguridad, funcionamiento y operación de los equipos considerados críticos en áreas asistenciales: máquinas de anestesia, monitores de signos vitales, ventiladores en unidades de terapia intensiva, incubadoras, desfibriladores. Incluye hojas de vida de los equipos, planes de mantenimiento y manuales de operación en el idioma oficial del país.			3					3
2.4.3	Cuenta con procedimientos para garantizar las condiciones necesarias de seguridad, funcionamiento y operación de los equipos considerados críticos en áreas de laboratorio e imagenología: equipos básicos de laboratorio, analizadores automatizados, refrigeradores y congeladores, equipos de radiología, ecógrafos, monitores fetales. Incluye hojas de vida de los equipos, planes de mantenimiento y manuales de operación en el idioma oficial del país.			3					3
2.4.4	Garantiza que todos los equipos considerados críticos o vitales, tanto en áreas asistenciales como de ayuda diagnóstica son usados únicamente por personal entrenado y capacitado. Los programas de inducción incluye el entrenamiento en todos los equipos que un empleado podría utilizar en su área de desempeño.			3					3
2.4.5	Garantiza las condiciones de comodidad, privacidad, respeto y humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre los beneficios y riesgos para el paciente. Incluye espacios seguros para el uso de los equipos, condiciones óptimas de los equipos, oportunidad para la prestación de los servicios.			4					4
2.4.6	Cuenta con procesos diseñados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad del uso de la tecnología que incluye la gestión de eventos adversos asociados al uso de la tecnología, el análisis de ruta casual, la evaluación de los reportes de tecnología y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas.			3					3

2.4.7	Cuenta con políticas definidas para la renovación de la tecnología que incluye el análisis de los costos por reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para a tecnología a renovar. Beneficios en comparación con nuevas tecnologías, confiabilidad y seguridad, facilidad de operación, articulación con el direccionamiento de la Institución, beneficios a la población atendida y necesidades de la red de servicios.			3			3
2.4.8	Cuenta con las acciones necesarias para el manejo eficiente de los medicamentos, insumos y material médico quirúrgico. Incluye la dispensación de medicamentos supervisada por un químico farmacéutico, controles de abastecimiento oportuno, controles en la orden médica o requerimientos de servicios.			3			3
2.4.9	Cuenta con mecanismos de seguridad en la dispensación y administración de medicamentos que incluyen la verificación del paciente, la orden médica, la dosis a aplicar, la vía de administración y las interacciones posibles. Además, el químico farmacéutico informa de los eventos secundarios importantes tanto al profesional médico como al paciente.			3			3
2.4.10	Cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología de acuerdo a las necesidades de la comunidad, la suficiencia de la red de servicios, estudios de mercado, necesidades de desarrollo institucional, mejoramiento de los procesos de atención, de la calidad del servicio y la seguridad del paciente. Se prioriza de acuerdo a las condiciones de análisis anteriores. Se consideran las condiciones de infraestructura, tecnología alternativa, condiciones ambientales, posibilidad de mantenimiento y consecución de repuestos y asesoría técnica. El proceso incluye adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición. Se realiza entrenamiento y capacitación de operarios.			3			3
2.4.11	Cuenta con acciones de identificación de medicamentos de alto riesgo, alto costo o manejo de control restringido para definir las condiciones de seguridad en su almacenamiento, dispensación y uso.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							34

Oportunidades de Mejora

Consideraremos oportunidades de mejora todos aquellos criterios con calificaciones de 1 y 2, inferiores a un 40% de desarrollo.

- Procedimientos de lavado de manos: no se evidencian las condiciones ni la cultura organizacional fortalecida en el lavado de manos en los diferentes momentos exigidos en procesos de atención de los pacientes, tanto por el personal médico como de enfermería.
- Recipientes de recolección de desechos: los recipientes de recolección de desechos no cumplen con las características físicas ideales para un adecuado proceso de recolección de residuos.
- Carros de paro: no se evidencian condiciones ni estructuras adecuadas para los carros de paro en los servicios de emergencias, internación o quirófanos.

Recurso Humano

El criterio de recuso humano tiene una calificación de 73.10% catalogado como nivel de desarrollo medio. Los niveles de exigencia de recurso humano en un hospital de referencia nacional, especializado en materno perinatal y con unidades de cuidados intensivos son altos y existen algunas limitaciones en la cobertura de algunos servicios.

Tabla 6. Resultados de criterio de Recurso Humano.

	SUBCRITERIOS	PUNTAJE MÁXIMO	NIVEL DE DESARROLLO DEL CRITERIO			CALIFICACIÓN	%
			BAJO	MEDIO	ALTO		
3.1	CONDICIONES GENERALES	35	< 14	14 - 28	> 28	27	77,14%
3.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS	40	< 16	16 - 32	> 32	35	87,50%
3.3	GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	70	< 28	28 - 56	> 56	44	62,86%
	TOTAL DEL CRITERIO	145	> 58	58 - 116	> 116	106	73,10%

El subcriterio con mayor calificación corresponde a las condiciones específicas de recurso humano con un 87.5% pues cuenta con la mayoría de las especialidades requeridas, a pesar de no soportar la cobertura completa de las necesidades en todos los servicios. el subcriterio con menor calificación corresponde a la gestión

del recurso humano, dadas las implicaciones del concepto de gestión. Tenemos dos criterios en nivel de desarrollo alto y un criterio en nivel de desarrollo medio.

Matriz de calificación de Subcriterios

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
3.1	CONDICIONES GENERALES	1	2	3	4	5	
3.1.1	Cuenta con los profesionales de salud necesarios y requeridos para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo a la capacidad instalada, la oferta y demanda de los servicios, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.			3			3
3.1.2	Los profesionales de la salud cumplen con los requisitos y competencias exigidos por la normatividad vigente para los servicios ofertados. La institución realiza la verificación de los certificados presentados por cada profesional. Cada proceso tiene definido los perfiles y requerimientos de profesionales. Los perfiles son definidos por competencias y necesidades de los procesos asistenciales. Todos los procesos están asegurados y soportados por el personal existente, incluyendo contingencias de ausencias, retiros, incapacidades o similares.					5	5
3.1.3	Se realizan procesos de inducción, reinducción y entrenamiento específico a todos los empleados y colaboradores de la institución antes de iniciar sus funciones.			3			3
3.1.4	Se garantiza el número suficiente de empleados y colaboradores para los procesos administrativos y financieros de la institución. Los perfiles son definidos por competencias y necesidades de los procesos. Todos los procesos administrativos están asegurados y soportados por el personal existente, incluyendo contingencias de ausencias, retiros, incapacidades o similares. Debe soportar los procesos de dirección, administración, área financiera, gestión del recurso humano, asesores directivos, gestión jurídica, gestión de la calidad.			3			3
3.1.5	Se garantiza un área, servicio y profesionales para la atención al usuario, recepción y gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias, debe brindar respuesta inmediata a las necesidades de usuarios y visitantes con relación a la información y gestión interna en la institución. Debe brindar soporte a la atención asistencial y procurar el apoyo social a los pacientes y usuarios de servicios. Su ubicación debe ser estratégica, idealmente en las zonas de atención ambulatoria en los primeros pisos de las instituciones. Debe ser cómoda y contar con espacios suficientes para atender las demandas de los servicios.					5	5

3.1.6	La institución determina para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta- demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.			3			3
3.1.7	Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación.					5	5
TOTAL DEL SUBCRITERIO							27

3.2	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
	CONDICIONES ESPECÍFICAS	1	2	3	4	5	
3.2.1	Cuenta con un jefe o coordinador de la unidad de obstetricia; su perfil debe considerar ser especialista en gineco obstetricia, tener capacitación certificada en administración y organización de servicios y contar con dedicación exclusiva o por lo menos 4 horas al día, dependiendo de tamaño del servicio. En alta complejidad debe ser de dedicación exclusiva.					5	5
3.2.2	Cuenta con una enfermera profesional en la jefatura de enfermería. Su perfil debe considerar capacitación certificada en administración y organización de servicios.					5	5
3.2.3	Cuenta con médico obstetra, anestesiólogo y enfermera las 24 horas del día. Existen 3 horas médicas como mínimo por cada egreso.				4		4
3.2.4	Cuenta con asignación de responsabilidades de coordinación las 24 horas					5	5
3.2.5	Cuenta con auxiliares de enfermería: 1 para recepción, 1 por cada sala de parto y 1 por cada 6 camas en internación de obstetricia. Cobertura para las 24 horas del día.				4		4
3.2.6	Cuenta con personal de apoyo como servicio de aseo, camilleros y secretarias suficientes para garantizar los				4		4

	requerimientos y necesidades de procesos asistenciales						
3.2.7	Todos profesional de la salud que participa en los controles prenatales, cuidados de la gestante, la atención de partos, atención del puerperio y controles posparto, incluyendo parteras, son entrenados en los protocolos de manejo, guías y procedimientos.			3			3
3.2.8	Cuenta con otros especialistas de manera presencial o disponible como: pediatra, neonatólogo, internista, cirujanos, nutricionista, terapeuta respiratoria.					5	5
TOTAL DEL SUBCRITERIO							35

3.3	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
	GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	1	2	3	4	5	
3.3.1	Cuenta con procesos y acciones para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga las competencias para realizar las funciones y actividades asignadas.			3			3
3.3.2	Cuenta con procesos y acciones para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la institución; incluye: acciones de evaluación de necesidades de educación y formación, evaluación del desempeño, evaluación del clima organizacional, planes de estímulos.			3			3
3.3.3	La administración del talento humano institucional cuenta con acciones y procesos de convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro para el talento humano.			3			3
3.3.4	La planeación del talento humano considera la legislación vigente, el direccionamiento estratégico institucional, las condiciones de seguridad del paciente, la humanización del servicio, la gestión del riesgo, cambios en la planta física o portafolio del servicio.			3			3
3.3.5	La planeación del talento humano está basada en las necesidades de los pacientes, sus derechos y deberes, el código de ética, el código de buen gobierno y el diseño de los procesos			3			3

	asistenciales.						
3.3.6	Cuenta procesos y acciones de entrenamiento que considere el direccionamiento estratégico institucional, las condiciones de ambiente de trabajo, sus responsabilidades, las regulaciones y estatutos institucionales, los procesos institucionales, los códigos de ética y buen gobierno, los modelos de atención, el portafolio de servicios y las expectativas de desempeño.			3			3
3.3.7	Cuenta con procesos y acciones para la evaluación periódica del desempeño del talento humano; incluye evaluación, planes de mejora y seguimiento de los planes. Los resultados de las evaluaciones de desempeño son usados como insumos para el mejoramiento de las condiciones del talento humano institucional.			3			3
3.3.8	La Institución promueve y desarrolla estrategias para la consolidación de una cultura organizacional basada en: trato humano, gestión del riesgo, condiciones de puestos de trabajo, carga laboral, salud ocupacional.			3			3
3.3.9	Cuenta con un programa y acciones de salud ocupacional y seguridad empresarial que considera: condiciones y riesgos de ambiente de trabajo, exposición a radiaciones y sustancias químicas, cargas laborales. Incluye acciones de promoción de hábitos saludables, protección específica, gestión de accidentes laborales.			3			3
3.3.10	Cuenta con procedimientos y acciones para gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre los responsables del cuidado de los pacientes; incluye elementos de: cuidado de los pacientes, condiciones especiales de riesgo de pacientes, claridad de registros médicos, reportes de resultados de pruebas y exámenes diagnósticos, cambios y entregas de turno, traslado de pacientes entre servicios.			3			3
3.3.11	Se realiza evaluación médica al ingreso del personal, evaluación anual y evaluación al retiro de los empleados y colaboradores. En caso de accidente laboral o enfermedad profesional las evaluaciones son realizadas por profesionales especializados en valoración de discapacidad laboral.				4		4

3.3.12	Cuenta con un área encargada de la gestión del talento humano que parta de una planeación estratégica del recurso de acuerdo al portafolio de servicios y las necesidades de la red de servicios y la comunidad de influencia de la institución. Realiza una evaluación periódica de las necesidades de los empleados de acuerdo a sus procesos. Procura el desarrollo de los empleados basado en las competencias y habilidades necesarias para la ejecución de los procesos y procedimientos de la institución. Planea la inducción, entrenamiento y educación continua de los empleados y colaboradores para garantizar la ejecución de actividades y tareas con los mejores estándares de calidad posibles.			4					4
3.3.13	Cuenta con un programa de salud ocupacional que evalúe los riesgos inherentes a cada proceso y procedimiento, determina los principales elementos de mitigación y protección contra los riesgos. Contiene elementos de seguridad ocupacional en la inducción y los entrenamientos para cada cargo, evalúa constantemente los indicadores de accidentes laborales, días laborales afectados, ausentismo laboral. Desarrolla planes específicos para garantizar la dotación de material de seguridad y equipo de protección personal.			3					3
3.3.14	Cuenta con un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia - servicio en la institución, alineados con el direccionamiento estratégico. Garantiza una oficina que coordina toda la acción docente asistencial; se construye un plan de acción con los centros de formación, consideran las necesidades de la institución y las necesidades académicas de los estudiantes. Existe una coordinación conjunta entre institución y universidad. Se consideran indicadores de proceso y resultados de las acciones docente asistenciales, son medidos y evaluados periódicamente. Se identifican brechas y se realizan planes de intervención estratégica. Se garantiza que las actividades docente asistenciales procuren el respeto a los derechos y dignidad de los pacientes.			3					3
TOTAL DEL SUBCRITERIO									44

Oportunidades de Mejora

Consideraremos oportunidades de mejora todos aquellos criterios con calificaciones de 1 y 2, inferiores a un 40% de desarrollo. No tenemos ningún criterio en esta calificación, por tanto podemos referir algunos criterios con calificaciones de tres.

- Entrenamiento en guías y protocolos: el hospital no cuenta con sus propios protocolos, guías y procedimientos, a pesar de asumir los desarrollados a nivel Ministerial, no se evidencia un proceso de revisión, adaptación, adopción o adecuación a las condiciones institucionales.
- No se evidencian estructuras de procesos y procedimientos para la gestión del talento humano; se realizan las actividades pero de manera independientes, sin alineación a una estructura de procesos.
- Cultura organizacional: no se evidencian un proceso de maduración de la cultura organizacional basada en el trato humanizado, la gestión de riesgos, el cuidado personal y el orden de los puestos de trabajo.
- Programa de salud ocupacional que gestione los riesgos inherentes a cada proceso y procedimiento, determinando los principales elementos de mitigación y protección contra esos riesgos.

Procesos prioritarios

Una de las principales oportunidades de mejora identificadas durante el proceso de evaluación, pues no se evidencia un desarrollo organizacional sustentado en estructuras de procesos. La calificación obtenida es de 60%, nivel de desarrollo medio.

Tabla 7. Resultados de criterio de Procesos Prioritarios.

	SUBCRITERIOS	PUNTAJE MÁXIMO	NIVEL DE DESARROLLO DEL CRITERIO			CALIFICACIÓN	%
			BAJO	MEDIO	ALTO		
4.1	CONDICIONES GENERALES	80	< 32	32 - 64	> 64	44	55,00%
4.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS	60	< 24	24 - 48	> 48	39	65,00%
4.3	GESTIÓN DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS	65	< 26	26 - 52	> 52	31	47,69%
	TOTAL DEL CRITERIO	205	< 82	82 - 164	> 164	114	55,61%

El subcriterio con menor calificación corresponde a la gestión de los procesos con un 47.69%. Las acciones evidenciadas de procesos y procedimientos están asociadas a esfuerzos individuales de áreas específicas y no a una estructura consolidada general de la organización.

Matriz de calificación de Subcriterios

4.1	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
		1	2	3	4	5	
4.1.1	Se evidencia un desarrollo organizacional basado en procesos prioritarios. Incluye mapa de procesos, caracterización de procesos y procedimientos. Se definen los niveles estratégicos, operativos y de apoyo.		2				2
4.1.2	Cuenta con un mecanismo para desarrollar, adoptar o adaptar las guías y protocolos de manejo de todos los servicios. Se cuenta por lo menos con las guías y protocolos de manejo de las diez primeras causas de atención por cada servicio. Se realiza capacitación y entrenamiento en el uso de las guías. Son revisadas y actualizadas periódicamente.			3			3
4.1.3	Los procedimientos, guías, protocolos de manejo y actividades de los servicios están soportadas en medicina basada en evidencia científica. Todos son aprobados por la dirección y equipos de profesionales mediante resolución o comunicados de la dirección.			3			3
4.1.4	Todos los procesos, procedimientos, guías, protocolos de manejo, guía de actividades son conocidos, evaluados y se encuentran siempre disponibles para su consulta en todas las áreas y servicios de la institución.		2				2
4.1.5	Cuenta con una historia clínica única en la institución, con procesos de apertura, archivo, contenidos y formatos, todos aprobados por la dirección. En cualquier sitio donde se realice una atención del paciente se consigna los datos en la historia clínica única y permite dar continuidad cronológica al manejo del paciente. Incluye el archivo de resultados de pruebas y ayudas diagnósticas.				4		4
4.1.6	Cuenta con un procedimiento de estandarización de la historia clínica, los formatos, los registros clínicos, la consignación de evaluaciones. Incluye la búsqueda, seguridad en los servicios,			3			3

	archivo y custodia de la historia clínica y todos los registros médicos.						
4.1.7	Cuenta con un procedimiento para obtener el consentimiento informado del paciente antes de cualquier procedimiento, sin importar su complejidad; el paciente es informado de sus riesgos y se consigna la información precisa dada al paciente. Se garantiza que pacientes en situación de discapacidad o menores de edad comprendan las condiciones del consentimiento informado mediante sus responsables legales. El consentimiento es archivado en la historia clínica del paciente y es requisito indispensable para la realización de los procedimientos.			3			3
4.1.8	Cuenta con un procedimiento para garantizar la custodia de la historia clínica y los registros médicos. El acceso a la información únicamente por el paciente o el profesional tratante. Tiene Cadenas de custodia de información de aplicación permanente en cualquier elemento de la historia o los registros clínicos.			3			3
4.1.9	La organización de la historia clínica garantiza la trazabilidad de la atención médica, las ordenes médicas para el plan de manejo de los pacientes, las notas de cuidado de enfermería, el cumplimiento de los planes de manejo, el registro de las condiciones de signos vitales, registro de condiciones de riesgo del paciente, cuidados especiales, dietas y restricciones de alimentación.				4		4
4.1.10	Cuenta con protocolos, procedimientos y acciones para la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención. Incluye protocolo de lavados de manos, uso de los 5 correctos, aislamiento de pacientes.			2			2
4.1.11	Cuenta con procedimientos de: prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, normas de bioseguridad, manejo y gestión integral de los residuos hospitalarios, asepsia y antisepsia, desinfección, manejo de derrames de sangres y otros fluidos corporales.			3			3
4.1.12	Cuenta con procesos y acciones para garantizar la identificación de todos los pacientes para garantizar su custodia y vigilancia.			2			2

4.1.13	El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que pueda modificar los datos una vez se guarden los registros.		2				2
4.1.14	Las políticas de manejo de la historia clínica institucional debe considerar: diligenciamiento en forma clara y legible, sin enmendaduras, sin tachones, sin espacios en blanco. Cada anotación debe llevar la fecha y la hora en la que se realiza, nombre completo y firma del autor. Los registros médicos son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos.			3			3
4.1.15	Cuenta con procesos y acciones para la identificación de todo el personal que participa en los diferentes momentos del plan de cuidado de los pacientes; incluye identificación de los profesionales de la salud y personal administrativo y de soporte logístico. Se deben diferenciar claramente los responsables médicos, los responsables en el cuidado de enfermería, profesionales de apoyo terapéutico y de ayudas diagnósticas.		2				2
4.1.16	Cuenta con procedimientos y acciones en las áreas quirúrgicas para la atención segura del paciente; incluye identificación del paciente, identificación de procedimiento, identificación de sitio quirúrgico, identificación de riesgos del paciente.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							44

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO	MEDIO	ALTO			
4.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS	1	2	3	4	5	
4.2.1	Cuenta con los procedimientos, protocolos y guías para la atención segura de parto y puerperio. Son conocidas por todos los profesionales que participan en la atención de la gestante. Se realiza entrenamiento en la aplicación de guías y protocolos de manejo.			3			3
4.2.2	Se evidencia continuidad de los registros médicos asociados al cuidado de la madre, control del embarazo, control del trabajo de parto, puerperio, egreso materno y revisión posparto.					5	5

4.2.3	Toda acción de profesionales de la salud asociada al cuidado de la gestante o la madre y su hijo es consignada en la historia clínica acorde a las directrices institucionales. Se realiza evaluación de historia clínica, se comunican los resultados y se definen planes de mejora para cada profesional.				4		4
4.2.4	Cuenta con procedimientos y acciones específicas para la interconsulta con las principales especialidades garantizando la oportunidad y trazabilidad de la atención de la gestante, la madre y su hijo.			3			3
4.2.5	Cuenta con guía específicas para la atención de parto, donde se definen las responsabilidades de los médicos, enfermeras, auxiliares o profesionales entrenados en atención de partos.			3			3
4.2.6	Cuenta con protocolos de atención en caso de complicaciones a maternas o del recién nacido. Incluye la participación de los equipos de sala de obstetricia y especialistas disponibles como pediatras, cirujanos, intensivistas.			3			3
4.2.7	Cuenta con listas de chequeo de actividades para la atención del parto, cesáreas y legrados, aplicadas en todo procedimiento realizado. Incluye acciones de evaluación de aplicación de las listas de chequeo.			3			3
4.2.8	Cuenta con procedimientos y/o actividades definidos para la venopunción, prevención de las flebitis, manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales, prevención de infecciones asociadas al uso de la sonda vesical.			3			3
4.2.9	Cuenta con procedimientos y acciones para la identificación de la madre y el recién nacido, garantizando la custodia de ambos; incluye acciones en caso de pérdida de un recién nacido, condiciones de visitas y las condiciones exigidas para el egreso de la madre.			3			3
4.2.10	Cuenta con las siguientes guías y protocolos: atención del parto, indicaciones y técnicas de episiotomía y episiorrafia, complicaciones intraparto, atención del recién nacido, lactancia materna, prevención de infecciones asociadas al parto y puerperio, protocolo de manejo del prematuro, programa canguro, manejo de hemorragia posparto y pos cesárea.			3			3

4.2.11	Procedimientos establecidos para la remisión del recién nacido a especialidades, a vacunación, tamizaje de optometría, tamizaje de audiología y terapia integral de acuerdo a las necesidades y prioridades definidas a nivel institucional.			3			3
4.2.12	Cuenta con protocolo para la aplicación del partograma a toda materna en trabajo o labor de parto; las condiciones deben ser registradas desde el ingreso hasta el egreso de la paciente, identificación de criterios de alerta y alarma, definición de acciones en caso de identificación de alteraciones en el proceso de parto.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							39

SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
	BAJO		MEDIO		ALTO	
4.3	1	2	3	4	5	
GESTIÓN DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS						
4.3.1		2				2
4.3.2			3			3
4.3.3			3			3
4.3.4			3			3

4.3.5	Cuenta con procedimientos y acciones para la medición de aplicación y adherencia de los procedimientos, guías y protocolos; deben ser realizados de manera periódica, divulgados, analizados y definición de acciones de mejora con resultados inferiores al 85% de adherencia.	2				2
4.3.6	Cuenta con un proceso para la asignación de citas, registros, admisión y preparación del paciente. Incluye información al paciente acerca de los aspectos concernientes a su registro, estancia, atención y cuidado, tarifas, documentación requerida para ingreso y egreso. Incluye controles de identificación al interior de los servicios.		3			3
4.3.7	Se han diseñado flujos de pacientes en todos los servicios, especialmente en urgencias, obstetricia y cirugía que garanticen la trazabilidad de la atención al interior de los servicios, procurando la seguridad y oportunidad de la atención y cumplimiento de los planes de cuidado instaurados por los profesionales tratantes.		3			3
4.3.8	Cuenta con mapas de riesgo con identificación de los riesgos por cada proceso y procedimiento, son conocidos por todos en la institución, existen mecanismos de identificación y reporte de los riesgos, se miden periódicamente. Se cuenta con mecanismos de acción ante la presencia de un riesgo o si este se hace efectivo existen planes de contingencia y atención inmediata para mitigar los efectos.	1				1
4.3.9	Cuenta con un programa de intervención a los eventos adversos, con identificación temprana, sistemas de reporte, intervención inmediata, mitigación de los resultados, análisis de causas, planes de intervención. Debe considerar por lo menos caídas de pacientes, problemas asociados a los medicamentos, infecciones asociadas a la atención intrahospitalaria, letalidad, fallas terapéuticas, complicaciones anestésicas, complicaciones quirúrgicas.		3			3

4.3.10	Cuenta con un procedimiento para la aceptación y referencia de pacientes entre instituciones. Incluye mapa de red de servicios, condiciones de atención, sistema de comunicación, portafolio de servicios de la red, elementos de priorización, condiciones de referencia. Se realiza seguimiento con indicadores de pacientes referidos y resultados de la referencia, entre ellos de tiempos y certezas diagnósticas.		2				2
4.3.11	Cuenta con procedimientos de referencia de pacientes prioritarios: alto riesgo obstétrico, eventos coronarios, condición crítica e inestable del paciente, quemados mayores. Incluye condiciones del transporte, requerimientos de atención, condiciones del traslado, personal de tripulación.		2				2
4.3.12	Los sistemas informáticos son desarrollados de acuerdo a las necesidades de la institución, los procesos y procedimientos. Facilitan las acciones de registro de información clínica y asistencial, la gestión de los insumos y suministros. Ofrecen alertas y alarmas de acuerdo a condiciones especiales de pacientes, consumos de servicios, salidas de inventarios. Están integrados a nivel operativo y administrativo. Permite la generación de información para la construcción de los indicadores de los cuadros gerenciales de control y dar respuesta oportuna a los requerimientos de los entes de control.		2				2
4.3.13	Cuenta con un proceso para planificar la gestión de la información en la institución. Se considera la identificación de las necesidades de la información en todos los niveles, tanto asistenciales como administrativos. Garantiza la recolección sistemática y permanente de los datos y registros necesarios para la gestión de los procesos. Garantiza el flujo de información para la toma de decisiones y el control de resultados. Permite la minería de datos, el almacenamiento, conservación y depuración de información. Se garantiza la confidencialidad, seguridad y conservación de todos los registros asistenciales y administrativos. Facilita la construcción, reporte, análisis y seguimiento de indicadores gerenciales.		2				2
TOTAL DEL SUBCRITERIO							31

Oportunidades de Mejora

Consideraremos oportunidades de mejora todos aquellos criterios con calificaciones de 1 y 2, inferiores a un 40% de desarrollo.

- Desarrollo organizacional basado en procesos: la apropiación de un modelo de gestión de la calidad implica el fortalecimiento de la gestión por procesos y procedimientos, bajo estructuras de ciclos de mejoramiento, indicadores de resultado, medición del desempeño y planes de mejora.
- El desarrollo esperado de los procesos y procedimientos implica una construcción homogénea en una estructura organizacional, socialización de los procesos, medición de conocimiento, control de aplicación, medición de resultados de los procesos y acciones de mejora.
- Mapas de riesgo: no se evidencia identificación de una estructura básica de la gestión de riesgo como la identificación de los riesgos inherentes a cada proceso y procedimiento.

Calidad

Otro elemento de oportunidad de mejora identificado y trazador en toda la institución, un modelo de gestión y atención centrado en un programa de calidad y mejoramiento continuo. La calificación de este criterio es de 54.84% definido como nivel medio de desarrollo.

Tabla 8. Resultados de criterio de calidad.

	SUBCRITERIOS	PUNTAJE MÁXIMO	NIVEL DE DESARROLLO DEL CRITERIO			CALIFICACIÓN	%
			BAJO	MEDIO	ALTO		
5.1	CONDICIONES GENERALES	50	< 20	20 - 40	> 40	26	52,00%
5.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN	55	< 22	22 - 44	> 44	28	50,91%
5.3	GESTIÓN DE LA CALIDAD	50	< 20	20 - 40	> 40	31	62,00%
	TOTAL DEL CRITERIO	155	< 66	66 - 132	> 132	85	54,84%

El subcriterio con menor calificación corresponde a condiciones específicas de la calidad con un 50.91%. El modelo de calidad y su gestión están en fases iniciales de desarrollo.

Matriz de calificación de Subcriterios

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
5.1	CONDICIONES GENERALES	1	2	3	4	5	
5.1.1	Cuenta los componentes básicos de un modelo de atención basado en calidad: comité de calidad funcional, política de calidad en la atención, un programa de calidad aplicado en todos los procesos de la institución. Debe ser evidente en la actuación natural de la institución, en las acciones de los colaboradores y percibido por los pacientes y sus familias.			3			3
5.1.2	Los modelos de atención son construidos a partir de la valoración de las necesidades y expectativas de los pacientes, debe tener medición de resultados y evidencia de mejoramiento		2				2
5.1.3	La estructura y operación de la institución está dada por procesos y procedimientos, con caracterización propia o adaptada para cada uno de ellos, mapas conceptuales de los procesos y procedimientos, flujos de atención y desarrollo de los procesos, identificación de los clientes, identificación de los productos, estándares de calidad por cada uno de ellos. Se evidencia la socialización y entrenamiento en los procesos y procedimientos. Se encuentran disponibles en todas las áreas para su consulta y aplicación. Se mide el resultado de su aplicación y existen mecanismos de identificación inmediata de desviaciones en la aplicación de los procesos o brechas en los resultados esperados en los estándares de calidad.		2				2
5.1.4	Cuenta con un programa de gestión del riesgo en la atención médica donde se identifican los principales eventos adversos y eventos centinelas, por cada servicio y por cada proceso. Se consolidan en mapas de riesgo con priorización por semaforización. Se determinan mecanismos de identificación oportuna e información inmediata, con flujos de acción para evitar complicaciones o mitigar el evento. Se realizan medición de indicadores de resultados, con análisis de las brechas, análisis causa efecto para cada evento.		2				2

5.1.5	El programa de gestión del riesgo considera como mínimo los siguientes eventos o riesgos: letalidad, problemas relacionados con medicamentos, fallas terapéuticas, infecciones asociadas a la atención médica y cuidado hospitalario, accidentes de pacientes, complicaciones anestésicas. Los resultados deben ser medidos por cada servicio. Se deben evidenciar los indicadores como parte de la gestión de cada servicio, deben ser conocidos por todos los participantes en el cuidado del paciente. Deben existir análisis de resultados y de brechas, planes de acción y de intervención para disminuir el riesgo.		2				2
5.1.6	Cuenta con un programa para la gestión de la estancia hospitalaria, con medición de los promedios día estancia por servicio y especialidad, identificación de estancias prolongadas, mecanismos de información de estancias prolongadas, auditoría proactiva para evitar las estancias prolongadas. Incluye el análisis de las cancelaciones quirúrgicas, de procedimientos o pruebas diagnósticas.		2				2
5.1.7	Los resultados de los servicios son medidos con cuadros de mando para cada servicio o área incluyendo indicadores de oportunidad de la atención, satisfacción del paciente, eventos adversos, índices de uso de servicios complementarios, ayudas terapéuticas y ayudas diagnósticas. Incluye indicadores de producción, rendimiento y costo de servicios. Son conocidos por todos los actores asociados al proceso; se encuentran visibles y son discutidos en reuniones de gestión de resultados coordinadas por los jefes de área, servicio o proceso.		2				2
5.1.8	Cuenta una oficina o centro de atención del usuario, paciente o visitante que identifica las necesidades y expectativas de los usuarios, evalúa la satisfacción, realiza la gestión de las quejas y reclamaciones, brinda información y orientación a los usuarios con relación al proceso de atención, sus deberes y derechos como paciente. Está dispuesto a capturar las percepciones de los pacientes en cualquier servicio, en cualquier momento y dar un trámite diligente. Tienen mecanismos de comunicación directa con los directivos y jefes de servicio para buscar la solución oportuna a quejas y reclamaciones.					5	5

5.1.9	Cuenta con procesos de medición permanente del desempeño de los servicios y de la institución en general a partir de la medición de indicadores de producción, rendimiento, costos, seguridad del paciente, calidad de la atención, costos y ejecuciones presupuestales. Todos los empleados y colaboradores reconocen las metas establecidas por la alta dirección. Los cuadros de mando están ubicados en todos los servicios con medición periódica de los resultados. Son discutidos por los equipos directivos y presentados de manera periódica a los empleados y colaboradores.			3			3
5.1.10	Cuenta con un equipo o programa de auditoria para el mejoramiento continuo de los resultados de los procesos, áreas o servicios. Realizan acciones preventivas, de seguimiento de planes de mejora y acciones coyunturales de mitigación. El equipo o programa es reconocido por todos los empleados y colaboradores y lo consideran como un elemento de mejora y no punitivo o castigador. Se evidencian resultados en la mejora de la atención como producto del trabajo del equipo o de las acciones del programa de calidad. Los resultados están documentados en actas, planes de acción y medición de resultados.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							26

5.2	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
	CONDICIONES ESPECÍFICAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN	1	2	3	4	5	
5.2.1	Cuenta con los deberes y derechos de los pacientes como una construcción, adopción o adaptación de la institución. En su construcción y aprobación participaron los equipos directivos, los empleados y los propios pacientes y usuarios de la institución. Todo el proceso quedo documentado en actas y otros medios. Es socializado a todos los empleados. Se da a conocer a todos los pacientes, usuarios y visitantes al momento de usar cualquiera de los servicios del hospital. Existe una cultura evidenciable de transmisión de los deberes y derechos de los pacientes por parte de todos los empleados y colaboradores de la institución. Cuenta con diferentes mecanismos			3			3

	escritos, audio visuales y de educación para transmitir los deberes y derechos de los pacientes a toda persona que ingresa a la institución.							
5.2.2	Cuenta con un modelo de atención del paciente, una estructura básica de atención o un flujo de atención del paciente que considera los elementos del ingreso y bienvenida a la institución, educación en deberes y derechos del paciente, identificación plena del usuario, identificación de sus necesidades de atención, orientación para el uso de los servicios, identificación de necesidades específicas como aislamientos o asistencia permanente de acompañante y definición de plan de manejo.		2					2
5.2.3	Cuenta con acciones que garantizan en todos los servicios, áreas y procesos la privacidad de la atención, la confidencialidad de la información clínica y cuidado de la dignidad del paciente. Se considera la atención prioritaria de personas con discapacidad, mayores de edad, gestantes y niños. Estos elementos o acciones son evidenciadas en los procesos de atención de los pacientes.		2					2
5.2.4	Cuenta con un proceso estricto para la identificación del paciente en todo momento y lugar, en todo servicio o área, especialmente en áreas de maternidad. Los niños son identificados al igual que sus padres o responsables del cuidado en cualquier servicio para evitar pérdidas o robos de los menores. La identificación del paciente es usada para ubicarlo en las áreas de circulación restringida, para el ingreso a servicios, para realización de pruebas y procedimientos. La identificación incluye características especiales como aislamiento o condiciones riesgo de manera que solo sea identificable por el personal del hospital y no atente contra la dignidad del paciente.		2					2
5.2.5	Cuenta con mecanismos para la planeación del cuidado del paciente, que sean identificables durante toda la atención; son identificados fácilmente, están estructurados dentro de la historia clínica del paciente, se identifican responsabilidades del manejo por los profesionales de la salud, se identifican los protocolos o guías aplicados, se identifican los tiempos del plan de cuidados. Son evaluados en su cumplimiento y resultados finales. Los planes de cuidados incluyen manejo con internación, atención ambulatoria, controles, planes de rehabilitación y consultoría de apoyo.			3				3
5.2.6	El servicio farmacológico del hospital brinda		2					2

	asesoría farmacológica durante las rondas hospitalarias. Realiza recomendaciones al profesional tratante de acuerdo a los protocolos y guías de manejo. Informa de manera inmediata a la auditoría clínica hallazgos asociados a problemas de medicación en cualquier servicio. La orientación incluye educación al paciente para el cumplimiento y adherencia al tratamiento instaurado por el profesional tratante.						
5.2.7	El modelo de atención del hospital, los procesos y procedimientos cuentan con mecanismos de información al paciente en todo momento, desde el ingreso e identificación, el diagnóstico, planeación del manejo, ejecución del plan de cuidados, egreso, atención ambulatoria y atención posterior al servicio. El paciente recibe información de condiciones administrativas, su estado de salud, su plan de manejo y opciones terapéuticas, consentimientos informados, educación para el cuidado en casa y seguimiento de adherencia al tratamiento.			3			3
5.2.8	Cuenta con un mecanismo para el manejo interno de pérdida de un paciente, especialmente si es un menor de edad. Debe comprender activación de equipos de acción para la búsqueda activa del paciente, cierre de puertas, identificación de usuarios y visitantes, revisión sistemática de áreas del hospital, mecanismos de comunicación interna, aviso a las autoridades.		2				2
5.2.9	Cuenta con procedimientos y acciones que garantizan la dignidad del paciente y el cumplimiento de los principios éticos esenciales. Incluye la declaración de los derechos y deberes de los pacientes, la gestión de las reclamaciones y la medición de la percepción de los pacientes en el cumplimiento institucional de sus derechos.			3			3
5.2.10	Cuenta con una estructura organizacional, un programa y mecanismos para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias de acuerdo a orientaciones técnicas nacionales o internacionales. Incluye un Comité de vigilancia epidemiológica, medición de resultados, identificación de brechas y planes de intervención, mitigación y mejora. Incluye la vigilancia de: infecciones de herida quirúrgica, infecciones asociadas a la atención del parto y puerperio, infecciones asociadas a procedimientos invasivos, infecciones asociadas al uso de dispositivos médicos.			3			3

5.2.11	Cuenta con indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria y en caso de no atención a los pacientes, por cualquier motivo, tiene mecanismos de investigación, análisis e información sobre las causas. Incluye análisis de tiempos de espera para las interconsultas, listas de espera para procedimientos quirúrgicos, demanda insatisfecha.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							28

SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN	
	BAJO	MEDIO	ALTO				
5.3	GESTIÓN DE LA CALIDAD	1	2	3	4	5	
5.3.1	El equipo directivo participa de manera activa en el direccionamiento estratégico de la institución. Se realiza un análisis estratégico cada año; se definen o evalúan la misión, visión, objetivos de la institución. Se involucran líderes de cada área y servicio en los procesos de evaluación y formulación estratégica. Se socializan y validan los análisis y diseños de la plataforma estratégica con los empleados, los usuarios y la comunidad en general. Cuenta con mecanismos de comunicación y educación de empleados y usuarios en la plataforma estratégica.				4		4
5.3.2	El equipo directivo y los líderes de procesos y servicios realizan actividades de evaluación de los resultados estratégicos de la institución, valoran sus factores de éxito, consideran los planes de acción para el mejoramiento, toman decisiones gerenciales basadas en sistemas de información gerencial. Se plantean metas de desarrollo a mediano y largo plazo, se estructuran los puntos claves de la calidad del servicio, se determinan los mecanismos de comunicación a todos los colaboradores y empleados.			3			3
5.3.3	Los análisis financieros y de rendimiento son uno de los puntos claves de análisis y planeación de la institución. Se consideran indicadores de costos, gastos, producción, rendimiento, calidad y seguridad como los factores claves de análisis garantizando un desarrollo sostenible basado en la rentabilidad social y financiera, procurando siempre la mejora de los servicios de acuerdo a las necesidades de la comunidad.			3			3

5.3.4	La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la institución. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. Se plantean acciones de intervención y planes de mejoramiento. Se evidencia en la ejecución normal de los procesos y procedimientos el trato humanizado a los pacientes por parte de todos los empleados.		3			3
5.3.5	Cuenta con un proceso de identificación de necesidades de cada área funcional que considere al usuario, los empleados, el portafolio de servicios y la demanda de atención de los usuarios y la comunidad. Ese proceso incluye las necesidades de información para el diseño y desarrollo de un sistema gerencial que permita la toma de decisiones en todos los niveles operativos, directivos de línea media y la alta dirección; además de garantizar la retroalimentación de los resultados obtenidos en la gestión tanto a los empleado como a la comunidad y entes de control que así lo requieran.		3			3
5.3.6	Cuenta con un sistema de información diseñado y desarrollado con indicadores de estructura, proceso y resultado que valoren la oportunidad de la atención, la calidad de la atención, el resultado de los procesos, el rendimiento de los recurso, el costo de la prestación del servicio, la sostenibilidad financiera y la satisfacción del usuario. El sistema brinda la información de manera oportuna y confiable a todos los niveles de la organización y se evidencia su uso para la gestión de los resultados finales.		3			3
5.3.7	Cuenta con un código de ética y código o manual de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico de la institución. Construido con la participación de los empleados y usuarios, socializado y comunicado de manera permanente. Incluye condiciones de respeto por los derechos y deberes de los usuarios, mecanismos para fomentar el clima organizacional y la resolución de los conflictos. Contiene los mecanismos para identificar, analizar e intervenir eventos de violación de los derechos de los pacientes y derechos de los empleados.		3			3

5.3.8	Cuenta con un proceso estandarizado que monitoriza sistemáticamente y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento. Contiene indicadores de oportunidad y efectividad en las respuestas.			3			3
5.3.9	Cuenta con comités funcionales que puedan evidenciar sus acciones e intervenciones con actas, planes de mejora, evaluación de resultados. Mínimo deben existir comités de: historias clínicas y registros médicos, vigilancia epidemiológica, calidad y seguridad de la atención, ética, investigación, docencia.			3			3
5.3.10	Cuenta con un comité institucional para la gestión del riesgo, incluye la definición de los indicadores, los mecanismos de alerta, el análisis de los resultados, análisis causa efecto, planes de acción e intervención, planes de mejoramiento y medición de resultados. Se evidencian sus acciones en los resultados institucionales.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							31

Oportunidades de Mejora

Consideraremos oportunidades de mejora todos aquellos criterios con calificaciones de 1 y 2, inferiores a un 40% de desarrollo.

- Modelo de atención: si bien se identifican algunas acciones trazadoras de atención centrada en el paciente, no existe un modelo de atención con los principales lineamientos a considerar por los colaboradores de atención involucrados en el manejo de los pacientes.
- Estructura por procesos: ya referido en el criterio anterior, no se evidencia una estructura organizacional única para todas las áreas asistenciales y administrativas.
- Gestión de la estancia hospitalaria: un proceso fundamental en instituciones de alta complejidad y que no tiene evidencia de una estructura sólida y desarrollada.

- Medición de resultados: no se evidencia una estructura de desarrollo de área sustentada en desempeño y resultados, indicadores de gestión organizacional, medición, control y mejora.
- Identificación del paciente: la principal falla en la estructura de calidad y seguridad del paciente, pues no se garantiza en todo momento la identificación del paciente.
- Servicio farmacológico: no se cuenta con la capacidad de recurso humano para desarrollar un servicio farmacológico, solo para el proceso de gestión de insumos y medicamentos.

Gestión

El criterio de gestión tienen una calificación de 64.52% definido como un nivel de desarrollo medio. Si bien se identifican un gran número de acciones de gestión, muchas de ellas no se evidencian como elementos de un modelo de dirección, plan estratégico o procesos gerenciales sistemáticos.

Tabla 9. Resultados de criterio de gestión.

	SUBCRITERIOS	PUNTAJE MÁXIMO	NIVEL DE DESARROLLO DEL CRITERIO			CALIFICACIÓN	%
			BAJO	MEDIO	ALTO		
6.1	CONDICIONES GENERALES	85	< 34	34 - 68	> 68	56	65,88%
6.2	GESTION DE RED DE SERVICIOS	25	< 10	10 - 20	> 20	15	60,00%
6.3	GESTIÓN DE ATENCIÓN SEGURA MATERNO INFANTIL	45	< 18	18 - 36	> 36	29	64,44%
	TOTAL DEL CRITERIO	155	< 62	62 - 124	> 124	100	64,52%

El subcriterio con menor calificación corresponde a las condiciones generales de la gestión con 60%. Un proceso de documentación sólido, socialización e implementación de modelos, planes estratégicos y procesos gerenciales aumentarían la calificación por encima de un 80%.

Matriz de calificación de Subcriterios

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
6.1	CONDICIONES GENERALES	1	2	3	4	5	
6.1.1	Cuenta con un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la institución, de cada proceso y de cada unidad funcional. Se realizan priorizaciones de objetivos y metas de desarrollo, se evalúan los recursos financieros disponibles, se hacen análisis de oferta y demanda, de suficiencia y necesidades de la red de servicios, se analizan los presupuestos históricos y se complementan con estudios de costos.			3			3
6.1.2	Cuenta con un proceso implementado y evaluado para la protección y control del uso eficiente de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Considera la monitorización permanente de la ejecución presupuestas, cumplimiento de las metas de los planes operativos y estratégicos, se analizan indicadores financieros de manera sistemática. Además considera la productividad y los costos, la gestión de los inventarios, el control de los consumos, la gestión de los seguros, procesos de auditoría, gestión de contingencias en el recurso humano, equipos y tecnología, y ambiente físico.			3			3
6.1.3	La institución garantiza procesos para identificar, evaluar y mejora la gestión ambiental. Tiene definida una política de gestión ambiental responsables, fomenta la cultura ecológica, se evidencia un uso racional de los recursos ambientales como energía, agua potable y generación de residuos. Fomenta el reciclaje y el manejo de residuos desde el origen. Ha realizado estudios y análisis del riesgo de contaminación y el impacto ambiental como generador de residuos. Ha implementado planes de acción para disminuir el riesgo de contaminación y la generación de residuos. Ha realizado evaluaciones de las disposiciones finales de todos sus residuos generados, incluso si son a través de contrataciones externas. Ha implementado sistemas de recolección eficiente y segura tanto para los empleados como para los usuarios.			3			3

6.1.4	Cuenta con un proceso de planeación estratégica que considera la construcción de planes de desarrollo a mediano plazo y planes operativos anuales que son contruidos a partir de la identificación de las necesidades de los pacientes, los colaboradores, la comunidad, la red de servicios de salud y los estamentos de salud del país. Se evidencia la participación de los actores y grupos de interés en su construcción, aprobación y evaluación.			3			3
6.1.5	Los planes de desarrollo y planes operativos cuentan con indicadores de resultados e impacto definidos; se incluye indicadores de producción, costos, eficiencia, rendimiento, calidad, seguridad e impacto en las condiciones de salud de la región. Los indicadores son medidos y analizados para discusión por los tomadores de decisiones, la identificación de brechas en los resultados y la definición de acciones de intervención y planes de mejora.			3			3
6.1.6	Se define un modelo de atención para los pacientes, construido a partir de la identificación de las necesidades y expectativas de los pacientes y grupos de interés; considera las condiciones de calidad y seguridad en la atención, la satisfacción de los pacientes, los servicios ofertados, condiciones de seguridad del medio ambiente hospitalario. Sus resultados son definidos acorde a los indicadores de los planes de desarrollo institucional.			3			3
6.1.7	El modelo de atención de la institución está basado en procesos con enfoque en el paciente, con estructuras básica de nivel estratégico, misional y de apoyo. Toda la estructura se sustenta en mapas de procesos y procedimientos bajo esquemas de ciclos PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). Los indicadores y metas son asociados a cada proceso y procedimiento, se definen mecanismos de medición de resultados, identificación de brechas y acciones de intervención y planes de mejora.			3			3
6.1.8	Cuenta con registros contables con las especificaciones definidas para Planes Únicos Contables de acuerdo a la normatividad nacional o internacional.					5	5

6.1.9	Cuenta con un equipo gerencial y de gestión formalmente constituido y funcional, con metodologías documentadas y adoptadas para la formulación de los planes estratégicos, planes operativos y sistemas de información gerencial. Todas las decisiones son tomadas a partir del análisis de informes gerenciales, medición de resultados, identificación de brechas y valoración de necesidades de grupos de interés.				4		4
6.1.10	El equipo gerencial ha recibido capacitación en metodologías de análisis de resultados, gestión por procesos, gestión gerencial, gestión del talento humano, gestión productiva de servicios de salud, las cuales han sido incorporadas en el programa de inducción y entrenamiento o hacen parte de los perfiles profesionales.				4		4
6.1.11	La institución ha definido 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. La gestión de la información en la institución sigue las directrices del mejoramiento continuo institucional. La información se produce, distribuye y conserva en forma confiable, segura y oportuna.				4		4
6.1.12	Los procedimientos de gestión administrativa y financiera están debidamente alineados con el direccionamiento estratégico de la institución y cuentan con herramientas y estrategias para su evaluación y mejoramiento continuo.			3			3
6.1.13	Cuenta con un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la institución y a partir de este construye su plan estratégico, mediante una formulación estandarizada, mecanismos de divulgación, seguimiento y evaluación.			3			3
6.1.14	La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.			3			3
6.1.15	Cuenta con un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.			3			3

6.1.16	Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.			3			3
6.1.17	La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							56

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
6.2	GESTION DE RED DE SERVICIOS	1	2	3	4	5	
6.2.1	Cuenta con un mecanismo de coordinación con los actores de la red de servicios de salud a la cual pertenece la institución con el objetivo de definir las necesidades en salud, la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud. Consideran indicadores de resultados y de impacto, ejercicios periódicos de evaluación y definición de estrategias y planes de intervención y acción a mediano y largo plazo.			3			3
6.2.2	Cuenta con un proceso de direccionamiento estratégico central para la red de servicios, único, compartido entre todos, construido de manera conjunta, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos que incluyan la contribución de las instituciones al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada institución. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.			3			3

6.2.3	Cuenta con directrices y políticas para la atención a la gestante independiente de las dificultades administrativas, para asegurar la atención del parto y puerperio por personal calificado, para garantizar las condiciones y capacidad necesaria para resolver complicaciones que requieran intervenciones quirúrgicas urgentes, igualmente, manejo adecuado de hemorragias y procedimientos de transfusión y garantía de remisión oportuna y segura.			3			3
6.2.4	Cuenta con un modelo de gestión para la participación comunitaria en la definición de los planes de desarrollo, los planes operativos y la dirección estratégica en general. Incluye la conformación de asociaciones de usuarios o consejos comunitarios que participan en las actividades relevantes del hospital, incluido la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios. Considera mecanismos para garantizar la veeduría social, la formulación de estrategias para la rendición de cuentas y con respecto a indicadores de salud y el uso de recursos públicos e indicadores de responsabilidad social.			3			3
6.2.5	La institución asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.; incluye políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud, alineados con normas nacionales e internacionales.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							15

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
6.3	GESTIÓN DE ATENCIÓN SEGURA MATERNO INFANTIL	1	2	3	4	5	
6.3.1	Cuenta con procedimientos y acciones para garantizar conjuntos de actividades integrales al evento obstétrico materno perinatal, para la atención a la mujer durante el embarazo, el parto, el recién nacido y el puerperio y la detección precoz de complicaciones asociadas al embarazo para definir los planes de manejo o derivar la atención al nivel de complejidad requerido.			3			3

6.3.2	Cuenta con un sistema funcional de comunicaciones y transporte con el que puede responder de manera oportuna y segura cuando se presentan emergencias obstétricas no predecibles y que no pueden ser resueltas en el nivel de la institución.				4		4
6.3.3	Cuenta con procedimientos y mecanismos para ofrecer la atención adecuada de partos a nivel domiciliario o comunitario, asegurando condiciones de limpieza y seguridad, atención por personal calificado, facilitando la capacitación y entrenamiento de los actores y la educación de la comunidad.			3			3
6.3.4	El equipo gerencial evalúa periódicamente los resultados de la atención materna, identifica brechas con relación a las metas esperadas, realiza análisis causales, define acciones de intervención y planes de mejoramiento, mide los resultados y realiza los cambios en los procesos o la cultura organizacional para su mantenimiento.			3			3
6.3.5	Cuenta con un conjunto de registros y de procedimientos claramente establecidos para capturar y procesar los datos necesarios para sistemas de información asociados a la atención materno infantil, la historia clínica materno infantil a fin de disponer de la información clínica y demográfica para la construcción de sus indicadores y dar respuesta a los requerimientos de estamentos gubernamentales.			3			3
6.3.6	El control prenatal implementado en la institución cuenta con directrices basadas en la evidencia, es ejecutado por personal entrenado que hace uso correcto de la historia clínica y registros médicos, cumple con todas las directrices técnicas del programa. Además se realiza monitorización sistemática a la adhesión a los protocolos y lineamientos sobre el control prenatal de acuerdo a las políticas institucionales o normatividad vigente en salud. Los profesionales de la salud que intervienen en el proceso de atención han sido entrenados en los protocolos de control prenatal.				4		4
6.3.7	La atención del parto y los eventos obstétricos cuenta con protocolos basados en la evidencia. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a las directrices adoptadas y otros indicadores de calidad, auditan la morbilidad y mortalidad materna y actúa con base en los resultados para alcanzar las metas esperadas.			3			3

6.3.8	Cuenta con protocolos de atención al recién nacido, basados en la evidencia. El personal que brinda los cuidados está debidamente entrenado. La institución monitorea sistemáticamente la adhesión a las directrices y otros indicadores de calidad, analiza las muertes perinatales y demás eventos trazadores de la calidad del cuidado del neonato y actúa con base en los resultados obtenidos para alcanzar las metas esperadas.			3			3
6.3.9	Cuenta con acciones y mecanismos para garantizar el seguimiento de las puérperas, recién nacidos y lactantes durante el primer año de vida. Se definen estrategias para la vinculación a los programas de protección específica: lactancia materna, atención del recién nacido, control de crecimiento y desarrollo, programa de inmunizaciones, planificación familiar para la madre. La institución monitoriza la adherencia a los programas, analiza los casos de mortalidad infantil y materna durante el puerperio y actúa con base en los resultados.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							29

Oportunidades de Mejora

Consideraremos oportunidades de mejora todos aquellos criterios con calificaciones de 1 y 2, inferiores a un 40% de desarrollo. No se tienen criterios con niveles bajos de desarrollo. Podemos referir algunos con calificaciones de 3.

- Evaluación de resultados: la evaluación de resultados debe ser evidencia como un proceso de construcción de conocimiento que inicia con la generación de información desde las áreas, su análisis en los equipos directivos y la retroalimentación de resultados como elemento integral de la gestión.
- Al igual que en las áreas asistenciales, todas las acciones y actividades del área gerencial y estratégica de la institución deben estar sustentadas en procesos y procedimientos, que incluso llegan a ser la estructura básica de directriz y desarrollo de la organización.
- La gestión es un proceso complejo que involucra acciones específicas de planeación, acción, medición de resultados, identificación de oportunidades de mejora, toma de decisiones, comparación con los mejores resultados y modificación de la cultura organizacional.
- Desde el nivel directivo se deben generar las estructuras básicas del desarrollo organizacional como el modelo de dirección, el modelo de

atención, el modelo de calidad, las políticas institucionales y los indicadores de gestión. Sustentados en procesos de construcción, socialización, implementación, medición.

Educación

El criterio de educación tiene un resultado de 68% definido como nivel medio de desarrollo. Los estándares de educación en una institución docente asistencial deben alcanzar mayores niveles de madures.

Tabla 10. Resultados de criterio de educación.

	SUBCRITERIOS	PUNTAJE MÁXIMO	NIVEL DE DESARROLLO DEL CRITERIO			CALIFICACIÓN	%
			BAJO	MEDIO	ALTO		
7.1	CONDICIONES GENERALES	30	< 12	12 - 24	> 24	22	73,33%
7.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS	20	< 8	8 - 16	> 16	12	60,00%
	TOTAL DEL CRITERIO	50	< 20	20 - 40	> 40	34	68,00%

Matriz de calificación de Subcriterios

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
7.1	CONDICIONES GENERALES	1	2	3	4	5	
7.1.1	Cuenta con la estructura y procesos necesarios para la difusión de buenas prácticas en cuidado materno infantil; incluye una unidad de capacitación con un equipo de gestión entrenado y con los materiales educativos y herramientas pedagógicas y tecnológicas necesarias para difundir las buenas prácticas.			3			3
7.1.2	Cuenta con un plan de entrenamiento y educación continua para sus profesionales y técnicos en salud, definido a partir de las necesidades manifiestas de los colaboradores, los requerimientos de perfiles y competencias para los procesos y el portafolio de servicios ofertado.			3			3

7.1.3	Cuenta con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades del paciente relacionadas con la prevención de enfermedades y promoción de estilos de vida saludable. Define mecanismos y acciones de educación a paciente ambulatorios y en internación.				4		4
7.1.4	La institución identifica sus grupos poblaciones bajo su responsabilidad y define procesos y acciones para la evaluación y gerencia de los riesgos en salud y establece estrategias y mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.				4		4
7.1.5	La institución planea, despliega y evalúa los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de la salud pública de la población que atiende. Los resultados evidencian impacto en el estado de salud. Incluye: salud sexual y reproductiva, crecimiento y desarrollo, programas nutricionales, salud visual, salud oral, enfermedades crónicas y degenerativas, salud mental, enfermedades de transmisión por vectores, prevención de enfermedades infecciosas, cuidados integrales de la gestante.				4		4
7.1.6	El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante su proceso de atención; incluye: proceso natural de su enfermedad, información de resultados de pruebas diagnósticas y de su plan de manejo, participación activa del usuario en promover su propia seguridad. Se evalúa el grado de entendimiento por parte del paciente y su familia,				4		4
TOTAL DEL SUBCRITERIO							22

7.2	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
	CONDICIONES ESPECÍFICAS	1	2	3	4	5	
7.2.1	Cuenta con procedimientos, acciones y mecanismos para la educación a las enfermeras y parteras de la comunidad y área de influencia de la institución con el objetivo de garantizar prácticas seguras en la atención del parto e identificación de condiciones de riesgo para la atención intrahospitalaria de la gestante.			3			3

7.2.2	Cuenta con procedimientos, acciones y mecanismos para la educación de la madre en cuidados del recién nacido, lactancia materna, planificación familiar, identificación de factores de riesgo del neonato, control de crecimiento y desarrollo.			3			3
	Cuenta con procedimientos, acciones y mecanismos para la educación a gestantes con relación a los factores de riesgo; incluye: intervalo entre partos, edad, número de hijos, bajo peso al nacer de un hijo, complicaciones obstétricas en partos anteriores, abortos previos, peso y talla materna.			3			3
7.2.4	Cuenta con procedimientos, mecanismos y acciones para la educación de la gestante con relación al control prenatal; incluye: número de controles mínimos, periodicidad, inicio temprano de controles, alimentación materna, uso de multivitamínicos, control de peso y síntomas de riesgo.			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							12

Oportunidades de Mejora

Consideraremos oportunidades de mejora todos aquellos criterios con calificaciones de 1 y 2, inferiores a un 40% de desarrollo. No se tienen criterios con niveles bajos de desarrollo. Las oportunidades de mejora están asociadas a maduración de los procesos actuales en las condiciones ya referidas en criterios anteriores.

Procesos hospitalarios para atención de complicaciones

Un criterio especial de condiciones de necesarias para la atención oportuna de complicaciones durante la atención del parto, especialmente la hemorragia posparto. Su nivel de desarrollo en alto. Su calificación es de 84.19%

Tabla 11. Resultados de criterio de Procesos prioritarios para hemorragia posparto.

	SUBCRITERIOS	PUNTAJE MÁXIMO	NIVEL DE DESARROLLO DEL CRITERIO			CALIFICACIÓN	%
			BAJO	MEDIO	ALTO		
8.1	CONDICIONES ESPECIFICAS	215	< 86	86 - 172	> 172	181	84,19%
	TOTAL DEL CRITERIO	215	< 86	86 - 172	> 172	181	84,19%

Matriz de calificación de Subcriterios

	SUBCRITERIO	NIVEL DE DESARROLLO DE ESTÁNDARES					CALIFICACIÓN
		BAJO		MEDIO		ALTO	
8.1	CONDICIONES ESPECIFICAS	1	2	3	4	5	
8.1.1	Existe disponibilidad de UCI- UCIN 24 horas al día / 7 veces a la semana para la atención de gestantes críticas por hemorragia obstétrica.					5	5
8.1.2	Las áreas de urgencia y reanimación cardiopulmonar cuentan con los kits para manejo de hemorragia obstétrica					5	5
8.1.3	La sala de partos cuenta con los kits para manejo de hemorragia obstétrica					5	5
8.1.4	Todas las infusiones de medicamentos por vía intravenosa se administran con bomba de infusión					5	5
8.1.5	Hay carro de paro en sala de partos y hospitalización de gestantes			3			3
8.1.6	Las guías y protocolos para hemorragia obstétrica han sido actualizadas en los últimos dos años por la institución			3			3
8.1.7	Están disponibles estas guías 24 horas al día, 7 días a la semana en sala de partos y urgencias			3			3
8.1.8	Hay medición de la adherencia a las guías de atención de hemorragia obstétrica			3			3

8.1.9	Tienen acceso las gestantes a transfusión de sangre, plaquetas y plasma las 24 horas al día y 7 días a la semana					5	5
8.1.10	Hay disponibilidad permanente de sangre para protocolo de transfusión masiva (6 unidades de sangre, 6 unidades de plasma y 1 aféresis de plaquetas)				4		4
8.1.11	En casos de hemorragia, dentro de los primeros cinco minutos Se activa el código rojo con inicio del ABC de la reanimación					5	5
8.1.12	En Casos de Hemorragia el personal dentro de los primeros cinco minutos Coloca una infusión IV (calibre 14-16) y suministra bolos de solución salina normal					5	5
8.1.13	Inicia el personal procedimientos quirúrgicos dentro de la primera media hora de reconocer la hemorragia obstétrica					5	5
8.1.14	Cuando ocurren complicaciones quirúrgicas inesperadas. Se cuenta con obstetra y/o cirujano calificado(a) siempre disponible en el sitio, de llamada dentro de la primera hora					5	5
8.1.15	Las gestantes con morbilidad materna extrema por hemorragia obstétrica son hospitalizadas en UCI o alta dependencia					5	5
8.1.16	Monitorea el personal a todas las pacientes con hemorragia obstétrica por lo menos cada 15 minutos durante las primeras dos horas del diagnóstico hasta que sea remitida a un centro hospitalario					5	5
8.1.17	Se tiene implementado el código rojo para el manejo de la hemorragia obstétrica					5	5
8.1.18	Para hemorragia pos-parto, se suministra oxitocina, metilergonovina y misoprostol en casos de atonía uterina					5	5
8.1.19	El equipo responsable de la atención tiene competencias para la extracción manual de placenta					5	5
8.1.20	La extracción manual de placenta se realiza siempre bajo anestesia				4		4
8.1.21	Se realizan reparaciones de laceraciones vaginales, perineales o cervicales de acuerdo a estándares con anestesia					5	5

8.1.22	Para la hemorragia pos-parto la paciente es remitida dentro de la primera hora de reconocida la complicación					5	5
8.1.23	En casos de hemorragia, el personal, en los primeros 30 minutos realiza cada uno de los siguientes pasos: Hemoclasiación Reserva de hemoderivados Transfusión de sangre o glóbulos rojos					5	5
8.1.24	Existe mecanismo de comunicación con la entidad reguladora regional o nacional para la remisión					5	5
8.1.25	Existe disponibilidad permanente de médico, enfermera o paramédico para la remisión, cuando es necesario					5	5
8.1.26	La institución garantiza siempre el traslado a un establecimiento de referencia o mayor complejidad para las pacientes con hemorragia obstétrica si es necesario					5	5
8.1.27	Existe disponibilidad de transporte medicalizado inmediato para la remisión si es necesario					5	5
8.1.28	Existe un establecimiento de referencia que pueda servir como apoyo en caso de una emergencia					5	5
8.1.29	El sistema de comunicación de la institución permite que la remisión se efectúe en un plazo igual o inferior a 30 minutos a partir de la solicitud de remisión si es necesario					5	5
8.1.30	Existen consentimientos informados para procedimientos e intervenciones médicas en la hemorragia obstétrica					5	5
8.1.31	Se tienen claramente identificados los casos de hemorragia obstétrica para análisis individual					5	5
8.1.32	Se realiza el análisis individual de caso enfocado en la seguridad clínica			3			3
8.1.33	Se realiza al menos cada año la evaluación de la capacidad de respuesta institucional para la atención de la hemorragia obstétrica			3			3
8.1.34	Se pueden verificar planes de mejora institucional para la atención de la hemorragia			3			3

	obstétrica						
8.1.35	Se dispone de indicadores que permitan evaluar la calidad del manejo y la referencia de la hemorragia obstétrica			3			3
8.1.36	La incidencia de hemorragia postparto menor al 4% en la institución			3			3
8.1.37	La incidencia de desgarro vaginal grado IV es menor al 8%			3			3
8.1.38	Existe un sistema de vigilancia de morbilidad materna externa			3			3
8.1.39	Cuentan con indicadores obtenidos a partir de la VMME			3			3
8.1.40	El índice de mortalidad o tasa de letalidad por hemorragia obstétrica es menor del 3% en la institución			3			3
8.1.41	La relación MME/MM para hemorragia obstétrica es mayor de 40 en la institución			3			3
8.1.42	La relación criterios/caso para hemorragia obstétrica es mayor de 3 en la institución			3			3
8.1.43	Están disponibles en la institución los indicadores actualizados al último mes ya concluido			3			3
TOTAL DEL SUBCRITERIO							181

Oportunidades de Mejora

Consideraremos oportunidades de mejora todos aquellos criterios con calificaciones de 1 y 2, inferiores a un 40% de desarrollo. No se tienen criterios con niveles bajos de desarrollo. Las oportunidades de mejora están asociadas a maduración de los procesos actuales en las condiciones ya referidas en criterios anteriores y a la socialización de los resultados en tableros de gestión.

Conclusiones y recomendaciones

El Hospital Nacional de Maternidad es la institución con el mejor resultado obtenido hasta ahora en la aplicación de VCE en El Salvador y en Centro América. Se evidencia una organización en proceso de desarrollo y maduras, con una infraestructura que favorece la prestación de servicios y atención de pacientes en condiciones óptimas. Sin embargo tiene aún un camino largo por recorrer hasta llegar a condiciones ideales de procesos de certificación internacional.

Tabla 12. Consolidado de resultados

	NIVEL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Puntuación Obtenida	Porcentaje de Desarrollo
Criterio 1	Infraestructura y Ambiente Físico	280	75,68%
Criterio 2	Dotación y Recursos Materiales	180	75,00%
Criterio 3	Recurso Humano	106	73,10%
Criterio 4	Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros Médicos	114	55,61%
Criterio 5	Calidad y Mejoramiento Continuo	85	54,84%
Criterio 6	Gestión y Dirección	100	64,52%
Criterio 7	Educación	34	68,00%
Criterio 8	Procesos Clínicos Hospitalarios HM	181	84,19%
	Total	1080	69,02%

El cumplimiento de estándares es de nivel medio de desarrollo, sin condiciones críticas o de intervención inmediata. Los criterios con menor calificación no requieren de grandes inversiones para una mejora inicial y cambios de resultados. Su infraestructura y dotación nueva es una fortaleza que debe ser mantenida como tal, con gestión del ambiente físico, de lo contrario, con el paso del tiempo puede convertirse en una debilidad y de carácter irrecuperable o de difícil gestión.

La calificación de los estándares y criterios esta sustentado en una estructura de enfoque, construcción, implementación, socialización, medición de resultados, planes de mejora, comparación de resultados. Cuando la evaluación no evidencia una construcción documental sólida de procesos, procedimientos, manuales, guías, protocolos, modelos y políticas no se puede obtener una calificación mayor a 3, esta es una de las principales oportunidades de mejora identificadas en el hospital. Debe fortalecer todo su proceso de documentación de estas estructuras en todos los servicios asistenciales y administrativos para alcanzar mejores niveles de calificación.

Si bien es posible adoptar manuales, guías, procesos y procedimientos de otras instituciones o del nivel Ministerial, deben estar construidos en un modelo

documental propio y con la documentación correspondiente del proceso de adopción, además de todos los demás elementos de evaluación como la socialización, la implementación y la medición de resultados. No es suficiente con mostrar, por ejemplo, las guías de manejo del Ministerio de Salud, deben ser construidas en los formatos institucionales, con una justificación de adopción, con la aprobación de los equipos asistenciales de las áreas y de grupos especializados del hospital, tener evidencia de la socialización en todos los servicios y disponibilidad permanente.

Las calificaciones de 3 no significan que no existan evidencias de acciones, por el contrario, se identifican un sin número de acciones tanto asistenciales como administrativas que se realizan periódicamente pero que no están enlazadas a un proceso o un procedimiento, por tanto, no puede garantizar su aplicación de manera uniforme y sistemática para lograr los resultados ideales siempre. Toda actividad realizada en el hospital, tanto asistencial como administrativo, debe estar ligada a una tarea, un procedimiento o un proceso.

Los principales elementos de mejora se asocian a:

1. **Valoración de necesidades de los usuarios:** cuando hablamos de este concepto pretendemos que el hospital construya un modelo de dirección, un modelo de gestión y un modelo de atención centrado en el paciente y sus necesidades garantizando condiciones de calidad, seguridad y satisfacción; centrado en los colaboradores y su desarrollo integral acorde a las competencias definidas en los perfiles necesarios para garantizar procesos con resultados de alto desempeño y eficientes; centrado en una estructura de red de servicios de salud como centro nacional de referencia.
2. **Modelos de atención de centros de excelencia para la atención materno perinatal:** un modelo de atención basado en la valoración de las necesidades de las gestantes, madres y neonatos para garantizar las mejores condiciones posibles, la protección de sus derechos y un impacto sobre la mortalidad materno infantil.
3. **Desarrollo organizacional basado en procesos:** el desarrollo de la institución debe estar sustentado en procesos y procedimientos en todas las áreas y servicios tanto asistenciales como administrativas. Estos procesos deben ser construidos en el marco de un modelo de calidad y mejoramiento continuo, como por ejemplo acreditación de servicios de salud.
4. **Seguridad del paciente:** los modelos de atención, procesos, procedimientos, guías y protocolos deben tener un elemento trazador, la

seguridad del paciente, sustentada en un modelo de gestión del riesgo, la identificación y acción frente a los eventos adversos, la identificación del paciente y los procedimientos seguros.

5. **Gestión del medio ambiente hospitalario:** la nueva infraestructura y ambientes favorables del hospital requieren de procesos de gestión del ambiente hospitalario de alto nivel que van desde la identificación de las necesidades de mejora hasta el manejo de los residuos biológicos hospitalarios.
6. **Gestión del recurso humano:** el modelo de dirección del hospital debe contemplar como una de sus principales líneas de acción el fortalecimiento de su recurso vital, sus colaboradores, mediante la construcción de perfiles de cargos por procesos y la identificación y fortalecimiento de las principales competencias requeridas por dichos perfiles.

Tabla 13. Consolidado de subcriterios.

CONSOLIDADO		
1.1	CONDICIONES GENERALES AF	77,22%
1.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS AF	88,75%
1.3	CONDICIONES DE SEGURIDAD AF	72,50%
1.4	GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	58,57%
2.1	DOTACIÓN GENERAL DRM	80,00%
2.2	DOTACIÓN ESPECÍFICA DRM	94,55%
2.3	MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	61,82%
2.4	GESTIÓN DE LOS RECURSOS FÍSICOS	61,82%
3.1	CONDICIONES GENERALES RH	77,14%
3.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS RH	87,50%
3.3	GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	62,86%
4.1	CONDICIONES GENERALES PP	55,00%
4.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS PP	65,00%
4.3	GESTIÓN DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS	47,69%
5.1	CONDICIONES GENERALES CMC	52,00%
5.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN	50,91%
5.3	GESTIÓN DE LA CALIDAD	62,00%
6.1	CONDICIONES GENERALES GD	65,88%
6.2	GESTIÓN DE RED DE SERVICIOS	60,00%
6.3	GESTIÓN DE ATENCIÓN SEGURA MATERNO INFANTIL	64,44%
7.1	CONDICIONES GENERALES ED	73,33%
7.2	CONDICIONES ESPECÍFICAS ED	60,00%
8.1	CONDICIONES ESPECÍFICAS	84,19%

AF: Ambiente Físico. DRM: Dotación y Recursos Materiales. RH: Recursos Humanos. PP: Procesos Prioritarios. CMC: Condiciones de Calidad. GD: Gestión y Desarrollo. ED: Educación

La tabla resumen de subcriterios demuestra igualmente que no existen elementos críticos dentro del desarrollo de la institución; sin embargo, los subcriterios con menor calificación corresponde a procesos prioritarios y calidad, que se asocian directamente a los resultados asistenciales, el riesgo durante la atención de los

pacientes y la satisfacción de los usuarios, por tanto son prioritarios para su intervención.

El Hospital es una organización en un proceso de maduración, con un nivel de desarrollo medio sustentado en infraestructura y tecnología adecuada para garantizar la atención de sus pacientes en condiciones óptimas; sin embargo, su condición de Hospital de Referencia Nacional, centro docente asistencial y especializado en atención materno perinatal aumenta el nivel de exigencia al máximo. Los niveles de desarrollo ideales mínimos por encima de una calificación VCE del 70% pueden ser alcanzados en este momento con un plan de intervención a mediano plazo, entre 12 y 18 meses, con bajos niveles de inversión financiera pero con un alto compromiso de los niveles directivos, como es evidente, y de sus equipo base de líderes.

VCE tiene una segunda fase en su metodología que permite la construcción de los planes de intervención y mejora para las oportunidades de mejora identificados en el proceso de evaluación realizado. Si la institución considera que la valoración refleja su realidad y que las oportunidades de mejora podrán aportar a su desarrollo institucional puede desarrollarse la segunda fase del proceso.

Oportunidades de mejora para intervención primaria

Un gran número de oportunidades de mejora fueron discutidas directamente en el campo de evaluación con la Dirección Médica del Hospital referenciando los posibles riesgos en la atención del paciente o en el desempeño del Hospital, planteando algunas soluciones acorde a las condiciones institucionales. La metodología cuenta con un proceso de análisis de las oportunidades de mejora, con valoración de priorización acorde a las condiciones y viabilidad de intervención. Esta segunda fase es desarrollada con el equipo de alta gerencia del Hospital en una semana de trabajo y permitirá la construcción del plan de intervención y mejora.

Considerando que existe una segunda fase de aplicación de la metodología, se pueden realizar intervenciones primarias de oportunidades prioritarias y que no precisan una estructura de planeación de alto nivel:

- Identificación del paciente: revisión del procedimiento de identificación del paciente y los instrumentos utilizados.

- Orden y aseo: implementación de una campaña de orden y aseo institucional bajo modelos de 5S o cualquier otra metodología de cuidados de puestos de trabajo y mejora de ambiente hospitalario.
- Carros de paro: revisión de los carros de paro, definición de contenidos y procesos de uso y cuidados.

Propuesta de intervención

La propuesta de intervención considera los siguientes elementos:

- Construcción de plan de acción para un año con el objetivo de mejorar las condiciones de criterios de procesos prioritarios y calidad.
- Construcción de modelos de gestión, de atención y de calidad con el equipo directivo.
- Capacitación del equipo directivo en planeación estratégica y gestión por resultados.
- Consolidación de estructura organizacional para el inicio de procesos de acreditación nacional o internacional en servicios de salud.

La viabilidad de la propuesta de intervención está dada por la decisión del equipo directivo del hospital, la autorización del Nivel Ministerial y los términos de cooperación de OPS en el país.

Anexo 1. Archivo fotográfico de reuniones



Presentación de resultados al equipo directivo del hospital. Coordina espacio de trabajo: Lic. Hernán Luque. Presentación: Dr. Edgar Gallo. Consultor.



Equipo de consultores de calidad de MINSAL en proceso de entrenamiento. Coordinado por la Dra. Claudia Suarez.