

POSIBLES PREGUNTAS DEL EXAMEN DEL PREMIO DISTRITAL DE GESTION EN SALUD

1. DENTRO DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN, EL ESTÁNDAR DE DIRECCIONAMIENTO HACE PARTE DE:

- a). Estándares para IPS de servicios hospitalarios
- b). Estándares para IPS de servicios ambulatorios
- c). Estándares para los laboratorios clínicos
- d). Estándares para los servicios de Imagenología
- e). **Todas las anteriores X**

2. EL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL DEBER SER PUBLICADO, CONOCIDO E INTERPRETADO POR:

- a). **Todos los usuarios del Hospital X**
- b). Proveedores
- c). Partes interesadas
- d). Parte asistencial
- e). Ninguna de las anteriores

3. LAS PERSONAS RESPONSABLES DE DISEÑAR, AJUSTAR Y CONTROLAR LOS PROCESOS EN EL HOSPITAL SON:

- a). Los miembros de la Junta Directiva
- b). El gerente y su equipo directivo
- c). La oficina de gestión pública o control organizacional
- d). **El equipo de personas que ejecutan el proceso X**
- e). Todas las anteriores

4. EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS PROCESOS EN EL HOSPITAL SE REALIZA CON EL OBJETIVO DE:

- a). Exigencias del gerente y oficinas asesoras
- b). Exigencias de la Controlaría u otras IAS
- c). **Identificar fallas y desviaciones en la prestación del servicio y mejorarlas X**
- d). Ninguna de las anteriores
- e). Todas las anteriores

5. EL PERSONAL DE SALUD O CUALQUIER PERSONA QUE TRABAJE EN EL HOSPITAL, PUEDE DAR A CONOCER OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO QUE APORTEN A LOGRAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.

VERDADERO X FALSO _____

6. EN EL HOSPITAL DEBE EXISTIR UN PROCESO PARA IDENTIFICAR, GARANTIZAR Y CUMPLIR CON EL RESPETO A LOS CLIENTES O CÓDIGO DE ÉTICA.

VERDADERO FALSO

7. EL RESPETO POR LOS CLIENTES DE LA ORGANIZACIÓN DEBE INCLUIR:

- a). Dignidad personal
- b). Privacidad
- c). Seguridad
- e). **Todas las anteriores X**
- f). Ninguna de las anteriores

8. EL CÓDIGO DE ÉTICA ES UN INSTRUMENTO QUE SE ELABORA PARA BUSCAR Y CONTRIBUIR A QUE NO EXISTAN ABUSOS O MALTRATOS HACIA EL USUARIO, PACIENTES, FAMILIAS, Y ENTRE FUNCIONARIOS.

VERDADERO FALSO

9. EL CÓDIGO DE ÉTICA O BUEN GOBIERNO ES ELABORADO POR EL GERENTE Y SE IMPARTEN DIRECTRICES PARA SU CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO.

VERDADERO FALSO

10. EN UN HOSPITAL, TODAS LAS PERSONAS QUE TRABAJAN DEBEN TENER CLARO LOS SERVICIOS, HORARIOS Y SEDES DONDE SE PRESTAN LOS SERVICIOS DE SALUD.

VERDADERO FALSO

11. DENTRO DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN, EL ESTÁNDAR DE GERENCIA HACE PARTE DE:

- a). Estándares para IPS de servicios hospitalarios
- b). Estándares para IPS de servicios ambulatorios
- c). Estándares para los servicios de Imagenología
- d). Estándares para los servicios de habilitación y rehabilitación
- e). **Todas las anteriores X**

12. EL HOSPITAL DEBE CONTAR CON UN PROCESO SISTEMÁTICO Y PERIÓDICO PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICADAS DE LOS CLIENTES INTERNOS.

VERDADERO FALSO

13. LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE LOS CLIENTES INTERNOS PUEDEN ESTAR CENTRADAS EN:

- a). Calidad de vida del trabajo
- b). Análisis de puestos de trabajo
- c). Definición de escala salarial

- d). Procesos de ingreso, inducción, reinducción
- e). **Todas las anteriores X**

14. EL PROCESO DE PLANEACIÓN DEL RECURSO HUMANO DENTRO DEL HOSPITAL ES IMPORTANTE PARA LOGRAR LA ATENCIÓN DEL CLIENTE ASISTENCIAL EN LAS CONDICIONES DE LOS ATRIBUTOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS.

VERDADERO X FALSO

15. DENTRO DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL ES IMPORTANTE LA GERENCIA DEL RECURSO HUMANO?

SI X NO

16. EL ESTÁNDAR DE GERENCIA DE RECURSO HUMANO TIENE RELACIÓN DIRECTA CON LOS ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL Y EL UNO DEPENDE DEL OTRO?

SI NO X

17. CONSIDERA USTED QUE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL ES IMPORTANTE PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DEL CLIENTE ASISTENCIAL?

SI X NO

18. LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEBE REALIZARSE A PERSONAL DE PLANTA, PERSONAL DE CONTRATO Y PERSONAL CONTRATADO POR OUTSORCING?

SI X NO

19. LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO ES UNA HERRAMIENTA QUE SIRVE PARA VERIFICAR QUE LAS PERSONAS TENGAN LA SUFICIENTE CALIFICACIÓN Y COMPETENCIA PARA EL TRABAJO A DESARROLLAR.

VERDADERO X FALSO

20. DENTRO DE LA CALIFICACIÓN DE COMPETENCIAS O ACTIVIDADES SE DEBE TENER EN CUENTA COMO MÍNIMO LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

- a). Educación y experiencia
- b). Conocimiento y habilidades
- c). Relaciones interpersonales
- d). Habilidades de liderazgo y administrativas
- e). **Todas las anteriores X**

21. LOS PLANES DE CAPACITACIÓN, BIENESTAR E INCENTIVOS ESTABLECIDOS EN UN HOSPITAL DEBEN SER MONITOREADOS PERIÓDICAMENTE PARA VERIFICAR SU CUMPLIMIENTO POR:

- a). **El gerente, directivos y equipo de trabajo**
- b). Por los usuarios
- c). Por la comunidad
- d). Oficina de Recursos Humanos del Hospital
- e). Oficina de Control Interno

22. UNA VEZ TERMINADA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO ES NECESARIO REALIZAR RETROALIMENTACIÓN AL PERSONAL EVALUADO?

SI NO

23. CUANDO UNA PERSONA QUE INGRESA AL HOSPITAL, SE LE HA REALIZADO LA INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO SE CONSIDERA QUE TIENE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE:

- a). Valores institucionales
- b). Misión, visión
- c). Plan estratégico
- d). Estatutos, normas, políticas, regulaciones
- e). **Todas las anteriores**

24. EL HOSPITAL DEBE CONTAR CON UN MECANISMO SEGURO PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DEL PERSONAL QUE TRABAJA EN ÉL?

SI NO

25. LA SEGURIDAD DE LOS REGISTROS DE CONFIDENCIALIDAD DE LOS TRABAJADORES APLICA ÚNICAMENTE PARA EL PERSONAL DE PLANTA.

VERDADERO FALSO

26. LA SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL DE LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LA ARP?

SI NO

27. EL HOSPITAL DEBE ASEGURAR LA SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL DE LOS TRABAJADORES EN COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN CON LA ARP CONTRATADA PARA TAL FIN.

VERDADERO FALSO

28. LA SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL APLICA ÚNICAMENTE PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y NO PARA EL PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y OUTSORCING.

VERDADERO FALSO

29. LOS ACCIDENTES DE TRABAJO TIENEN ALGUNA RELACIÓN CON LOS PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL DEL HOSPITAL?

SI X NO _____

30. LA EVALUACIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL ES UNA HERRAMIENTA QUE PERMITE DAR DATOS PARA DETERMINAR QUÉ PERSONAS PUEDEN PERMANECER EN LA INSTITUCIÓN Y DE CUÁLES SE PUEDE PRESCINDIR.

VERDADERO ___ FALSO X

31. LOS PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DEL AMBIENTE FÍSICO DEBE INCLUIR COMO MÍNIMO PROCESOS DE:

- a). La gerencia de los riesgos físicos
- b). Mantenimiento de la seguridad industrial
- c). Preparación para emergencias y desastres
- d). La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades
- e). **Todas las anteriores X**

32. LOS PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DEL AMBIENTE FÍSICO DEBEN SER CONSISTENTES CON LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES INSTITUCIONALES.

VERDADERO X FALSO _____

33. ES IMPORTANTE QUE EN EL HOSPITAL EXISTA UNA CULTURA DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO NO SOLO ADMINISTRATIVO SINO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?

SI X NO _____

34. ES IMPORTANTE QUE EN EL HOSPITAL EXISTA UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?

SI X NO _____

35. LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CLIENTE ES RESPONSABILIDAD DE:

- a). El comité de infecciones intrahospitalarias
- b). La Secretaria Distrital de Salud
- c). **El Hospital X**
- d). La alcaldía menor
- e). Ninguna de las anteriores

36. LAS GUÍAS DE ATENCIÓN MÍNIMAS QUE SE DEBEN TENER PARA ASEGURAR LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES HACIA EL CLIENTE SON:

- a). Detección temprana alteraciones del desarrollo
- b). Consejería en planificación familiar
- c). Programa ampliado de inmunizaciones

- d). Atención del parto
- e). **Ninguna de las anteriores X**

37. PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ES IMPORTANTE QUE EXISTA UN PROCESO DE RECOLECCIÓN, TABULACIÓN, ANÁLISIS Y REPORTE DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES E INFECCIOSAS?

SI X NO _____

38. USTED CONSIDERA QUE TODO EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN DEBE RECIBIR ENTRENAMIENTO EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES?

SI X NO _____

39. EL PERSONAL DEL HOSPITAL QUE RECIBE ENTRENAMIENTO EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ES:

- a). Personal de enfermería
- b). Personal de enfermería, médico y paramédico
- c). Personal administrativo
- d). **Todo el personal del Hospital X**
- e). Personal asistencial

40. EL HOSPITAL DEBE MANTENER UNA PROGRAMACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD?

SI X NO _____

41. USTED CONSIDERA QUE LA CAPACITACIÓN A LA COMUNIDAD EN USO PRUDENTE DE ANTIBIÓTICOS Y PREVENCIÓN DE AUTOMEDICACIÓN PUEDE AYUDAR A DISMINUIR LOS ÍNDICES DE EVENTOS ADVERSOS?

SI X NO _____

42. EN EL MANEJO DE BIOSEGURIDAD LA CLASIFICACIÓN DE LOS DESECHOS PELIGROSOS O PATÓGENOS DEBE REALIZARSE EN BOLSA DE COLOR:

- a). Gris
- b). **Roja X**
- c). Verde
- d). Blanca
- e). Ninguna de las anteriores

43. EN EL MANEJO DE BIOSEGURIDAD LA CLASIFICACIÓN DE LOS DESECHOS BIODEGRADABLES DEBE REALIZARSE EN BOLSA DE COLOR:

- a). Gris
- b). Roja
- c). **Verde X**
- d). Blanca
- e). Ninguna de las anteriores

44. EN EL MANEJO DE BIOSEGURIDAD LA CLASIFICACIÓN DE LOS DESECHOS RECICLABLES DEBE REALIZARSE EN BOLSA DE COLOR:

- a). Gris **X**
- b). Roja
- c). Verde
- d). Blanca
- e). Ninguna de las anteriores

45. COMO RESULTADO DE LOS EJERCICIOS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES SE DEBE HACER LO SIGUIENTE:

- a). Revisar protocolos de emergencias
- b). Actualizar al personal sobre los protocolos
- c). Documentar sobre el conocimiento de los protocolos
- d). Designar personal para liderar los ejercicios
- e). **Todas las anteriores X**

46. ES NECESARIO QUE EL HOSPITAL CUENTE CON UN PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS SUS EQUIPOS MÉDICOS Y TECNOLÓGICOS Y QUE ESTE SEA EJECUTADO Y MONITOREADO PERIÓDICAMENTE?

SI X NO _____

47. LA RESPONSABILIDAD DE LA ADECUADA, OPORTUNA Y SEGURA CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS MÉDICOS Y TECNOLÓGICOS ES RESPONSABILIDAD DE:

- a). Comité de compras
- b). **Hospital X**
- c). Proveedor que entrega los equipos al Hospital
- d). Todas las anteriores
- e). Ninguna de las anteriores

48. LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIGA ES FUNDAMENTAL PARA FORTALECER LOS ESPACIOS DE DIALOGO Y COMUNICACIÓN PERMANENTE CON LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS.

VERDADERO _____ FALSO X

49. LA CULTURA DEL LAVADO DE MANOS DEBE IMPLEMENTARSE EN:

- a). Personal médico y de enfermería
- b). Personal de apoyo
- c). **Todo el personal del Hospital X**
- d). Personal administrativo
- e). Ninguna de las anteriores

50. LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN EN EL HOSPITAL ESTÁN CONCENTRADAS BÁSICAMENTE EN:

- a). Los procesos de dirección
- b). Los procesos de apoyo
- c). Todos los procesos de la Institución X**
- d). Ninguna de las anteriores
- e). Todos los anteriores

51. DEBEN EXISTIR PROTOCOLOS EXPLÍCITOS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, UNA VEZ ESTA HA SIDO RECOLECTADA E IMPLICA COMO MÍNIMO CONTAR CON LOS SIGUIENTES DATOS:

- a). Tipo de información
- b). Periodicidad
- c). Personal responsable
- d). Todas las anteriores X**
- e). Ninguna de las anteriores

52. EN EL MOMENTO DE LA TRANSMISIÓN O DISTRIBUCIÓN DE LA INFORMACIÓN SE DEBE GARANTIZAR COMO MÍNIMO:

- a). Oportunidad
- b). Facilidad de acceso
- c). Confiabilidad y validez de la información
- d). Confidencialidad y seguridad
- e). Todas las anteriores X**

53. EL ALMACENAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA INFORMACIÓN DEBE CONTEMPLAR COMO MÍNIMO:

- a). Acceso no autorizado
- b). Pérdida de información
- c). Manipulación
- d). Mal uso de los equipos y de la información
- e). Todas las anteriores X**

54. CUANDO SE DETECTAN VARIACIONES NO ESPERADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, SE DEBE REALIZAR:

- a). Informe para la Secretaría Distrital de Salud
- b). Informe para la Contraloría de Bogotá
- c). Diseño de acciones correctivas y preventivas para mejorar el proceso X**
- d). Ninguna de las anteriores
- e). Todas las anteriores

55. LA RESPONSABILIDAD DE CONOCER, ANALIZAR, IDENTIFICAR CAUSAS Y TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS FRENTE A LAS QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS, PACIENTES Y FAMILIAS ES DE:

- a). Equipo directivo
- b). Gerente
- c). Oficina de atención al usuario
- d). Personal orientador, informador o guías de atención
- e). El equipo de salud de cada servicio con apoyo de la oficina de atención al usuario X**

56. LA METODOLOGÍA UTILIZADA POR EL HOSPITAL PARA EVALUAR PERIÓDICAMENTE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEBE SER CONOCIDA E INTERPRETADA POR:

- a). Equipo directivo
- b). Gerente
- c). Oficina de atención al usuario
- d). Personal orientador, informador o guías de atención
- e). **Todo el equipo de salud de cada servicio y/o área administrativa si es del caso X**

57. LOS INDICADORES QUE SE GENERAN DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEBEN SER CONOCIDOS, ANALIZADOS Y MONITOREADOS PERIÓDICAMENTE POR:

- a). El gerente
- b). Equipo directivo
- c). Oficina de Planeación
- d). Oficina de Gestión pública y autocontrol
- e). **El equipo de trabajo de cada servicio o área administrativa con apoyo de la Oficina de planeación y/o calidad del Hospital X**

58. EN ACREDITACIÓN UN TRABAJADOR DEL HOSPITAL PUEDE DAR A CONOCER OPORTUNIDADES DE EN ACREDITACIÓN LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE LAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS O SERVICIOS DE SALUD DEBEN SER IDENTIFICADAS POR:

- a). Oficina de Planeación
- b). Oficina de Gestión pública y autocontrol
- c). Oficina de Atención al Usuario
- d). **Cualquier trabajador del Hospital del área administrativa o asistencial X**
- e). Gerencia

59. LOS INDICADORES QUE SE GENERAN DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEBEN SER CONOCIDOS, ANALIZADOS Y MONITOREADOS PERIÓDICAMENTE POR:

- a). El gerente
- b). Equipo directivo
- c). Oficina de Planeación
- d). Oficina de Gestión pública y autocontrol
- e). **El equipo de trabajo de cada servicio o área administrativa con apoyo de la Oficina de planeación y/o calidad del Hospital X**

60. LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEBE TENER EL EVENTO ADVERSO SON?

- a. Que sea Involuntario
- b. Que este Asociado a la atención en salud
- c. Que no este asociado a la enfermedad del paciente
- d. Que sea producto de la ocurrencia de un conjunto de riesgos"
- e). Ninguna de las anteriores
- f). **Todas las anteriores**

61. LA ENTIDAD ACREDITADORA CONTRATADA POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA ES?

- a). Secretaria Distrital de Salud

- b). Ministerio de la Protección Social
- c). ICONTEC X**
- d). Todas las anteriores

62. EL PLAZO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN VENCE EN?

- a). Diciembre 18 de 2008
- b). Diciembre 31 de 2008
- c). Diciembre 8 de 2008
- d). Enero 1 de 2009
- e). Ninguna de las anteriores X**

63. PARA QUE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD PUEDA ACCEDER A LA ACREDITACIÓN ES NECESARIO

- a). Estar certificado para la Habilitación X**
- b). Estar libre de quejas y demandas
- c). No tener investigaciones fiscales ni disciplinarias
- d). Todas las anteriores

64. LA CERTIFICACIÓN DE HABILITACIÓN PARA ACCEDER A LA ACREDITACIÓN ES DE CARÁCTER?

- a). Obligatoria X**
- b). Voluntaria
- c). Básica

65. CUANDO OCURRE UN EVENTO ADVERSO, EL MANEJO DEL PACIENTE DEBE ESTAR ORIENTADO HACIA:

- a). Explicarle al paciente que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
- b). Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso
- c). Que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
- d). Presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del Evento Adverso"
- e). Todas las anteriores X**
- f). Ninguna de las anteriores

66. EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN APLICA PARA:

- a). EPS
- b). IPS
- c). Empresas de medicina prepagada
- d). Todas las anteriores X**
- e). Empresas de salud del sector público

67. CUANTOS SON LOS GRUPOS DE ESTÁNDARES APLICABLES A LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL?

- a). 10
- b). 9
- c). 11 o 12 según los servicios X**
- d). 15

68. CUAL ES LA NORMA QUE ESTABLECE EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN?

- a). Ley 872 de 2003
- b). Resolución 1043 de 2006 X**
- c). Decreto 1599 de 2005
- d). Resolución 1445 de 2006
- e). Resolución 1446 de 2006

69. CUAL ES LA NORMA QUE ESTABLECE EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN?

- a). Ley 872 de 2003
- b). Resolución 1043 de 2006
- c). Decreto 1599 de 2005
- d). Resolución 1445 de 2006 X**
- e). Resolución 1446 de 2006

70. CUAL ES LA NORMA QUE ESTABLECE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE CALIDAD?

- a). Ley 872 de 2003
- b). Resolución 1043 de 2006
- c). Decreto 1599 de 2005
- d). Resolución 1445 de 2006
- e). Resolución 1446 de 2006 X**

71. EL CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN INICIA CON:

- a). Decisión del nivel directivo
- b). Autoevaluación"
- c). Planes de Mejoramiento
- d). Empoderar al personal
- e). Evaluación del desempeño
- f). Todas las anteriores
- g). a) y b) Únicamente X**

72. PARA QUE TIPO DE IPS ES OBLIGATORIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACREDITACIÓN?

- a). Hospitales públicos
- b). Hospitales Universitarios
- c). Todas las entidades de salud
- d). Todas las entidades de carácter público
- e). Todas las anteriores
- f). a) y b) Únicamente X**

73. CUANTOS SON LOS GRUPOS DE ESTÁNDARES APLICABLES AL SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN?

- a). 10
- b). 9 X**
- c). 11 o 12 según los servicios
- d). 15

74. MENCIONE LAS DIMENSIONES QUE SE CONTEMPLAN EN LA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

- a). Enfoque
- b). Implementación
- c). Resultado
- d). Todas las anteriores X**
- e). a) y b) Únicamente

75. ENTRE ALGUNOS PASOS PARA DESARROLLAR LA RUTA CRÍTICA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD SE TIENE:

- a. Autoevaluación
- b. Selección y priorización de proceso
- c. Medición inicial del desempeño
- d. Planes de acción o mejora
- e. Ejecución y seguimiento a los planes
- f). Todas las anteriores X**

76. ENTRE ALGUNOS PRINCIPIOS DE CALIDAD SE TIENE:

- a). Enfoque al cliente
- b). Liderazgo
- c). Participación del personal
- d). Enfoque a procesos
- e). Todas las anteriores X**

77. EL MECI Y EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN PARA SU IMPLEMENTACIÓN COMO MÍNIMO REQUIEREN DE LA PARTICIPACIÓN OBLIGATORIA DE:

- a). Todos los colaboradores del Hospital X**
- b). Los usuarios
- c). La Secretaria Distrital de Salud y veeduría Distrital
- d). El Ministerio de la Protección Social