

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**

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

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 _____

7. 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

10. 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

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

VERDADERO ___ FALSO X

4. 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**

6. 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

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

SI X NO _____

9. 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

11. 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

12, 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

14, 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**

16, 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

18, LA ENTIDAD ACREDITADORA CONTRATADA POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA ES?

- a). Secretaría Distrital de Salud
- b). Ministerio de la Protección Social
- c, ICONTEC X**
- d). Todas las anteriores

20, CUANTOS SON LOS GRUPOS DE ESTÁNDARES APLICABLES A LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL?

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

e). Ninguna de las anteriores

13, 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**

15, 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**

17, 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**

19, LA CERTIFICACIÓN DE HABILITACIÓN PARA ACCEDER A LA ACREDITACIÓN ES DE CARÁCTER?

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

21, 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). 15

22, 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

24, 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

26, El contar con una guía o protocolo de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación y presentación ante los compañeros de habitación es un criterio que corresponde al subproceso de _____

- a. Acceso
- b. Evaluación inicial de necesidades al ingreso
- c. Registro para la atención y tratamiento (X)**
- d. Egreso

27, El decreto 1011 de 2006, establece _____

- a. el Sistema Único de Acreditación
- b. el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (x)**
- c. la Unidad Normalizadora en Salud
- d. la Política de Seguridad del Paciente

29. El decreto _____ derogó el decreto 2309 de 2002, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- a. 4295 de 2007
- b. 4110 de 2004
- c. 1011 de 2006 (x)**

- d). Resolución 1445 de 2006
- e). Resolución 1446 de 2006

23, 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**

25, 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

27, El _____ es un documento a través del cual la organización se cerciora de la comprensión de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados.

- a. Protocolo de riesgos
- b. Consentimiento informado (x)**
- c. Manual de buenas practicas
- d. Disentimiento informado

28, El _____ hace parte de una de las estrategias fundamentales en la planeación y preparación para la acreditación.

- a. plan de comunicación (x)**
- b. código de ética
- c. plan de desarrollo territorial
- d. manual del usuario

29, Los _____ del sistema Único de Acreditación son Confidencialidad, eficiencia y gradualidad

- a. Atributos
- b. Principios (x)**
- c. Estándares

d. 1599 de 2005

30. La declaración de los derechos y deberes de los pacientes puede estar contenida en:

- a) **El código de ética de la organización (x)**
- b) Las guías de práctica clínica
- c) El plan de ordenamiento territorial.
- d) Todas las anteriores

32. A partir del Direccionamiento estratégico la organización debe construir:

- a. El Mapa de riesgos ambiental
- b. El plan Estratégico de la organización (X)**
- c. El proceso de atención del paciente
- d. Todas las anteriores

34. Para garantizar el acceso del paciente a los servicios de salud es necesario:

- a. Contar con una central de citas que funcione 24 horas
- b. Informar al usuario sobre los servicios que presta el Hospital(x)**
- c. Asignarle un medico de cabecera
- d. Ninguna de las anteriores

36. Los estándares del Grupo de Atención al Cliente Asistencial incluyen los siguientes grupos de estándares:

- a. Promoción y Prevención
- b. Ambulatorios X**
- c. Farmacia
- d. Todas las anteriores

38., Para prevenir la ocurrencia de eventos adversos, el Hospital debe implementar:

- a. Plan de Gestión
- b. Programa de Auditoria para el mejoramiento
- c. Barreras de Seguridad X**
- d. Ninguno de los anteriores

40. En la Autoevaluación cualitativa se define:

- a. Fortalezas

d. Manuales

31. La planeación del cuidado tratamiento es un subproceso del grupo de estándares de:

- a. Cliente asistencial. (X)**
- b. Direccionamiento
- c. Gestión del Ambiente Físico
- d. Gerencia

33., En nuestro país, la entidad encargada de verificar las condiciones de habilitación de una IPS, es:

- a. La Dirección de Calidad del Ministerio de la Protección Social.
- b. La respectiva Secretaría de Salud (x)**
- c. La Superintendencia Nacional de Salud.
- d. El ICONTEC

35., Como resultado de la Acreditación en Salud se espera que el Hospital:

- a. Incremente la efectividad clínica de los servicios que presta X**
- b. Disminuya el número de quejas e investigaciones por fallas de calidad
- c. Gane el Premio Distrital a la Gestión en salud
- d. Todas las anteriores

37., Los estándares del Grupo de Atención al Cliente Asistencial incluyen los siguientes grupos de estándares:

- a. Hospitalarios X**
- b. Traslado de Pacientes
- c. Urgencias
- d. Todas las anteriores

39. El número total de estándares aplicables a una IPS es:

- a. 291
- b. 302 (x)**
- c. 286
- d. 203

41., Los líderes de la organización frente al plan de direccionamiento estratégico son responsables de la difusión y seguimiento.

Falso ()

b. Fortalezas y oportunidades de mejora (x)

c. Lo que tiene la organización

d. Oportunidades de Mejora

42. El programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se enfoca en los procesos administrativos.

Falso (x)

Verdadero ()

44. En el ciclo PHVA, las letras significan las fases de P: Planear, H: Hacer V: Visualizar y A: Actuar

Falso (x)

Verdadero ()

46. Para la remisión a los servicios de provisión de medicamentos se debe orientar al paciente mínimo sobre:

a) Quién y/o dónde se suministran los medicamentos. X

b) Posibles complicaciones medicamentosas

c) Mecanismos de manifestaciones, quejas y sugerencias

d) Todas las anteriores

48. El proceso de atención se debe monitorear por medio de:

a. Indicadores de desempeño (X)

b. Evaluación de Historias Clínicas

c. Planes de Acción

d. Ninguna de las anteriores

50. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

a. Accesibilidad y oportunidad

b. Accesibilidad, continuidad, y pertinencia

c. Información accesibilidad, pertinencia, continuidad

d. Pertinencia, accesibilidad, continuidad y oportunidad X

52. Seleccione el texto que completa la oración. El propósito de cualquier procedimiento es _____.

a. ejecutar una serie de acciones

Verdadero (X)

43. Los criterios que se deben tener en cuenta para la priorización de oportunidades de mejoramiento son:

a. Seguridad, continuidad, Pertinencia

b. Riesgo, Costo, Volumen X

c. Oportunidad, Riesgo, Impacto

d. Costo, Impacto, Seguridad

45. El proceso de Autoevaluación de Habilitación sirve como insumo de Autoevaluación para el PAMEC

Falso (x)

Verdadero ()

47. En la remisión a servicios ambulatorios de complejidad superior es necesario explicar al paciente la pertinencia del por qué se requiere contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento:

a) En todos los casos X

b) Sólo en casos especiales

c) En ningún caso

d) Según criterios definidos por el Hospital

49. El monitorear el proceso de atención debe redundar en:

a. Procesos de mejoramiento (X)

b. Auditorías de Servicios

c. A y b son ciertas

d. Ninguna de las anteriores

51. Los estándares de gestión de la tecnología están directamente relacionados con:

a. El Programa de Tecnovigilancia

- b. satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios
- c. cumplir con lo previsto en calidad
- d. tener un usuario

54, Un evento adverso _____ es aquel que causa en el paciente daño permanente o muerte.:

- a. trazador
- b. de atención
- c. administrativo
- d. centinela**

56 Los _____ del sistema Único de Acreditación son confidencialidad, eficiencia y gradualidad:

- a. Atributos
- b. Principios**
- c. Estándares
- d. Manuales

58, El Decreto 1011 de 2006, establece _____

- a. El Sistema Único de Acreditación
- b. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud**
- c. La unidad normalizadora en salud
- d. La política de seguridad del paciente

60, Los estándares de acreditación incluyen los siguientes grupos::

- a. Estándares de Gestión de la Tecnología**
- b. Estándares de procesos prioritarios
- c. Estándares de educación continua
- d. Estándares de Egreso del Paciente

90

- a. Falso
- b. Verdadero**

64., Al efectuar consultas directas a la ciudadanía mediante foros, estamos contribuyendo a definir::

- a. La misión de la entidad**
- b. La red de procesos de la entidad

- b. El proceso de atención
- c. El PAMEC
- d. El mejoramiento continuo

53. Seleccione la opción que completa la frase. _____ nos permiten establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso.:

- a. Los planes y programas
- b. Los objetivos
- c. Los indicadores**
- d. Los objetivos de calidad

55., Seleccione el texto que completa la oración. En _____ llevamos el seguimiento y evaluación al cumplimiento de las metas definidas para el período de medición establecido.:

- a. el mapa de procesos
- b. la política de operación
- c. la hoja de vida del indicador**
- d. El manual de procesos y procedimientos

57. Se denomina de esta forma a toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impida el logro de sus objetivos. :

- a. No conformidad
- b. Imprevisto
- c. Riesgo**
- d. Causa

59, Los planes de mejoramiento son una herramienta para:

- a. Evaluar la gestión
- b. Establecer acciones de mejora para corregir desviaciones**
- c. Establecer indicadores de gestión
- d. Analizar el incumplimiento de los procedimientos

61. Los grupos de estándares de acreditación incluyen::

- a. Estándares de Direccionamiento
- b. Estándares de Seguimiento a riesgos
- c. Estándares de Infraestructura
- d. Estándares de direccionamiento, Gerencia, Ambiente Físico**

63, Los estándares de gerencia establecen que la institución debe contar con una plataforma estratégica y con políticas organizacionales.:

- a. Falso**
- b. Verdadero

- c. Los planes y programas que se van a ejecutar
- d. Los formatos

66. Dependiendo de la complejidad de la entidad, es posible agrupar los procesos en::

- a. **Macroprocesos**
- b. Tareas
- c. Actividades
- d. Riesgos

68. LA AUTO EVALUACIÓN ES UN COMPONENTE DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION:

- a). Verdadero.
- b). Falso X

70. ES UN COMPONENTE DEL SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO:

- a) Comunicación pública
- b) Evaluación independiente
- c) Información
- d) **Ambiente de Control. X**

72 LA TRANSPARENCIA ES UN PRINCIPIO DEL MECI:

- a) Verdadero
- b) Falso. X

74. LOS PLANES DE MEJORAMIENTO SON UN COMPONENTE DEL SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

- a) Verdadero
- b) **Falso. X**

76. LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS, ES UN COMPONENTE DEL SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

- a) **Verdadero X**
- b) Falso.

65. Seleccione el texto que completa la oración. El _____ debe contar con un mecanismo de contingencia en caso de presentarse fallas en algún nivel de desarrollo de los procesos.:

- a. plan de mejoramiento institucional
- b. plan de mejoramiento por procesos
- c. plan de mejoramiento individual
- d. **procedimiento**

67, El PAMEC es responsabilidad de la Oficina de Calidad:

- a. Falso
- b. **Verdadero**

69, LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ES UN COMPONENTE DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

- a) Verdadero
- b) Falso. X

71. EL MECI TIENE 15 COMPONENTES:

- a) Verdadero
- b) Falso. X

INSTITUCIONAL PARA APLICAR DE MANERA PARTICIPATIVA AL INTERIOR DE LAS ENTIDADES LOS MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD:

- a) Verdadero
- b) **Falso. X**

75, ES UN COMPONENTE DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

- a) Administración de riesgo
- b) **Autoevaluacion X**
- c) Controles
- d) Estilos de Dirección

78, LA LEY MEDIANTE LA CUAL SE CREA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA RAMA EJECUTIVA DEL PODER PÚBLICO Y EN OTRAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIO ES:

77, ES EL MECANISMO QUE SE UTILIZARÁ PARA EVALUAR, RECONOCER Y EVALUAR LOS AVANCES QUE EN MATERIA DEL SISTEMA DE CALIDAD, HA LOGRADO TANTO LAS ENTIDADES COMO LOS SERVIDORES PÚBLICOS. ESTE OBJETIVO CORRESPONDE A:

- a) Ley 4110 de 2003
- b) **Ley 872 de 2003 X**
- c) Decreto 4110 de 200
- d) Acuerdo 112 de 2004

80 ¿QUÉ DECRETO ESTABLECE LA OBLIGATORIEDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MECI?

- a) Decreto 4110 de 2004
- b) **Decreto 1599 de 2005 X**
- c) Decreto 387 de 2004
- d) Decreto 2170 de 2002

82. CUANTOS COMPONENTES TIENE EL MECI

- a) 12
- b) 15
- c) 7
- d) **9 X**

84, EL RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO EN CADA ENTIDAD ES?

- a) Jefe de Gestión Pública y autocontrol
- b) Todos los colaboradores de la entidad
- c) **Gerente o Representante Legal X**
- d) Todas las anteriores

86, QUIÉNES AUDITAN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN SU ENTIDAD?

- a) La Oficina de Control Interno
- b) Contraloría de Bogotá
- c) Contraloría General de la República
- d) Todas las anteriores
- e) **a) y b) Únicamente X**

- a) Auditoria de calidad
- b) **Premio Distrital de la Calidad. X**
- c) Revisión por parte de la Dirección
- d) Plan de Desarrollo.

79, LA LEY 872 DE 2003 CREA

- a) **El sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva X**
- b) El modelo estándar de control interno
- c) La Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública
- d) El Plan de Gestión Ambiental

81. TANTO EL MECI, COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, EN EL CONJUNTO DE LAS ENTIDADES DISTRITALES, HAN SIDO ARMONIZADOS, CON OTRO DE LOS SISTEMAS RELACIONADOS A CONTINUACIÓN

- a) Carrera administrativa
- b) Bogotá Sin Indiferencia
- c) **PIGA X**
- d) Sistemas de información

83, CUANTOS ELEMENTOS TIENE EL MECI

- a) 25
- b) **29 X**
- c) 28
- d) 20

85, EL MECI Y EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN PUEDEN SER IMPLEMENTADOS EN LA INSTITUCIÓN DE FORMA?

- a) **Paralela X**
- b) En momentos diferentes
- c) Primero uno, luego el otro
- d) Todas las anteriores

88, DOCUMENTO QUE PRESENTA RESULTADOS OBTENIDOS O PROPORCIONA EVIDENCIA DE ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS, CORRESPONDE A REGISTRO:

- a). Verdadero. **X**
- b). Falso

90, LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ES UN COMPONENTE DEL SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

- a) Verdadero
- b) **Falso. X**

92, UNA CONSIGNACIÓN DILIGENCIADA ES UN:

- a) Documento
- b) Control de Documentos
- c). Control de registros
- d). **Registro. X**

94, CÚAL ES EL PLAZO DADO POR LA NORMATIVIDAD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- a) 1 año
- b) 3 años
- c) **4 años X**
- d) 5 años

96, EL MAPA DE PROCESOS ES UNO DE LOS RESULTADOS DEL SGC:

- a) **Verdadero X 4.1**
- b) Falso.

87, EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO DEBE SER ADOPTADO MEDIANTE

- a) **Acto administrativo X**
- b) Carta dirigida a la Secretaria Distrital de Salud
- c) Expresión abierta del gerente
- d) Todas las anteriores

89 UNA CONSIGNACIÓN DILIGENCIADA ES UN DOCUMENTO:

- a) Verdadero
- b) **Falso. X**

91, UNA NECESIDAD ES

- a). La inconformidad frente a un bien o servicio prestado por una entidad
- b). La inconformidad frente a un servidor que presta
- c). Algo más que se quiere sobre un bien o servicio
- d). **El requerimiento básico sobre un bien o servicio. X**

93, EL PLAZO DADO POR LA NORMATIVIDAD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ES DE 4 AÑOS

- a) **Verdadero X**
- b) Falso.

95, EL SGC PERMITE CAMBIAR LA FORMA DE TRABAJO DE FUNCIONES A PROCESOS

- a) **Verdadero X**
- b) Falso.

98, EL NUMERAL 7 DE LA NTCGP SE DENOMINA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO

- a) Verdadero **X**
- b) Falso.

100, UNA CONSIGNACIÓN EN BLANCO (FORMATO) ES UN DOCUMENTO

- a) Verdadero
- b) Falso. **X**

102. CUÁL ES LA ENTIDAD A NIVEL DISTRITAL QUE ORIENTA Y COORDINA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD?

- a) **Secretaría General X**
- b) Veeduría Distrital
- c) Secretaria de Hacienda
- d) Planeación Distrital

104. CUANTAS ETAPAS SE DEFINIERON EN EL CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ESTABLECIDO POR LA DIRECTIVA 004 DE 2005

- a) 6
- b) 4
- c) 8
- d) **5 X**

106. ES EL CONJUNTO DE ACCIONES TOMADAS PARA ELIMINAR LA(S) CAUSAS(S) DE UNA NO CONFORMIDAD DETECTADA U OTRA SITUACIÓN INDESEABLE

- a) Acción preventiva
- b) **Acción correctiva X**
- c) Control de producto no conforme
- d) Auditoría interna de calidad

97, EL NUMERAL 6 DE LA NTCGP, SE DENOMINA RECURSOS

- a) Verdadero **X**
- b) Falso.

99, LA QUEJA ES UNA INCONFORMIDAD, FRENTE A UN SERVIDOR QUE PRESTA UN BIEN O SERVICIO.

- a) Verdadero **X**
- b) Falso.

101, DISTRITO CAPITAL ADOPTÓ SISTEMA DE GESTIÓN CALIDAD MEDIANTE

- a) Ley 872 de 2004
- b) Decreto 4110 de 2004
- c) **Acuerdo 122 de 2004 X**
- d) Decreto 387 de 2004

103. CUÁL DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS NO SE ENCUENTRAN COMO OBLIGATORIOS EN LA NTCGP 1000:2004

- a) Control de documentos
- b) Acciones correctivas
- c) Tratamiento del producto y/o servicio no conforme
- d) **Medición análisis y mejora X**

105, ES EL CÓMO DEL PROCESO, SE ENCUENTRA CONSTITUIDO POR ACTIVIDADES, TAREAS, Y BRINDA EL MARCO ESPECÍFICO DEL QUEHACER DIARIO. ESTA DEFINICIÓN CORRESPONDE A

- a) **Procedimiento X**
- b) Actividades
- c) Tareas
- d) Manual

108. ES LA INFORMACIÓN Y SU MEDIO SOPORTE

- a) Registro
- b) **Documento X**
- c) Información
- d) Gestión documental

110. DOCUMENTO QUE PRESENTA RESULTADOS OBTENIDOS O PROPORCIONA EVIDENCIA DE ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS

- a) Documento
- b) Información
- c) Comunicación
- d) **Registro X**

112. DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ENUNCIADOS, ESTABLEZCA CUAL ES OBLIGATORIO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA NTCGP 1000:2004

- a) Almacén
- b) Contabilidad
- c) Control interno
- d) **Auditorías internas X**

114. LA CARACTERIZACIÓN DEL BIEN O SERVICIO ES UN RESULTADO DE LA PLANIFICACIÓN

- a) Operativa
- b) Estratégica
- c) **Del sistema de gestión X**
- d) De la mejora

107. ES EL CONJUNTO DE ACCIONES TOMADAS PARA ELIMINAR LA(S) CAUSA(S) DE UNA NO CONFORMIDAD POTENCIAL U OTRA SITUACIÓN POTENCIALMENTE INDESEABLE

- a) Acción correctiva
- b) Control de producto no conforme
- c) Auditoría interna de calidad
- d) **Acción preventiva X**

109. EL PROCESO DE LA OFB QUE PLANIFICA E IMPLEMENTA ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA PARA ASEGURAR LA CONFORMIDAD Y EFICACIA DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL ES

- a) Planeación estratégica y gestión de proyectos
- b) **Mejora continua X**
- c) Comunicación estratégica
- d) Auditoría interna

111. ES UNO DE LOS RESULTADOS DE LA PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

- a) **Mapa de procesos X**
- b) Portafolio de bienes y servicios
- c) Plan de auditoría
- d) Programa de auditoría

113. NTC GP SIGNIFICA

- a) Norma técnica colombiana para la gestión pública
- b) Norma de calidad pública
- c) **Norma técnica de calidad para la gestión pública X**
- d) Norma técnica de calidad

116. LOS CONCEPTOS DE EFICIENCIA, EFICACIA Y EFECTIVIDAD, SON APLICABLES

A:

- a). Sistema de Gestión de la Calidad
- b). MECI
- c). Habilitación
- d). a) y b) Únicamente X
- e). Ninguna de las anteriores

118, En seguridad del paciente, una falla latente es:



Fallas en los sistemas de soporte



Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación de un incidente o un evento adverso



Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso



Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño

120, ¿Qué entidad aprobó la acreditación internacional para el Sistema de Acreditación en Salud del ICONTEC? :



Joint Comisión



ISQua



Federación Internacional de Acreditación en Salud



Ministerio de la Protección Social

122, Desde el ámbito de lo público, la solidaridad adquiere un sentido especial ya que



Una de las finalidades del Estado es asegurar que lo particular prime sobre lo colectivo



Una finalidad del Estado es proteger la patria



Una de las finalidades del Estado es garantizar el bienestar colectivo



Promueve una Administración pública más humana

115. EL RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL HOSPITAL ES?

a). El gerente o representante legal de la entidad X

- b). Equipo directivo
- c). Oficina de Planeación
- d). Oficina de Gestión pública y autocontrol
- e). Todas las anteriores

117. EL ENFOQUE BASADO EN PROCESOS ES UN PRINCIPIO DE

a). Gestión de la calidad X

b). Acreditación

c). Habilitación

d). Exigencia Interna del Hospital

119, El Sistema Único de Acreditación se constituye en una oportunidad para las instituciones porque:



Permite a las instituciones avanzar hacia el logro de estándares superiores de la calidad en salud



Establece un mecanismo de control de primer orden



Permite cumplir con lo que pide Secretaría de Salud en sus visitas

121, Se busca garantizar la privacidad del paciente durante la atención, para crear un ambiente de confianza paciente-profesional tratante. :



VERDADERO



FALSO

124, La Resolución 2181 de 2008 manifiesta que a partir del 18 de junio de 2008 a las entidades públicas del sector salud les obliga la aplicación del ciclo de preparación para la acreditación:



VERDADERO
FALSO

126, Si una IPS presta servicios de Urgencias y de Consulta Externa debe implementar los estándares ambulatorios y hospitalarios:



VERDADERO
FALSO

128, La Junta de Acreditación dentro del Sistema Único de Acreditación:



Es la máxima instancia en el proceso de otorgamiento de la Acreditación.

- Define el alcance de los estándares y plantea nuevos requisitos.
- El organismo de control encargado de realizar las visitas de verificación de cumplimiento de los estándares.
- El organismo que define la política de seguridad del paciente
- El marco del Sistema Único de Acreditación

123, De acuerdo con el documento de servicio al ciudadano en el Distrito Capital, la filosofía de servicio al ciudadano es que los ciudadanos(as) son nuestra razón de ser. :



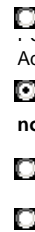
VERDADERO
FALSO

125, Es la norma que define el Sistema Único de Acreditación:



Decreto 1011 de 2006
Resolución 1446 de 2006
Resolución 1043 de 2006
Resolución 1445 de 2006

127, En la Administración distrital la solidaridad es un valor fundamental, porque supone:



... tener en marcha mecanismos adecuados de información y comunicación entre la ciudadanía y la Administración distrital

Tener conciencia de la existencia de las otras y de los otros, y en especial, de quienes no han recibido atención del Estado para mejorar sus condiciones de vida

Tolerar las diferencias culturales, políticas, sexuales, morales de los ciudadanos

Promover políticas públicas que aseguren un mejor servicio al ciudadano

130, En qué numeral de la hoja radar se debe ubicar la organización para empezar a calificar? :

- En el tres
- En el cinco
- En el uno
- En el dos

132, De acuerdo con el documento de servicio al ciudadano en el Distrito Capital, uno de los objetivos de la Dirección Distrital de Servicio al Ciudadano es :

- Garantizar la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios a la ciudadanía**
- Brindar información telefónica, chat y correo electrónico sobre trámites y servicios
- Optimizar los procesos jurídicos y de talento humano en las entidades distritales
- Garantizar la calidad y la inoportunidad en la prestación de los servicios a los usuarios

134, Como mecanismo para la evaluación del tratamiento efectuado durante la atención en salud a los pacientes, el hospital realiza análisis de eventos adversos, auditoría de historias clínicas, evaluación de adherencia a guías y protocolos de manejo clínico. :

- VERDADERO
- FALSO

129, Los estándares de Mejoramiento Continuo de la Calidad evalúan los siguientes aspectos:

- La construcción del plan de mejoramiento
- La implementación de las acciones definidas en el plan
- El monitoreo de los procesos y su mejoramiento
- La elaboración, implementación y monitoreo del plan de mejoramiento, así como la socialización de los resultados de mejoramiento**

131, Estandarizar procesos significa:

-
- Una actividad sistemática para establecer y utilizar, a través de mecanismos de formalización y documentación, los procesos que han sido mejorados**
- Buscar la unanimidad y no el ejercicio de la argumentación centrada en la experiencia
- Comparar con las mejores prácticas

133, La falta de planes de capacitación, inducción entrenamiento para el talento humano afecta el proceso de Acreditación pero no el de MECL.:

- VERDADERO
- FALSO

136, Algunos de los requisitos para la acreditación son:

- Demostrar niveles superiores de calidad
- Garantizar mayor seguridad de la atención
- Fortalecer la estructura, los procesos y los resultados
- Demostrar niveles superiores de calidad, garantizar mayor seguridad de la atención y, fortalecer la estructura, los procesos y los resultados.**

138, Una estrategia para profundizar la cultura institucional de seguridad del paciente es:

- La ronda de seguridad**
- El carácter punitivo en la vigilancia de la ocurrencia de eventos adversos
- Ocultar la ocurrencia de los eventos adversos
- No informarle al paciente lo ocurrido

140, Los requisitos que deben cumplir los insumos que son utilizados en el proceso de toma y almacenamiento de las muestras son:

- d. Todas las anteriores
- a. Debidamente marcados y separados, acorde con la identificación del paciente.**
- Garantizar un procedimiento de información sobre proceso donde se diga cómo se realiza la marcación de elementos.
- Incluir la descripción de los acrónimos y no se debe aceptar el uso de siglas

135, Una barrera de seguridad es:

- El conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y zar la progresión de una falla a la producción de al paciente, con el propósito de prevenir o
- La desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento
- El aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso
- Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.**

137, De acuerdo con el documento de servicio al ciudadano en el Distrito Capital, a través del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control se puede consultar :

- El cumplimiento de condiciones sanitarias, ambientales o de seguridad industrial**
- Reclamos, quejas, sugerencias, solicitudes de información, derechos de petición.
- La contratación estatal
- Convocatorias de empleo público

139, Una medición obligatoria en el subproceso de espera previo a la atención de los estándares asistenciales es:

- Evaluación de desempeño
- Seguimiento a los tiempos en sala de espera**
- Evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica
- Seguimiento a la adherencia al proceso de recepción

142, Medición, análisis y mejora es un proceso obligatorio de acuerdo a la NTCGP 1000:2004.

- Falso
- Verdadero

144, El numeral 6 de la NTCGP se denomina Realización del producto o prestación del servicio.

- Verdadero
- Falso

146, Dentro del componente de planes de mejoramiento se encuentra:

- Controles
- Indicadores
- Políticas de operación
- Plan de mejoramiento por procesos

148, El numeral 8 de la NTCGP se denomina Realización del producto o prestación del servicio.

- Verdadero
- Falso

150, Los tipos de procesos relacionados en la NTCGP 1000:2004 son los estratégicos, misionales, apoyo y evaluación.

- Falso
- Verdadero

141, La evaluación del sistema de control interno y su posterior plan de mejoramiento son parte del subsistema de:

- Gestión
- Es un elemento común a todos los subsistemas
- Evaluación
- Estratégico

143, Todo resultado de los exámenes de laboratorio clínico o imágenes diagnósticas debe quedar registrado en la Historia Clínica del paciente.

- Falso ()
- Verdadero ()

145, Las acciones requeridas por la monitorización de sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y quejas de los usuarios son::

- Todas las anteriores
- Consolidación
- Formulación de acciones de mejoramiento
- Análisis

147, El numeral 4 de la NTCGP se denomina:

- Recursos
- Responsabilidad de la dirección
- Requisitos generales del sistema de gestión de calidad
- Realización del producto o prestación del servicio

149, Los miembros de la junta directiva deben conocer e interpretar los estándares de acreditación, en especial los de dirección, EXCEPTO los estándares de atención al cliente asistencial.

- Falso
- Verdadero

152 En el ciclo de preparación para la acreditación se realiza evaluación externa?:

- Verdadero
- Falso

154, La identificación y respuesta de las necesidades relacionadas con el ambiente físico son generadas única y exclusivamente por los procesos de atención al cliente externo.

- Verdadero
- Falso

156, Quién o quiénes son los responsables de llevar a cabo los controles de los procesos?:

- Todos los funcionarios de la entidad
- Jefe de Control Interno
- Representante Legal
- Equipo MECI

158, Una forma de asegurar la confidencialidad frente a la información del paciente es::

- Ninguna de las anteriores
- Mediante una política de confidencialidad
- Respeto por la dignidad
- Respeto por la privacidad

160, De los siguientes procedimientos enunciados, establezca cuál es obligatorio, de acuerdo con lo establecido en la NTCGP 1000:2004:

- Dirección estratégica
- Acciones preventivas
- Evaluación del desempeño
- Clima organizacional

151, Para la consecución del consentimiento informado, al paciente o persona responsable se le debe informar sobre:

- Equipo y/o profesionales tratantes
- Implicaciones de no realizarse el tratamiento o procedimiento sugerido
- Riesgos de la atención y posibles complicaciones
- Todas las anteriores

153, Un mapa estratégico es la representación gráfica de los planes y programas de la entidad?:

- Falso
- Verdadero

155, Es un componente del subsistema de control estratégico::

- Administración de riesgos
- Planes de mejoramiento
- Indicadores
- Medios de comunicación

157, Es un componente del subsistema de control de gestión:

- Planes de mejora
- Administración del riesgo
- Información
- Estructura organizacional

159, El modelo estandarizado de control interno, está reglamentado en::

- Resolución 594 de 2004
- El decreto 1599 de 2005
- Ley 87 de 1993
- Decreto 1955 de 2004



162, Medios de comunicación son un componente del subsistema de control estratégico.

- Falso
- Verdadero

164, El instrumento necesario para garantizar la supervivencia de las entidades en un entorno complejo e incierto es:

- Gestión de riesgos
- Todas las anteriores
- Mapa de procesos
- Procedimientos

166, El responsable de aprobar el plan de auditoría de calidad es el Representante de la Gerencia de la entidad.

- Falso
- Verdadero

168, Un indicador se define como:

- a. El mecanismo para evaluar el logro de los objetivos estratégicos vs metas
- El instrumento para cuantificar y cualificar las metas
- c. El resultado de la suma de las diferentes acciones llevadas a cabo por una entidad
- Ninguna de las anteriores.

170, Es un componente del subsistema de control de gestión::

- Planes de mejora
- Administración del riesgo
- Información
- Estructura organizacional



161, Las quejas y reclamos son fuentes de información primaria?:

- Falso
- Verdadero

163, Un sistema de gestión de la calidad exitoso es el que tiene manual de procesos y procedimientos.

- Verdadero
- Falso

165, Qué elemento de control permite conocer los eventos potenciales de riesgos?:

- Estructura organizacional
- Controles
- Identificación de riesgos
- Políticas de administración de riesgos

167, El hospital puede consolidar la información administrativa y asistencial generada de todos los procesos, para su estudio y análisis respectivo?:

- a. Verdadero
- Falso

169, El Distrito Capital adoptó el sistema de gestión de calidad mediante el Acuerdo 122 de 2004.

- Falso
- Verdadero



172, Si una institución, eventualmente, ha sido certificada en un proceso ISO, ¿esto le brinda una posición preferencial para ser acreditada en salud?:

Verdadero

a. Falso

174, De acuerdo a documento servicio ciudadano Distrito Capital, los beneficiarios del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control son empresarios, nuevos emprendedores, titulares negocios entidades distritales de Inspección, Control. :

VERDADERO

FALSO

176, Un evento adverso de obligatorio seguimiento en un servicio de cirugía es:

Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado

Tratamiento médico ineficaz

Quemaduras, erosiones y contusiones

Error en el diagnóstico

178, La información de la planeación y la investigación diagnóstica debe ser discutida por el paciente y su familia.

VERDADERO

FALSO

171, El reporte final, si se aceptan muestras primarias comprometidas debe indicar:

Ninguna de las anteriores

b. Si es aplicable, que es requerida precaución al interpretar el resultado

La naturaleza del problema

a y b

173, El hospital puede consolidar la información administrativa y asistencial generada de todos los procesos, para su estudio y análisis respectivo?:

Verdadero

Falso

175, Uno de los siguientes estándares no pertenece al grupo de Gerencia del Ambiente físico:



Infecciones Intrahospitalarias

Prevención de incendios

Manejo de residuos



Manejo de eventos adversos relacionados con el uso de la tecnología

177, Los planes de capacitación, bienestar e incentivos establecidos en un hospital deben ser monitoreados periódicamente por la gerencia, los directivos y el equipo de trabajo, para verificar su cumplimiento

VERDADERO

FALSO

180, El crecimiento profesional para los colaboradores cuando trabajan en una institución acreditada o que se encuentra en proceso de acreditación, es:

- Un beneficio
- Un derecho
- Una obligación
- Una condición

182, El número mínimo de autoevaluaciones que debe realizar una entidad para poder optar por la acreditación, es:

- Dos, una autoevaluación inicial y una para la postulación
- Una autoevaluación
- Mínimo cuatro
- Las que considere cada entidad, siempre y cuando crean que cumplen con lo solicitado en los estándares

184, En cuál de las siguientes situaciones el ICONTEC se reservará el derecho de no adelantar el proceso de acreditación en salud? :

- Cuando la institución sólo haya realizado una autoevaluación
- Cuando la institución se encuentre en paro
- Cuando la institución presenta por escrito su intención de acreditarse
- Cuando la institución presta sus servicios a través de sedes externas

186, Quien debe demostrar y hacer explícito el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, es:

- El paciente
- La familia del paciente
- La alta gerencia
- Los proveedores

179, La Acreditación en Salud es certificable por ICONTEC y la implementación del MECI es certificable por el DAFP.

- VERDADERO
- FALSO

181, De acuerdo con el documento de servicio al ciudadano en el Distrito Capital, los requerimientos ciudadanos son

- Reclamos, quejas, sugerencias, solicitudes de información, derechos de petición
- Quejas, sugerencias, felicitaciones, notificaciones
- Escritos, notificaciones, recursos, derechos de petición
- Solamente derechos de petición

183, Desde el ámbito de lo público, la solidaridad adquiere un sentido especial ya que

- Una de las finalidades del Estado es asegurar que lo particular prime sobre lo colectivo
- Una finalidad del Estado es proteger la patria
- Una de las finalidades del Estado es garantizar el bienestar colectivo
- Promueve una Administración pública más humana

185, La responsabilidad supone:

- Responder por las decisiones de todos los grupos o dependencias de nuestra entidad
- Aprender de nuestros logros y fracasos
- Asumir las consecuencias de nuestros actos sólo cuando los resultados de nuestras acciones son buenos y gratificantes
- Responder por algunas de nuestras acciones

188, Para que el respeto se convierta en una realidad en nuestra ciudad debemos

- Castigar con severidad todas las violaciones en contra de los derechos de los ciudadanos
- Honrar la vida en todas sus manifestaciones y todo lo que contribuya a su desarrollo**
- Informar a autoridades competentes acerca de los actos o manifestaciones humillantes
- Intentar aceptar a nuestros compañeros como son

190, La variable de tendencia, de la calificación cuantitativa en Acreditación: :

- Hace referencia práctica sistemática de la organización en un periodo de tiempo
- Es el desempeño de las mediciones en el tiempo.**
- Evalúa grado resultados medidos se comparan con prácticas nacionales e internacionales
- Evalúa grado que resultados referidos relacionan con el área temática correspondiente estándar valorado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.

192, Uno de los atributos de calidad en acreditación es: :

- Adaptabilidad
- Competencia**
- Eficacia
- Disponibilidad

187, Es un factor clave de éxito para la implementación de la Acreditación en Salud en una IPS

- El compromiso Gerencial**
- La reingeniería de procesos
- La planeación por escenarios
- El tener Balanced Score Card

189, Una herramienta utilizada en el proceso de Acreditación para avanzar hacia los niveles superiores de calidad es :

- Administración de riesgos
- Estilos de dirección
- Auditoría para el mejoramiento de la calidad**
- Seguridad del paciente

191, La Ruta Crítica de Acreditación se refiere a: :

- La aplicación de ciclos secuenciales de mejoramiento continuo
- El ciclo de postulación ante el Ente Acreditador y la decisión de la Acreditación**
- Los pasos para priorización oportunidades de mejora y formulación planes acción
- La autoevaluación y elaboración de planes de mejoramiento

194, La variable que, de la hoja radar evalúa el desempeño de los indicadores en el tiempo y puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo es: :

- Consistencia
- Tendencia**
- Pertinencia
- Comparación

196, Las entidades que definen directrices para el MECI y el Sistema Único de Acreditación han expedido herramientas específicas para su implementación. :

- VERDADERO**
- FALSO

198, Los procesos priorizados (mayor criticidad) tendrán mayor seguimiento y control :

- VERDADERO**
- FALSO

200,. El _____ es la manera particular en que cada institución pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

- a. Manual de Calidad
- b. Mapa de procesos
- c. **Programa de auditoría para el mejoramiento (x)**
- d. Direccionamiento estratégico

193, De acuerdo con el documento de servicio al ciudadano en el Distrito Capital, ¿dónde podemos encontrar información localizativa, georreferenciada y de datos básicos de los puntos de atención de la ciudadanía en Bogotá? :

- Linea 195**
- En el Portal de Contratación a la Vista
- En el Sistema de Quejas y Soluciones
- En la Línea 123

195, Cuando somos probos utilizamos la información proporcionada por ciudadanos para fortalecer, particular e individualmente, nuestros resultados. :

-
- VERDADERO**
- FALSO**

197, Cuantos manuales de estándares de acreditación aplicables a una IPS, existen actualmente :

- Dos
- Cuatro
- Cinco**
- Siete

199, El propósito del distintivo de habilitación es: :

- La IPS o el profesional independiente está inscrito en la S.D. S.
- Transmitir al usuario mensaje de estar siendo atendido en sitio seguro**
- Que la IPS o profesional independiente cumple con lo exigido en habilitación
- Que la IPS o profesional independiente fue visitado por la Secretaría de Salud correspondiente

202, El _____ es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de la capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad técnico-administrativa.

- a. **Sistema Único de Habilitación (x)**
- b. Sistema Único de Acreditación
- c. Componente de Auditoría para el Mejoramiento
- d. Sistema de Información para la Calidad

204,. La _____ inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y su autoevaluación le indica que ha alcanzado un nivel satisfactorio en el cumplimiento de los estándares y puede "pasar" la evaluación por parte del ente acreditador:

- a. Autoevaluación
- b. Elaboración de planes de mejoramiento
- c. Ruta Crítica (x)
- d. Priorización de Oportunidades de Mejoramiento

206, La acreditación es un proceso periódico de _____ de las organizaciones de salud:

- a. Autoevaluación interna
- b. Revisión Externa
- c. Mejoramiento continuo
- d. **A y b (x)**

208,. La resolución que define el Sistema Único de Acreditación es la _____

- a. 3960 de 2008
- b. 1446 de 2006
- c. **1445 de 2006 (x)**
- d. 1043 de 2006

201 . El decreto 1011 de 2006, establece _____

- a. el Sistema Único de Acreditación
- b. **el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (x)**
- c. la Unidad Normalizadora en Salud
- d. la Política de Seguridad del Paciente

203, PAMEC es la sigla de _____

- a. Plan de Análisis para el Mejoramiento Continuo
- b. **Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (x)**
- c. Programa de Atención en Mejores prácticas de Calidad en Salud
- d. Plan de Atención para la Mejora Continua en Salud

205, Los _____ del sistema Único de Acreditación son Confidencialidad, eficiencia y gradualidad

- a. Atributos
- b. **Principios (x)**
- c. Estándares
- d. Manuales

207, El Decreto _____ fija como Norma Técnica para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud:

- a. 1011 de 2006
- b. 4295 de 2007 (x)
- c. 4110 de 2004
- d. 1599 de 2005

210,. A partir del Direccionamiento estratégico la organización debe construir:

- a. El Mapa de riesgos ambiental
- b. El plan Estratégico de la organización (X)**
- c. El proceso de atención del paciente
- d. Todas las anteriores

212,. En el proceso de autoevaluación, la ESE debe realizar la calificación individual de los estándares aplicando una escala de calificación de

- a. 1 a 10
- b. 1 a 5 (x)**
- c. 1 a 3
- d. 1 a 100

214,. Dentro del proceso de recepción del paciente NO se adelanta la siguiente actividad o acción:

- a. Brindar información sobre copagos, cuotas moderadoras y tarifas
- b. Comprobación de Derechos
- c. Promoción de estilos de vida saludable (x)**
- d. Asesoramiento en tramites administrativos

216. Como mecanismo para la evaluación del tratamiento efectuado durante la atención en salud a los pacientes, el Hospital realiza:

- a. Análisis de eventos adversos
- b. Auditoria de Historias Clínicas
- c. Evaluación de Adherencia a guías y protocolos de manejo clínico
- d. Todas las anteriores X**

219,. Los estándares del Grupo de Atención al Cliente Asistencial incluyen los siguientes grupos de estándares:

- a. Promoción y Prevención
- b. Ambulatorios X**
- c. Farmacia
- d. Todas las anteriores

209,. La declaración de los derechos y deberes de los pacientes puede estar contenida en:

- a) El código de ética de la organización (x)**
- b) Las guías de práctica clínica
- c) El plan de ordenamiento territorial.
- d) Todas las anteriores

211,. Los niveles de monitoreo del Sistema de Información para la Calidad son

- a. Autocontrol, Auditoria Interna y Auditoria Externa
- b. Interno, Externo y del Sistema (x)**
- c. Autorregulación, autocontrol y control interno
- d. Ninguna de las anteriores

213, Uno de los resultados esperados de la aplicación de los estándares relacionados con los DERECHOS DE LOS PACIENTES, es:

- a. Un mejor ambiente de trabajo
- b. Aumento de la adherencia al tratamiento (x)**
- c. Satisfacción del cliente interno
- d. Mayores ingresos para el Hospital

215,. Ya sea que los resultados de los exámenes de laboratorio clínico o imágenes diagnosticas se entreguen al profesional tratante o al paciente, siempre se debe informar sobre:

- a. Mecanismos de entrega (x)**
- b. Proceso de contrarreferencia
- c. Registro en la Historia Clínica
- d. Todas las anteriores

217. Los estándares del Grupo de Atención al Cliente Asistencial incluyen los siguientes grupos de estándares:

- a. Hospitalarios
- b. Ambulatorios
- c. Rehabilitación
- d. Todas las anteriores X**

230. La norma que define la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud para las instituciones prestadoras de servicios de carácter público:

- a. **Resolución 2181 de 2008 (x)**
- b. Resolución 3960 de 2008
- c. Decreto 4295 de 2007
- d. Ninguna de las anteriores

232. EL NUMERAL 5 DE LA NTCGP 1000, SE DENOMINA:

R = Compromiso de la Dirección

234. ES EL RESULTADO DE UN PROCESO, O CONJUNTO DE PROCESOS, ESTA DEFINICIÓN CORRESPONDE A BIEN, SERVICIO, O PRODUCTO.

- a) Verdadero X
- b) Falso.

236. EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, ES UTILIZADO COMO UN MECANISMO PARA PUBLICITAR LAS ENTIDADES DISTRITALES.

- a) Verdadero
- b) **Falso. X**

238. DOCUMENTO QUE PRESENTA RESULTADOS OBTENIDOS O PROPORCIONA EVIDENCIA DE ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS, SE DENOMINA: REGISTRO

- a) Verdadero X
- b) Falso.

220. Los estándares del Grupo de Apoyo incluyen los siguientes grupos de estándares:

- a. Gerencia del Recurso Humano
- b. Gerencia de la Información
- c. Gerencia del Ambiente Físico
- d. **Todas las Anteriores X**

231. Las clases de Equipos de autoevaluación son:

- a. **Atención al usuario, Liderazgo y Apoyo (x)**
- b. Atención al usuario, Recurso Humano y Liderazgo
- c. Liderazgo, Apoyo y Hospitalarios
- d. Hospitalarios, Imagenología, Ambulatorios

233. EL MAPA DE PROCESOS ES UNO DE LOS RESULTADOS DEL SGC:

- a) Verdadero X 4.1
- b) Falso.

235. DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS, UNO PUEDE SER EXCLUIDO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD, DE LAS ENTIDADES DISTRITALES

- a) Mejora Continua
- b) Resultados de la revisión.
- c) **Propiedad del cliente. X**
- d) Control de Registros

237. NTCGP SIGNIFICA: NORMA DE CALIDAD PÚBLICA:

- a) Verdadero
- b) Falso. X

241. DE LAS SIGUIENTES OPCIONES, SELECCIONE LA QUE CORRESPONDE A UN PRINCIPIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- a) **Enfoque basado en procesos X**
- b) Economía
- c) Rapidez
- d) Simpatía

243. DE LAS SIGUIENTES OPCIONES, SELECCIONE LA QUE CORRESPONDE A UN PRINCIPIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

- a) Colaboración
- b) Compañerismo
- c) **Coordinación, cooperación y articulación X**
- d) Solidaridad

245. ES EL PRINCIPAL DOCUMENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

- a) Formatos
- b) **Manual de la calidad X**
- c) Registros
- d) Procedimientos de la norma

240. DE LAS SIGUIENTES OPCIONES, SELECCIONE LA QUE CORRESPONDE A UN PRINCIPIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

- a) Celeridad
- b) **Enfoque al cliente X**
- c) Optimismo
- d) Integridad

242. DE LAS SIGUIENTES OPCIONES, SELECCIONE LA QUE CORRESPONDE A UN PRINCIPIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

- a) Autorregulación
- b) **Mejora continua X**
- c) Auto control
- d) Auto estima

244. ES EL CONJUNTO DE ACCIONES TOMADAS PARA ELIMINAR LA(S) CAUSAS(S) DE UNA NO CONFORMIDAD DETECTADA U OTRA SITUACIÓN INDESEABLE

- a) Acción preventiva
- b) **Acción correctiva X**
- c) Control de producto no conforme
- d) Auditoría interna de calidad

246. Dentro de las guías de atención que el Hospital ha diseñado se encuentran definidos:

- a. **Las actividades de educación en Salud (x)**
- b. Los tiempos de espera
- c. Perfil de los profesionales o equipo tratante
- d. Todas las anteriores