

Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, Segunda Fase

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Reforma y Descentralización]

[Marzo 2013]

Palabras Clave:

[Reordenamiento; Gestión Hospitalaria; Indicadores; Monitoreo; Información; Instancias Intermedias; Estándares; Gerencial; Enfoque; Buenas Prácticas; Conducción; Flujo de Información; Instrumentos; Monitoreo; Medición; Tabulación; Resultados; Personal Médico; Seguimiento; Resultado; Dirección; Conducción; Servicios Finales; Comité]

Key words:

[reorganization, hospital management, indicators, monitoring, information, standards, managerial, focus, best practices, leading, information flow, tools, survey, tabulation, results, medical personnel, follow up, leadership, committee]

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
Tegucigalpa M.D.C.

Honduras C.A.

Telephone: (504) 2235-5919

www.msh.org

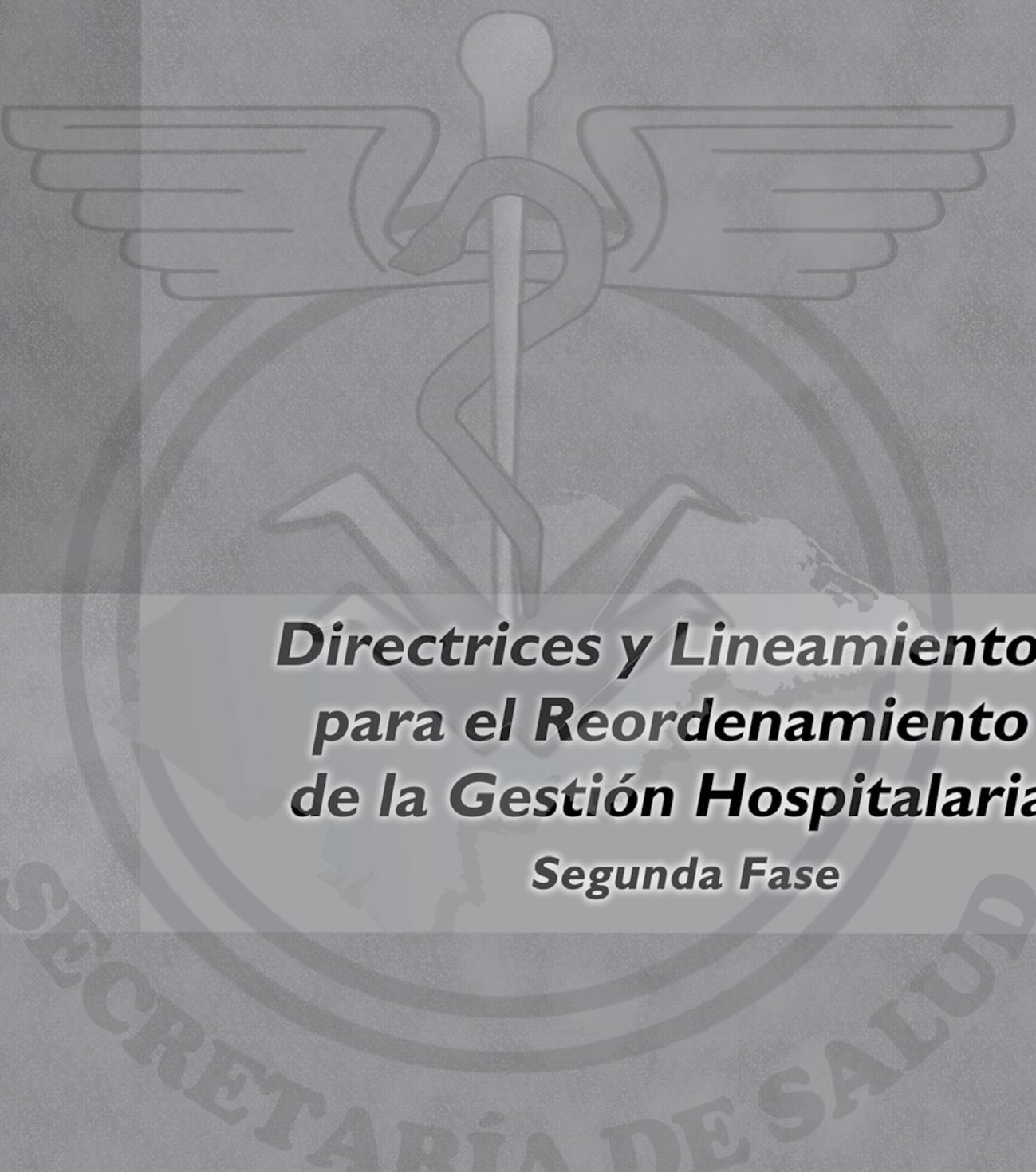


**Directrices y Lineamientos
para el Reordenamiento
de la Gestión Hospitalaria**

Segunda Fase

HONDURAS





***Directrices y Lineamientos
para el Reordenamiento
de la Gestión Hospitalaria***

Segunda Fase

HONDURAS



“La elaboración de este manual ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de la Secretaria de Salud de Honduras y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos”.

AUTORIDADES

Dra. Roxana Patricia Araujo

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Edna Yolany Batres

Sub Secretaria de Redes de Servicios

Dr. Javier Pastor

Sub Secretario de Salud en Política Sectorial

Lic. Miriam Yolanda Paz

Sub Secretaria de Salud en Riesgos Poblacionales.

Dra. Sandra Maribel Pinel

Directora General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

Dra. Mirta Gloria Escobar Cárcamo

Directora General de Regulación Sanitaria

Dr. Bredy Dilman Lara

Director General de Vigilancia de la Salud.

Dra. María del Socorro Interiano

Directora de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión.

Dra. Marina Xioleth Rodríguez

Directora General De Promoción de la Salud

Dra. Ritza Yolany Lizardo

Jefe del Departamento de Hospitales.

SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES
Tegucigalpa M.D.C. Honduras

Equipo responsable de la elaboración y edición de este Documento:

Por el Departamento de Hospitales de la Secretaria de Salud:

- Dra. Ritza Lizardo (Jefa del Departamento de Hospitales)
- Licda. Nora Idalia Flores
- Dra. Karen Yadira Maradiaga
- Dra. Mary Lizette Cardona
- Dr. Marco Antonio Pinel
- Dr. José Jaime Fernández
- Licda. Elena Rebeca Martínez
- Licda. Leticia Izaguirre
- Ing. Oscar Adán Herrera
- Licda. Edelma Isabel Salgado
- PM Armando Ruiz
- Lic. Ricardo Lanza

Por la USAID/ULAT:

- Dr. Juan de Dios Paredes
Coordinador General USAID/ULAT
- Dra. Karla Schwarzbauer
Subdirectora General de Proyecto USAID/ULAT
- Dr. Álvaro González Mármol
Consultor USAID/ULAT
- Josué Vicente Godoy
Coordinador Técnico Informático USAID/ULAT
- Lic. Jorge Luis Núñez
Coordinador de Entrenamiento USAID/ULAT

PRESENTACION

El presente documento de Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en su segunda fase resume la voluntad política de la actual administración en salud y el esfuerzo del consorcio técnico alcanzado entre los niveles locales, regionales y normativos, por lograr el nivel óptimo en la gestión de los hospitales de la red pública del país y dar respuesta a las necesidades sanitarias que la población demandan.

El documento incorpora los elementos sustanciales que han caracterizado al desarrollo del proceso iniciado en 2009 y que los diferentes actores involucrados en su implementación han logrado visibilizar en términos de sus fortalezas y debilidades. Precisamente este continuo y permanente ejercicio de monitoreo y evaluación del proceso ha permitido que en este momento se justifique trascender a una segunda fase en la cual el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria asume nuevos y más complejos retos y desafíos en aras de consolidar las capacidades gerenciales especialmente de los actores locales que conducen los centros hospitalarios.

El proceso se afianza íntimamente en los preceptos y principios que inspiran el marco político normativo de la reforma del sector salud que actualmente se constituye como el referente obligado del quehacer institucional de la Secretaría de Salud. El reordenamiento se enmarca entonces en la apuesta por una gestión fundamentada en la obtención de resultados y en la cual la capacidad para la toma de decisiones basada en evidencias se constituya como su componente crítico para la definición de las acciones de mejora continua de la calidad de la atención que se brinda en los hospitales.

Reconociendo la realidad dinámica en que se desarrolla la red de servicios, la segunda fase de directrices y lineamientos del reordenamiento que en este documento se presentan significa una opción de ampliación y profundización del enfoque estratégico y alcances operativos necesarios para que la gestión de los hospitales contribuya efectivamente a la construcción de un nuevo modelo de salud.

Finalmente, es menester señalar que no hubiera sido posible consolidar las bases conceptuales y metodológicas del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria ni obtener los significativos avances alcanzados hasta la fecha en su implementación sin la participación activa y sinérgica de los diferentes actores institucionales comprometidos en el proceso, así como la decisiva colaboración técnica y financiera de la cooperación internacional.

*Dra. Roxana Patricia Araujo V.
Secretaria de Estado en el Despacho de Salud*



SECRETARIA DE ESTADO
EN EL
DESPACHO DE SALUD
REPÚBLICA DE HONDURAS, CENTRO AMERICA

Tegucigalpa, M.D.C. 27 de febrero de 2013

ACUERDO No. 200

LA SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

En uso de las facultades que se le confieren mediante Acuerdo Ejecutivo 41-2012 de fecha 07 de septiembre del 2012, como Secretaria de Estado en el Despacho de Salud.

- CONSIDERANDO:** Que el artículo 145 de la Constitución de la República, reconoce el derecho a la protección de la salud, correspondiendo al Estado y a las personas velar por su conservación y restablecimiento.
- CONSIDERANDO:** Que el artículo 29 de la Ley General de la Administración Pública estipula que a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, le compete lo concerniente a la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención, preservación, restitución y rehabilitación de la salud de la población.
- CONSIDERANDO:** Que mediante Acuerdo 7249 del 22 de septiembre del 2003, fueron aprobadas políticas para el desarrollo y preparación estratégica del nivel hospitalario, las cuales estipulan entre otras estrategias el fortalecimiento de su gestión.
- CONSIDERANDO:** Que la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud ha puesto en marcha una reforma integral del sector salud, que tiene como uno de sus objetivos la mejora e incremento de la capacidad estratégica y operativa de los servicios de salud, siendo parte constituyente del mismo el desarrollo y la ejecución de procesos de fortalecimiento en el nivel hospitalario, que contribuyan a la implementación de un modelo de gestión ágil, eficiente y por resultados.
- CONSIDERANDO:** Que en el marco de los lineamientos políticos y estratégicos de la reforma del sector salud y para facilitar la implementación de la estrategia de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI 2008 – 2015) en el ámbito hospitalario, se aprobaron mediante Acuerdo Ministerial No. 201, las *"Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH)"*, que se constituyen hasta la fecha en el referente técnico para la gestión integrada de las estrategias tanto en los aspectos clínicos como administrativos que se desarrollan en el hospital.
- CONSIDERANDO:** Que la experiencia acumulada durante la implementación del proceso del Reordenamiento Hospitalario y la evaluación del mismo conducen a la conclusión sobre la necesidad de realizar ajustes en su diseño para la incorporación de nuevos mecanismos e instrumentos que permitan optimizar y adecuar toda la oferta de servicios a una demanda de necesidades de atención de salud crecientes.



SECRETARIA DE ESTADO
EN EL
DESPACHO DE SALUD
REPÚBLICA DE HONDURAS, CENTRO AMERICA

-2-

ACUERDO No. 200

CONSIDERANDO: Que aún cuando el fortalecimiento para la gestión hospitalaria ha conducido a una mejora sostenida en la capacidad de gestión en la red de hospitales, se reconoce que se requiere implementar una segunda fase que incluya esfuerzos importantes para su ampliación, profundización y consolidación, en un proceso comprensivo de las instancias locales, del nivel regional y técnico-normativas y políticas del nivel central de la institución.

POR TANTO: En uso de las facultades de que está investido y con fundamento a lo establecido en los artículos 145, 149, 247 de la Constitución de la República. Artículo 28 numeral 3. 29 y 36 numerales 1, 6, 8, 116, 118, 119 párrafo final y 122 de la Ley General de la Administración Pública; 16 y 67 literal C del Reglamento de Organización, funcionamiento y competencias del Poder Ejecutivo; 25, 27, 30 60 y 64 de la Ley de Procedimiento Administrativo: 1 y 4 del Código de Salud: Acuerdo 7249 y 450.

ACUERDA:

PRIMERO: Aprobar la segunda fase del "REORDENAMIENTO DE LA GESTION HOSPITALARIA" contenida en el siguiente documento:

Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la
Gestión Hospitalaria
Segunda Fase

SEGUNDO: El presente acuerdo es de ejecución inmediata y deberá ser publicado en el Diario Oficial La Gaceta.

COMUNIQUESE:


ROXANA PATRICIA ARAUJO VALLADARES
SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD


RAUL M. MAMOS BERTOT
SECRETARIO GENERAL

LISTADO DE ACRONIMOS

ADM:	Administración
BIO:	Bioseguridad
CAL:	Calidad
CMG:	Cuadro de Mando Gerencial
CMP:	Compras
COE:	Centro de Operaciones de Emergencia
DAIF:	Departamento de Atención Integral a la Familia
DGDSSS:	Dirección General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
DGVS:	Dirección General de Vigilancia de la Salud
DH:	Departamento de Hospitales
ED:	Emergencias y Desastres
EMCC:	Equipo de Mejora Continua de la Calidad
EMER:	Emergencia
GO:	Gineco obstetricia
IAAS:	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
ISH:	Índice de Seguridad Hospitalaria
LAB:	Laboratorio
MI:	Medicina Interna
MORT:	Mortalidad
ORT:	Ortopedia
POA:	Plan Operativo Anual
PRIESS:	Proyecto de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos de Salud
RAMNI:	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez
RGH:	Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria
RH:	Residuos Hospitalarios
RRHH:	Recursos Humanos
SESAL:	Secretaría de Salud
SH:	Seguridad Hospitalaria
SSRS:	Subsecretaría de Redes y Servicios
SO:	Sala de Operaciones
SP:	Seguridad del Paciente
UGI:	Unidad de Gestión de la Información
ULAT:	Unidad Local de Apoyo Técnico

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
2. ANTECEDENTES.....	8
MARCO LEGAL DEL RGH:	8
MARCO TÉCNICO DEL REORDENAMIENTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA (RGH)	8
ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL DOCUMENTO.	9
3. INSTRUMENTOS GERENCIALES Y FLUJO DE LA INFORMACIÓN	10
3.1 INSTRUMENTOS GERENCIALES	10
3.1.1 INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN.....	11
3.1.1.1 <i>Tablero de Tabulación de Indicadores:</i>	11
3.1.1.2 <i>Tablero de resultado de Indicadores</i>	11
3.1.1.3 <i>Cuadro de Mando Gerencial (CMG)</i>	11
3.1.2 DOCUMENTOS DE APOYO Y FORMATOS GERENCIALES	13
3.1.2.1 <i>Cuadro de Descripción de Indicadores</i>	13
3.1.2.2 <i>Instrumentos de Monitoreo</i>	13
3.1.2.3 <i>Listas de Chequeo Diario (por el médico, enfermera y el administrador).</i>	13
3.1.2.4 <i>Instrumentos para el seguimiento de acuerdos:</i>	14
3.1.2.5 <i>Graficas de tablero de resultado de indicadores</i>	14
3.2 FLUJO DE LA INFORMACIÓN.....	14
4. LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS TRES NIVELES DE GESTIÓN HOSPITALARIA Y SUS 20 RESPONSABILIDADES	17
4.1 NIVEL DE CONDUCCIÓN.....	18
4.1.1 <i>Dirección</i>	18
4.1.2 <i>Consejo Consultivo</i>	19
4.1.3 <i>Comité de apoyo externo</i>	21

4.2	NIVEL DE INSTANCIAS INTERMEDIAS	22
4.2.1	<i>Unidad De Gestión De La Información (UGI)</i>	23
4.2.2	<i>Instancias Administrativas</i>	25
4.2.3	<i>Servicios de Apoyo terapéutico y diagnostico</i>	26
4.2.4	<i>Comités de apoyo a la Gestión</i>	28
4.3	NIVEL DE LOS SERVICIOS FINALES.....	35
5.	MECANISMOS DE RELACIONAMIENTO PARA MEJORAR LA GESTIÓN.	36
5.1	RELACIONAMIENTO EN TODOS LOS NIVELES DEL HOSPITAL	36
5.1.1	<i>A nivel de Servicios Finales</i>	36
5.1.2	<i>A nivel de las Instancias intermedias: Comités de Apoyo a la Gestión, Laboratorio, Banco de Sangre y Servicio de Transfusión, Administración, Unidad de Gestión de la Información, Recursos Humanos y Registros Médicos y Estadística</i>	37
5.1.3	<i>A nivel de la Dirección del Hospital</i>	39
5.2	RELACIONAMIENTO CON EL NIVEL INTERMEDIO Y CENTRAL	41
5.2.1	<i>Con el Nivel Intermedio</i>	41
5.2.2	<i>Con el Nivel Central</i>	41
5.3	ENTRE INSTANCIAS DEL NIVEL CENTRAL	42
6.	LINEAMIENTOS PARA EL ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES	43
7.	MECANISMOS PARA EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS BASADO EN EL ENFOQUE DE BUENAS PRÁCTICAS	45
8.	LINEAMIENTOS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL REORDENAMIENTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA	47
9.	ANEXOS: INSTRUMENTOS GERENCIALES.....	48
9.1	CUADRO DE MANDO GERENCIAL.....	48
9.2	FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LOS COMITÉS DE APOYO A LA GESTIÓN	113

1. INTRODUCCIÓN

Se reconoce que el hospital se constituye en una compleja organización que produce servicios de salud en la que se desarrollan procesos múltiples y variados que exigen una gestión basada en resultados y que enfatice el proceso de toma de decisiones.

Como parte de las políticas de salud de la actual administración se está impulsando un proceso de cambio y de transformación hacia la modernización de la gestión hospitalaria.

Estos cambios se han respaldado en el marco de las Políticas de Reordenamiento Hospitalario y se han implementado procesos de fortalecimiento gerencial y de mejoramiento de la calidad en los servicios que brinda el hospital, creando oportunidades para satisfacer las necesidades de los usuarios.

Bajo este enfoque, en enero de 2009 y mediante acuerdo ministerial N° 201 se aprueban las Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH), que constituye el referente técnico para el abordaje integrado de la gestión de las estrategias hospitalarias.

En su concepción original esta iniciativa se fundamentó en la necesidad de facilitar y mejorar la estrategia de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI 2008 – 2015) en el ámbito hospitalario, pero se ha ido ampliando para incluir otras estrategias críticas para la gestión de los diversos procesos clínicos y administrativos que se desarrollan en el hospital.

Este proceso de fortalecimiento para la gestión hospitalaria, liderado por la Sub-secretaria y Dirección General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (DGDSSS) a través del Departamento de Hospitales (DH) ha permitido además de identificar fortalezas y debilidades en los procesos gerenciales hospitalarios, visibilizar la necesidad de plantear nuevas estrategias y acciones que conduzcan a crear y facilitar los mecanismos e instrumentos para el mejoramiento oportuno de dicha gestión, aunando esfuerzos con otras instancias políticas y técnico normativas del sector al igual que con la cooperación externa.

La experiencia acumulada durante la implementación del proceso del Reordenamiento Hospitalario y la evaluación de la misma llevada a cabo durante el año 2012 ha evidenciado una debilidad gerencial especialmente en el nivel de conducción del hospital, así como otros aspectos básicos de la gestión interna dentro de los hospitales.

En este sentido se requiere implementar una segunda fase del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria que incluya esfuerzos importantes para su ampliación, profundización y consolidación en un proceso comprensivo de las instancias locales, del nivel regional, técnico normativas y políticas del nivel central, considerando los marcos políticos vigentes especialmente lo relacionado con el proceso de reforma y el nuevo modelo de salud actualmente en discusión.

En este sentido, la Secretaria de Salud pone a disposición el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en su segunda fase, el cual incorpora cambios en los contenidos actuales y nuevos enfoques tanto en la parte estratégica como en el componente operativo.

2. ANTECEDENTES

La Secretaría de Salud particularmente en las últimas décadas ha implementado diversas iniciativas políticas, legales y técnicas con el fin de que los procesos desarrollados en el hospital se centren en las necesidades de los (as) usuarios (as) a través de una gestión transparente basada en resultados lo suficientemente flexibles para adaptarse a los efectos de los cambios sociales y culturales de los (as) usuarios (as), así como cambios en los perfiles epidemiológicos de la población de manera que el hospital sea capaz de dar respuestas oportunas, eficaces, eficientes y con calidad a las expectativas de salud de la población, integrándola en forma activa a la gestión.

Estas iniciativas tanto de índole legal como técnicas, han permitido consolidar el proceso de fortalecimiento gerencial en el ámbito hospitalario consecuente con las directrices y lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH), cuya evaluación después de tres años de haber sido implementado ha demostrado el avance exitoso del mismo.

MARCO LEGAL DEL REORDENAMIENTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA (RGH):

El Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria está sustentado en una serie de políticas y disposiciones legales dentro de las cuales podemos detallar las siguientes:

- La ejecución del Proyecto de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos de Salud (PRIESS) 2002-2006, que impulsó el programa de modernización de la gestión hospitalaria con énfasis en 12 hospitales.
- La “Política de Reordenamiento Hospitalario, Honduras 2002 – 2006”, que establece ocho políticas, cuyo contenido define cambios esenciales para modificar los resultados de la gestión hospitalaria. Entre estas políticas destaca “Elaborar y actualizar la normativa técnica que regula la organización y funcionamiento de la Red Hospitalaria”.
- “Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009”. Según Acuerdo Ministerial # 629 del 27 de febrero 2009 se establece el fortalecimiento del rol rector y la separación de las funciones sustantivas de la Secretaría de Salud.
- La Política Nacional para la “Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez” (RAMNI).
- Las Directrices y lineamientos para el RGH, mediante acuerdo ministerial 201 del 16 de enero del 2009.

MARCO TÉCNICO DEL REORDENAMIENTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA (RGH)

Desde la implementación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) en enero de 2009, se ha acumulado un importante arsenal de enseñanzas y lecciones, que se han visibilizado y evidenciado en el proceso de evaluación llevado a cabo durante el 2012 y que están contenidos en el Documento Evaluación del RGH (borrador en construcción) y por la propia experiencia que el Departamento de Hospitales (DH) ha desarrollado durante este periodo, como ente normativo responsable del proceso.

La evaluación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH), realizada con el objetivo de identificar opciones de mejora y fortalecimiento de la gestión hospitalaria, centró su énfasis en cuatro objetivos específicos que fueron desarrollados con diversas modalidades metodológicas.

Los principales resultados de la evaluación muestran una tendencia positiva para los indicadores, los hallazgos sugieren que las características intrínsecas de los indicadores que conforman el Cuadro de Mando Gerencial

(CMG) del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) no presentan dificultades en su manejo aunque se identificaron observaciones relacionadas con sus propiedades en más de la mitad de ellos.

Los resultados de la evaluación en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) consideran que las facilitantes y limitantes en el análisis de la información y la toma de decisiones están relacionadas a procesos gerenciales tales como liderazgo, trabajo en equipo, uso de la información y comunicación efectiva y oportuna.

En general el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH), está posicionado adecuadamente en los diferentes niveles de gestión de los hospitales y en el nivel central, sin embargo se reconoce que las personas claves en los mismos tienen diferentes niveles de empoderamiento.

Los resultados de la evaluación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) han demostrado que se ha consolidado, provocando una mejora sustancial y sostenida en la capacidad de gestión en la red de hospitales, pero aún quedan brechas importantes que cubrir en todos los niveles (central, nivel intermedio y los niveles de conducción de los hospitales).

ESTRUCTURA Y DINÁMICA DEL DOCUMENTO.

La forma como está estructurado este documento implica una secuencia lógica que comienza con la descripción de los instrumentos gerenciales que se utilizan para la obtención y procesamiento de los datos y la manera como fluye la información a las instancias responsables para la toma de decisiones.

Posteriormente se describen los lineamientos de funcionamiento y las responsabilidades de las diferentes instancias en que opera el reordenamiento en el hospital, las cuales están organizadas en tres niveles de gestión:

- Conducción
- Instancias Intermedias
- Servicios Finales

El nivel de conducción es responsable de la gestión hospitalaria en todos sus sistemas organizacionales y en sus niveles gerenciales. Está constituido por el Director(a) del Hospital y el Consejo Consultivo. El comité de apoyo externo no es una instancia de conducción, pero se incluye en este nivel por su relación directa de apoyo a la dirección del hospital y su consejo consultivo.

El nivel de instancias intermedias en la organización está conformado por aquellas estructuras responsables de apoyar la gestión de los servicios finales para asegurar la atención oportuna y adecuada de los pacientes y apoya el nivel de conducción para garantizar la gestión exitosa del hospital.

Dentro de ellas se incluye a la Unidad de Gestión de la Información (UGI), que tiene como objetivo fundamental facilitar el proceso de transformación de los datos en información útil para la toma de decisiones en todos los niveles de la gestión.

En los servicios finales se identifican los servicios de gestión clínica cuya función principal es la producción de atención y de egresos hospitalarios.

A continuación el documento describe los mecanismos de relacionamiento para mejorar la gestión a nivel de las diferentes instancias al interior del hospital y con actores claves del nivel intermedio y central.

Finalmente el documento incluye capítulos relacionados con la modificación de estándares, el rescate de buenas prácticas y el monitoreo y evaluación de la implementación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH).

3. INSTRUMENTOS GERENCIALES Y FLUJO DE LA INFORMACIÓN

Para que el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) guie los cambios requeridos para una mejor gestión en los distintos niveles existentes en los hospitales, dispone de instrumentos gerenciales que permiten ordenar e integrar la recolección de datos y el flujo de la información a lo interno del hospital y de este con el nivel intermedio y central de la Secretaría de Salud (SESAL).

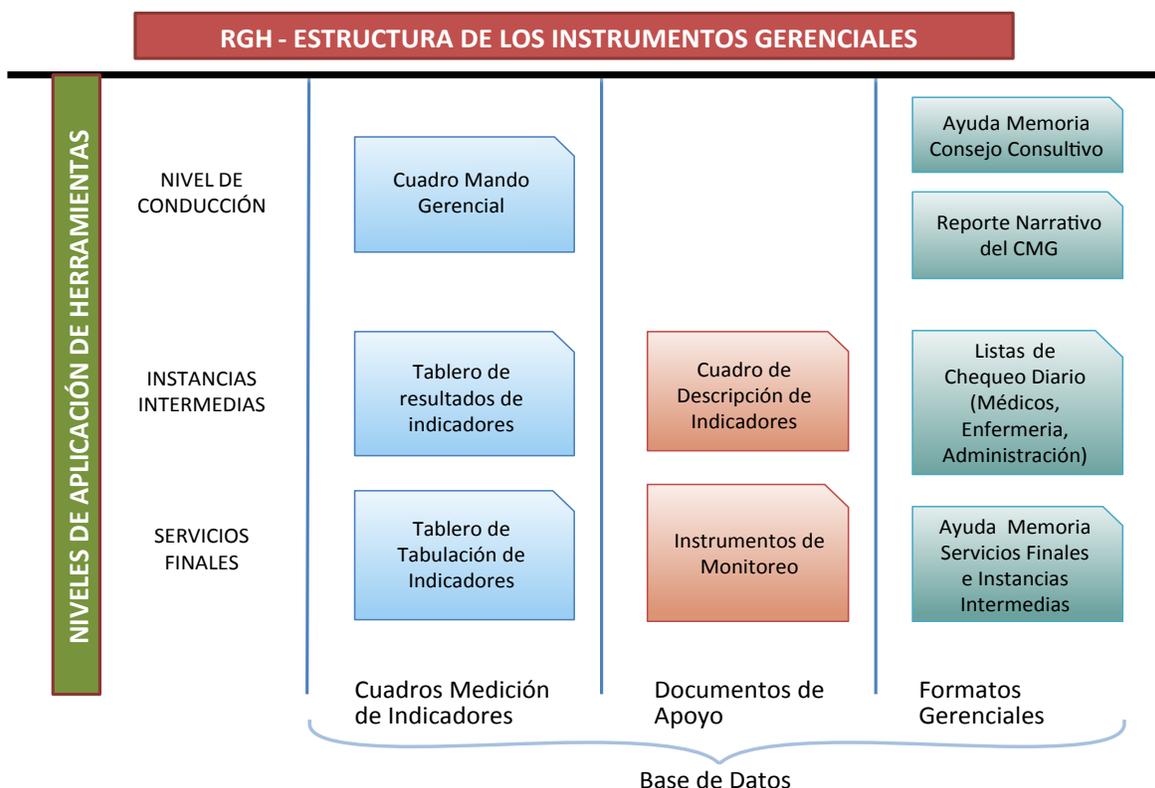
Estos datos permiten la construcción de indicadores que permean todo el quehacer del hospital y que miden y monitorean los procesos de atención clínica y los procesos de índole administrativo y de gestión, los cuales al ser analizados en su conjunto a través de un Cuadro de Mando Gerencial (CMG), brindan una adecuada visión instantánea del funcionamiento del hospital, permitiendo el análisis y la toma de decisiones oportunas basadas en los resultados obtenidos.

A continuación se describen los instrumentos gerenciales y los mecanismos que facilitan el flujo de la información.

3.1 INSTRUMENTOS GERENCIALES

El instrumento gerencial fundamental de este proceso es el Cuadro de Mando Gerencial (CMG), el cual no debe ser considerado como una simple tabla de indicadores, sino más bien debe ser visto como una herramienta gerencial vital e interactiva, que le da sentido y se sustenta en los cambios organizativos, funcionales y de coordinación establecidos por el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH), ya que permite desde la recolección, el monitoreo y análisis, la toma de decisiones y la generación de informes en base a datos recolectados por el mismo hospital, llevando al hospital hacia una gestión más eficiente, de mejor calidad y basada en resultados.

Figura 1- Estructura de los Instrumentos Gerenciales y sus niveles de Aplicación



3.1.1 INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Para poder maximizar el uso de esta herramienta, el primer paso consiste en el ingreso de los datos requeridos para la construcción de los indicadores, estos datos una vez ingresados en los tableros de tabulación (servicios finales e instancias intermedias) se alimentan en los tableros de indicadores de resultados por servicio y estos a su vez alimentan los datos que se requieren en el Cuadro de Mando Gerencial (CMG). A continuación una breve descripción de cada uno:

3.1.1.1 *TABLERO DE TABULACIÓN DE INDICADORES:*

Es el instrumento que permite ingresar los resultados de la medición de los indicadores propios de cada uno de los servicios finales e instancias intermedias

Contiene los espacios previamente configurados para ingresar los numeradores y denominadores de cada uno de los indicadores, lo cual automáticamente da un resultado, los que a su vez alimentan el tablero de resultados del Cuadro de Mando Gerencial (CMG) y los gráficos de tendencia mensual y trimestral.

El responsable del llenado de estos tableros con los resultados de las mediciones son los servicios finales e instancias intermedias para su respectivo análisis y toma de decisiones. Posteriormente estos datos son ingresados por la coordinación de Unidad de Gestión de la Información del hospital en la base de datos.

3.1.1.2 *TABLERO DE RESULTADO DE INDICADORES*

Es una herramienta para consolidación de datos, que contiene en forma resumida cada uno de los indicadores según su periodicidad, que manejan los servicios finales e instancias intermedias, con el fin de que se pueda valorar la forma en que se están gestionando las actividades programadas y a la vez se identifiquen fácilmente los cambios en la dinámica del indicador con el objetivo de proponer opciones de mejora. Su aplicación fundamentalmente es para facilitar el envío de los resultados al nivel central por parte de la Unidad de Gestión de la Información (UGI).

3.1.1.3 *CUADRO DE MANDO GERENCIAL (CMG)*

Esta es la principal herramienta de manejo de indicadores del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, que incorpora un conjunto de indicadores seleccionados de los tableros de tabulación y que se consideran como trazadores de la gestión.

En este consolidado se resumen los resultados según líneas específicas de actuación del hospital, comparando lo logrado con el estándar establecido. Es en el Cuadro de Mando Gerencial donde se identifican los avances en la gestión del hospital en base a los resultados mostrados por los indicadores.

El análisis de estos resultados permite identificar las causas y orienta sobre posibles alternativas para toma de decisiones por el Director (a) y Consejo Consultivo.

Este cuadro se alimenta automáticamente a partir del llenado de los tableros de tabulación de los servicios finales e instancias intermedias.

Importante: Los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial (CMG) están organizados de acuerdo a la contribución que cada uno de ellos mide para la obtención de un producto determinado. Esto con el propósito de facilitar la toma de decisiones orientada a resultados.

El Cuadro de Mando Gerencial en esta segunda fase amplía su alcance a otros servicios finales e instancias intermedias tales como: Medicina, Cirugía, Ortopedia, Sala de Operaciones, Emergencia, Laboratorio, Banco de Sangre y Servicio de Transfusión.

Los indicadores relacionados con la medición del manejo clínico de las principales causas de egreso en los nuevos servicios incluidos, se comenzarán a medir cuando el Departamento de Hospitales defina los protocolos de manejo de las mismas y capacite a los equipos hospitalarios en los contenidos de los protocolos y en los mecanismos de medición.

- Reporte Narrativo del Cuadro de Mando

El reporte narrativo del Cuadro de Mando Gerencial es el formato donde se describe la revisión y análisis de los indicadores medidos por parte de los servicios finales e instancias intermedias que por algún motivo no cumplen con el estándar establecido. Dentro de este formato se registra si la información de los indicadores es enviada en forma oportuna y completa, cuenta además con los espacios diseñados para documentar el análisis de causas, toma de decisiones y recomendaciones de solución para todos aquellos indicadores que muestren desviación del estándar establecido.

El Cuadro de Mando Gerencial lo integran un total de 42 indicadores los cuales se desglosan de acuerdo al cuadro siguiente:

Figura 2- Distribución de Indicadores CMG

INDICADORES	CÓDIGO	Total Indicadores de Tablero Interno	N° Indicadores que suben al CMG
Servicios Finales			
Gineco-Obstetricia	(GO)	25	5
Pediatría	(PED)	17	3
Cirugía	(CIR)	16	1
Medicina Interna	(MI)	16	1
Ortopedia	(ORT)	16	1
Emergencia	(EMER)	11	2
Sala de Operaciones	(SO)	5	2
Total Servicios Finales		106	15
Instancias Intermedias			
Administración	(ADM)	8	5
Comité de Compras	(CMP)	1	1
Recursos Humanos	(RR.HH.)	8	2
Estadísticas	(EST)	6	4
Comité de Calidad	(CAL)	3	1
Comité de Mortalidad	(MORT)	14	5
Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres	(BIO)	15	3
Laboratorio	(LAB)	3	1
Unidad de Gestión de la Información	(UGI)	11	5
Total Instancias Intermedias		69	27
Total Indicadores Tableros Internos		175	
Total Indicadores que suben al CMG			42

Importante: El número real de indicadores es de 112, y algunos de ellos se aplican en dos o más salas/servicios/departamentos. Tales como: UGI-09, UGI-10, UGI-11, entre otros. Es por ello que el total de indicadores asciende a 175.

3.1.2 DOCUMENTOS DE APOYO Y FORMATOS GERENCIALES

Con el fin de facilitar la comprensión y el análisis de los distintos indicadores, así como facilitar la documentación y registro de información requerida de los mismos, la herramienta gerencial del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria cuenta también con una serie de instrumentos y formatos tal como se detalla en la Fig. 1. A continuación se describen brevemente estos instrumentos:

3.1.2.1 CUADRO DE DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

Este es el documento de referencia que contiene las descripciones y definiciones completas para cada uno de los indicadores diseñados. Dentro de este documento se encuentra detallado lo siguiente: N^o, código del indicador, estándar, indicador, construcción de la fórmula, entendimiento, fuente, periodicidad y responsables tanto de brindar la información, medirla y reportarla.

Este cuadro se considera de apoyo y debe estar disponible en las reuniones programadas por los equipos de trabajo de los servicios finales e instancias intermedias para facilitar la comprensión y el análisis de los resultados obtenidos.

Importante: Cada vez que exista alguna duda en relación a la definición, estándares, entendimientos o construcción de algún indicador se deberá consultar este cuadro de descripción de indicadores que se encuentra en el anexo N° 9.1

3.1.2.2 INSTRUMENTOS DE MONITOREO

Con el fin de estandarizar y orientar la medición de cada indicador definido dentro del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria existe un instrumento de monitoreo específico para cada uno de ellos, estos contienen los estándares, entendimientos, fuentes y las instrucciones que permiten la obtención de la información necesaria y la construcción del indicador a partir de esa información.

3.1.2.3 LISTAS DE CHEQUEO DIARIO (POR EL MÉDICO, ENFERMERA Y EL ADMINISTRADOR).

Las listas de chequeo diario son los instrumentos gerenciales que le permiten tanto al director (a) del hospital junto con los jefes de servicios finales e instancias intermedias, conocer los principales acontecimientos relacionados con el funcionamiento del hospital ocurridos durante las jornadas de trabajo. Estas listas deben ser aplicadas durante los periodos de guardia; en el caso de los fines de semana y días feriados o festivos en los turnos A, B, y C. Estas se dividen en:

- Informe del turno médico (aplicada por el jefe de guardia o la persona que se delegue).
- Informe del turno de enfermería (aplicada por la supervisora de enfermería del turno o la persona que se delegue).
- Informe de administración (aplicada por la persona que el administrador delegue).

Dentro de cada lista se encuentran los espacios para informar todo evento o acontecimiento ocurrido en torno al personal, insumos o los equipos, también cuentan con un espacio para reportar todo incidente y sus causas, y cuentan con espacio adicional para informar cualquier otro problema no incluido en las secciones anteriores y las decisiones tomadas en torno a los mismos.

3.1.2.4 INSTRUMENTOS PARA EL SEGUIMIENTO DE ACUERDOS:

Estos son los instrumentos que reflejan y recogen los principales temas abordados, y los compromisos establecidos, dentro del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria y son los siguientes:

- Ayuda Memoria para el Consejo Consultivo
- Ayuda Memoria para las Instancias Intermedias

Cada formato de ayuda memoria se encuentra diseñado para recoger datos de participantes, temas abordados en la reunión, así como una matriz de seguimiento para acuerdos y compromisos establecidos; en el caso del formato de ayuda memoria para instancias intermedias, la misma también contiene un espacio adicional para el registro y análisis de los indicadores correspondientes al periodo.

Importante: El reporte narrativo y la ayuda memoria de la reunión de análisis del Cuadro de Mando Gerencial, deberán ser enviados conjuntamente con la base de datos al Nivel Intermedio y Central. La dinámica del manejo de estos instrumentos se describe en el capítulo 3.4 relacionado con el flujo de la información.

3.1.2.5 GRAFICAS DE TABLERO DE RESULTADO DE INDICADORES

Dentro de la herramienta gerencial del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH), se encuentran diseñados los gráficos de tendencias correspondientes a cada uno de los indicadores de la Base de Datos, con el fin de facilitar el análisis y reporte de los mismos. Cada gráfico se encuentra configurado para mostrar el nombre, código del indicador y los resultados obtenidos de acuerdo a la periodicidad establecida para cada indicador.

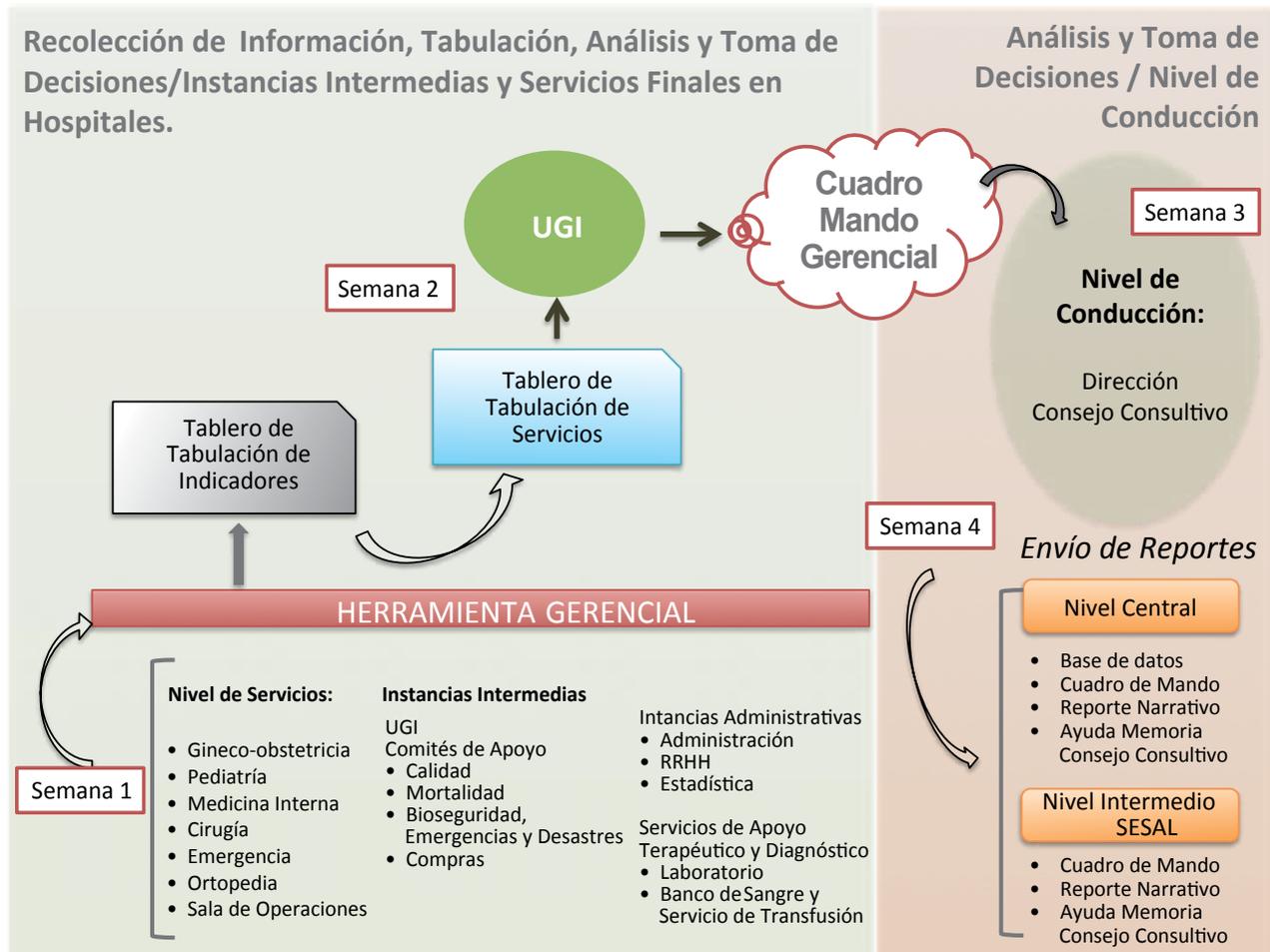
Importante: Los siguientes instrumentos se incluyen en el Anexo 9.1: Cuadro de Mando Gerencial (CMG), Cuadro de Descripción de Indicadores, Ayuda Memoria para el Consejo Consultivo, Ayuda Memoria para Servicios Finales e Instancias Intermedias, Reporte Narrativo y Listas de Chequeo Diarias.

3.2 FLUJO DE LA INFORMACIÓN

Toda información y datos recolectados a través del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria no tienen sentido, ni utilidad si los mismos no son revisados y analizados en los niveles que corresponden, para luego fluir de manera tal, que la información pertinente se encuentre en forma oportuna en los niveles de conducción para la toma de decisiones. Bajo un enfoque sistémico, el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria establece los circuitos de comunicación y reporte entre los distintos niveles e instancias a lo interno del hospital, con el fin de facilitar una comunicación en ambas direcciones desde los servicios finales e instancias intermedias hasta el nivel de conducción y viceversa, así como establece los circuitos y contenidos de los informes que deberán fluir desde el hospital hasta las Instancias de Dirección de la Secretaría de Salud.

En el siguiente cuadro se puede observar cómo se encuentra diseñado el flujo de la información dentro del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.

Figura 3- Flujo de la Información en el RGH



A continuación se detallan las actividades del flujo de información para cada una de las semanas del mes:

- **Primera Semana:** Medición de indicadores y flujo de la información para la construcción de tableros de tabulación.
 - a. Los Equipos de Mejora Continua de la Calidad (EMCC) realizan la medición de los indicadores de los servicios finales e instancias intermedias, esta información es enviada al comité de calidad para su análisis y elaboración del reporte respectivo, dicho reporte es remitido posteriormente a los servicios.
 - b. El departamento de registros médicos y estadística también envía la información referente a la producción a los servicios.
 - c. Los comités de apoyo a la gestión envían los informes de sus indicadores a los servicios.
- **Segunda Semana:** Llenado de tableros de tabulación y análisis.
 - a. Los servicios finales e instancias intermedias realizan el llenado del tablero de indicadores con la siguiente información: reporte de la medición de indicadores, informe mensual del Departamento de Registros Médicos e informe de los comités de apoyo a la gestión.

- b. El jefe de los servicios finales e instancias intermedias presenta a su equipo los resultados de los indicadores utilizando el tablero de tabulación junto con las recomendaciones emanadas de los informes de los comités, para que sean consideradas en el análisis.
 - c. Realizan el análisis de los resultados de los indicadores, tomando decisiones que corresponden a su nivel y elaboran ayuda memoria y esta información es enviada a la UGI.
 - d. Emiten las recomendaciones respectivas para el Consejo Consultivo (de los problemas que no se pueden resolver en el servicio).
 - e. La coordinación de la Unidad de Gestión de la Información (UGI) revisa todos los tableros de indicadores y la ayuda memoria de la reunión de los servicios finales y las instancias intermedias, además llena la guía de retroalimentación y la remite a los mismos.
 - f. La coordinación de la UGI recibe, verifica y consolida la información en la base de datos, analiza la información y elabora el Cuadro de Mando Gerencial y el reporte narrativo.
 - g. La coordinación de la UGI envía el Cuadro de Mando Gerencial con el reporte narrativo durante la segunda semana a la dirección para su revisión y análisis, previo a la reunión de Consejo Consultivo.
- **Tercera Semana: Revisión y análisis del Cuadro de Mando Gerencial con el Consejo Consultivo.**
- a. El secretario técnico del Consejo Consultivo (coordinador (a) de la UGI) da lectura a la ayuda memoria de la reunión anterior.
 - b. El Director (a) del Hospital presenta los resultados del Cuadro de Mando Gerencial y el análisis del Reporte Narrativo a los miembros del Consejo Consultivo.
 - c. El Cuadro de Mando Gerencial es analizado por el Director (a) y por el Consejo Consultivo.
 - d. Se establecen acuerdos y compromisos.
 - e. El secretario técnico del Consejo Consultivo (coordinador (a) de la UGI) elabora la Ayuda Memoria y la envía al director para su visto bueno.
- **Cuarta Semana: Retroalimentación a los Servicios finales e Instancias Intermedias/envío de Informes a Nivel Intermedio y Central.**
- a. El director envía comunicación oficial a los servicios finales, e instancias intermedias (Departamento de RRHH, administración y comités) la retroalimentación sobre las decisiones tomadas por el director en El Consejo Consultivo.
 - b. El Director (a) del Hospital envía un informe al Nivel Intermedio (CMG, reporte narrativo y Ayuda Memoria del Consejo Consultivo) y al Departamento de Hospitales base de datos, (CMG, Ayuda memoria del Consejo Consultivo y Reporte Narrativo). La base de datos también deberá ser enviada al departamento de calidad, departamento de atención integral a la familia (DAIF) y las instancias normativas que el nivel político decida.

4. LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS TRES NIVELES DE GESTIÓN HOSPITALARIA Y SUS RESPONSABILIDADES

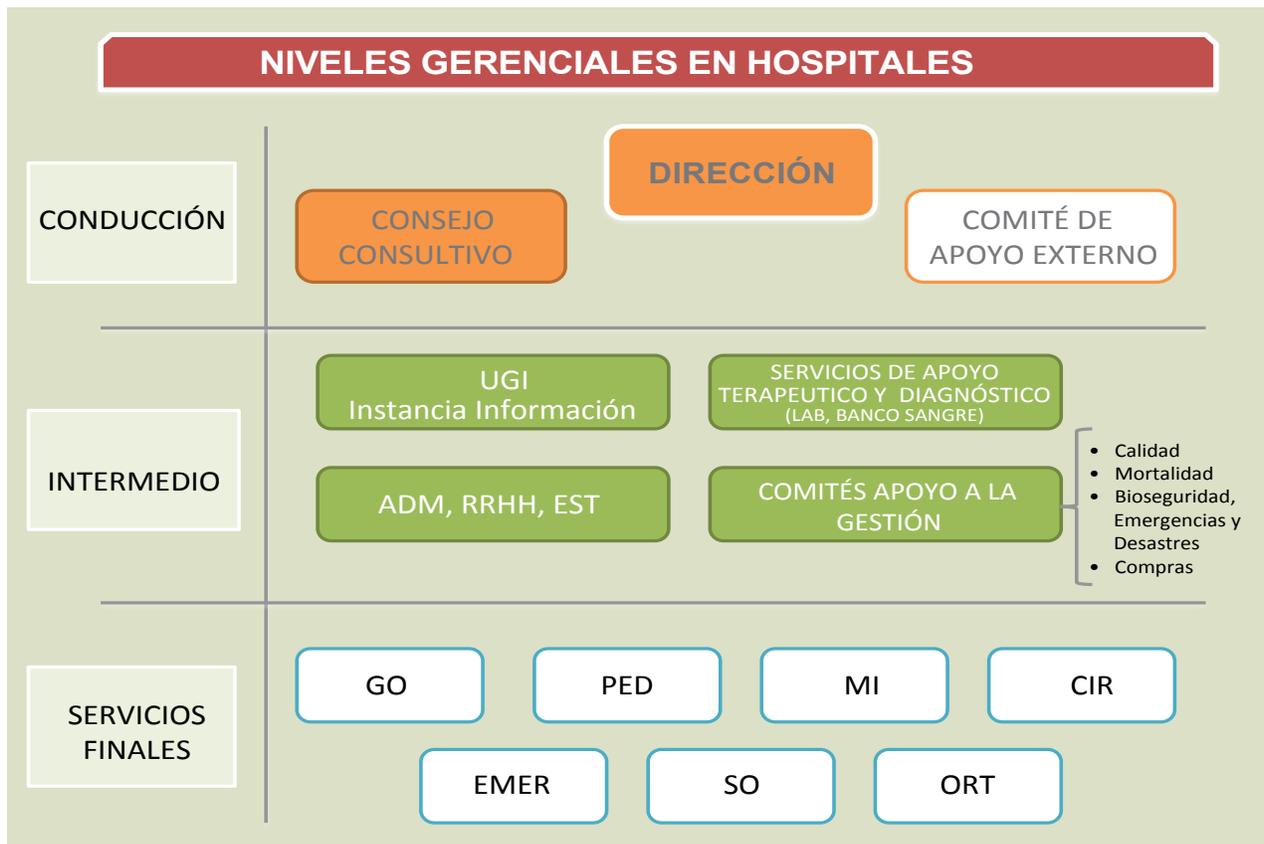
La Gestión Hospitalaria es la función horizontal que atraviesa todos los sistemas organizacionales con momentos de planificación, organización, dirección, coordinación y control, que son conducidos por la alta dirección del hospital.

El Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria hace énfasis en aspectos de organización, ampliación de funciones y definición de relaciones de coordinación entre los tres niveles gerenciales definidos dentro de los hospitales:

- i) Conducción
- ii) Instancias Intermedias
- iii) Servicios finales.

A continuación la Fig. 4, representa cuales son las instancias involucradas en cada uno de los tres niveles gerenciales y que son considerados dentro del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.

Figura 4- Niveles Gerenciales en Hospitales



A continuación se describe por cada nivel gerencial, la composición y funciones básicas de cada una de las instancias involucradas y que están relacionadas con el funcionamiento del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.

Importante: Las funciones descritas en este documento para las instancias involucradas en cada nivel gerencial se refieren exclusivamente a las relacionadas con la aplicación de los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.

4.1 NIVEL DE CONDUCCIÓN

El nivel de conducción en la organización es responsable de la gestión hospitalaria en todos sus sistemas organizacionales y en sus niveles gerenciales. Por lo tanto, el éxito en la obtención de los objetivos y resultados esperados en los hospitales está íntimamente vinculado a los procesos que a este nivel se desarrollan.

Este nivel está conformado por tres instancias:

Importante: En cada hospital la dirección es la unidad responsable de asegurar que se ejecute la gestión hospitalaria de manera oportuna, eficiente, eficaz, con calidad y equidad.

- A. Dirección
- B. Consejo Consultivo
- C. Comité de Apoyo Externo

4.1.1 DIRECCIÓN

La Dirección del hospital está bajo la responsabilidad de un director (a) médico (a) quien es responsable de implementar la gestión hospitalaria, y por lo tanto de la ejecución exitosa de las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en su 2da. fase, cuyas funciones se describen en el siguiente cuadro:

Cuadro 1-Funciones del Director (a) e Instancias de Relacionamento

Funciones del Director (a)	Instancia con quien Coordina
El Director (a) debe presidir las reuniones semanales del Consejo Consultivo y conducir la discusión de los resultados del Cuadro de Mando Gerencial la tercera semana de cada mes.	UGI
Las decisiones que se tomen en el Consejo Consultivo deben ser transmitidas a los servicios y mandos intermedios, con el apoyo del Secretariado Técnico y Coordinador de la UGI.	Consejo Consultivo
Cuando el caso lo amerite, las decisiones deben ser transmitidas hacia el nivel superior (Nivel Intermedio o Central).	Nivel intermedio
Asegurar el monitoreo de los procesos y la evaluación de la gestión hospitalaria	Jefaturas de servicios, instancias intermedias y coordinadores de comités.
Asegurar el funcionamiento de: <ul style="list-style-type: none"> • Consejo Consultivo • Comités de apoyo a la gestión: Calidad, Mortalidad, Bioseguridad, Emergencias, Desastres y Compras. 	Instancias correspondientes dentro del hospital, nivel intermedio y en el nivel central (Departamento de Hospitales, otras Unidades Técnico Normativas y políticas)

Funciones del Director (a)	Instancia con quien Coordina
Asegurar el funcionamiento y promover el fortalecimiento de la Unidad de Gestión de la Información (UGI)	Jefaturas de servicios, instancias intermedias y coordinadores de comités. Departamento de Hospitales
Promover y coordinar la organización y funcionamiento del Comité de Apoyo Externo	Comité de Apoyo Externo Nivel Intermedio Consejo Consultivo Departamento de Hospitales y nivel político
Asegurar la realización de las reuniones con los Servicios Finales e Instancias Intermedias de acuerdo al Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.	Jefaturas de Servicios Finales e Instancias Intermedias
Crear las condiciones y asegurar que se realicen las reuniones en los Servicios Finales e Instancias Intermedias de acuerdo a lo establecido.	Unidad de Gestión de la Información
Asegurar la aplicación de las listas de chequeo diarias	Unidad de Gestión de la Información
Tomar decisiones inmediatas sobre los problemas reportados en las listas de chequeo diarias.	Jefaturas de Servicios Finales e Instancias Intermedias
Remitir el Cuadro de Mando Gerencial, tablero de tabulación, tableros de indicadores por servicio, reporte narrativo y ayuda memoria (Base de datos).	Nivel Intermedio Departamento de Hospitales Departamento de Calidad Departamento de Atención Integral a la Familia
Remitir propuestas de modificación de estándares del Cuadro de Mando Gerencial y tableros internos.	Departamento de Hospitales en el Nivel Central.
Representar al hospital en instancias de coordinación local, regional y nacional.	Unidad de Gestión de la Información, nivel político.
Asumir la conducción de la organización y funcionamiento de la gestión de la respuesta ante una situación de emergencia y desastres con el apoyo del sub-comité de emergencias y desastres.	Consejo Consultivo Sub-comité de emergencias y desastres Organizaciones de la sociedad civil
Coordinar las actividades relacionadas con el intercambio de experiencias en base a buenas prácticas.	Unidad de Gestión de la Información, Departamento de Hospitales

4.1.2 CONSEJO CONSULTIVO

El Consejo Consultivo constituye un órgano asesor para los procesos estratégicos y políticos que se realizan en el hospital. Tiene como misión fundamental asesorar de manera permanente al Director (a), emitiendo recomendaciones y promoviendo acuerdos que permitan la toma de decisiones informadas y analizadas, fortaleciendo con ello las capacidades gerenciales del Hospital.

Una vez que los acuerdos o recomendaciones efectuadas por el Consejo Consultivo hayan sido consensuados con el Director (a), se convierten en acciones de cumplimiento obligatorio en el tiempo establecido.

En el siguiente cuadro se enuncian los integrantes del Consejo Consultivo:

Integrantes del Consejo Consultivo:
• Director (a) del Hospital
• Coordinador (a) de la UGI (Secretario (a) Técnico)
• Jefatura de Administración
• Jefatura de Recursos Humanos
• Jefatura de Enfermería
• Jefatura de Emergencia
• Jefatura de Pediatría
• Jefatura de Gineco-obstetricia
• Jefatura de Medicina
• Jefatura de Cirugía
• Jefatura de Ortopedia
• Jefatura de Sala de Operaciones
• Jefatura de Laboratorio
• Jefatura de Banco de Sangre y Servicio de Transfusión
• Jefatura de Consulta Externa
• Jefatura Regional de Salud y/o Jefe de Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud

La integración del Consejo Consultivo, podrá ser modificada de acuerdo a la complejidad, condiciones y funcionamiento del hospital, previa consulta al Departamento de Hospitales, respetando los canales jerárquicos que correspondan. En el siguiente cuadro se describen sus funciones:

Cuadro 2- Funciones del Consejo Consultivo

Funciones del Consejo Consultivo
Asistir a la Dirección del Hospital en la toma de decisiones.
Promover una visión integral en la gestión hospitalaria.
Participar en la elaboración de los planes estratégicos y operativos del hospital.
Recomendar políticas y estrategias adecuadas para la consecución de los objetivos planteados por el hospital.
Brindar opinión y elaborar planteamientos técnicos para su consideración en la formulación del plan estratégico y los planes operativos anuales.
Analizar y discutir los resultados mensuales del Cuadro de Mando Gerencial y proponer las soluciones que correspondan como producto del análisis.
Apoyar al Director (a) en la selección de los integrantes de los comités de apoyo a la gestión, de acuerdo a la normativa establecida por el nivel central.
Monitorear y evaluar la ejecución del plan estratégico del hospital y sus planes operativos y definir las acciones a tomar de acuerdo a los resultados obtenidos.
Proponer intervenciones de acuerdo a la monitoria y evaluación del Plan Operativo Anual (POA) y presupuesto.
Apoyar a la Dirección en la toma de decisiones con relación a las recomendaciones técnicas realizadas por los comités de apoyo a la gestión que funcionan en el hospital.

Asesorar en la formulación, discusión, negociación y ejecución de los diferentes proyectos del hospital, sean con la sociedad civil, ONGs, agencias de cooperación externa y otros.
Asumir bajo la conducción del director(a) del hospital, la organización y funcionamiento de la gestión de la respuesta ante una situación de emergencia y desastres con el apoyo del sub-comité de emergencias y desastres.
Conocer de parte del Nivel Intermedio los avances y los mecanismos de integración en el desarrollo de las redes integradas de servicios de salud.
Participar en la reunión de la tercera semana de cada mes, para analizar los resultados de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial.
Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus funciones o aquellas que someta a su consideración el Director (a) del hospital.

Mecanismos de Coordinación y Comunicación Interna del Consejo Consultivo.

Con los Departamentos y Servicios

Las Jefaturas deberán someter a discusión del Consejo Consultivo a través de la Unidad de Gestión de la Información (UGI), los resultados de su gestión mediante el reporte del tablero de indicadores reflejados en el Cuadro de Mando Gerencial y demás instrumentos establecidos para este fin. Toda situación de alta complejidad y urgencia que no puedan resolver y que esté fuera de su ámbito de competencia deberán canalizarlos a la dirección del hospital las cuales pueden abordarse en reuniones extraordinarias del Consejo Consultivo.

Con los Comités de Apoyo a la Gestión

Dentro de las reuniones del Consejo Consultivo, una vez al mes se brindará un espacio a los Comités de Apoyo a la Gestión (Calidad, Mortalidad, Bioseguridad Emergencias y Desastres, Compras), para conocer los informes y evaluar los avances en los planes de trabajo de cada uno, así como para efectuar las respectivas recomendaciones. La definición de la prioridad para la discusión con estos comités será establecida de acuerdo a los resultados observados en el Cuadro de Mando Gerencial.

Del Consejo Consultivo con otros

Con el propósito de lograr el máximo rendimiento del Consejo Consultivo y el adecuado cumplimiento de sus funciones, los miembros integrantes podrán acordar la creación de grupos de trabajo para el estudio de temas concretos, los cuales tendrán la composición y funciones determinadas en cada caso.

Del mismo modo, podrá proponer a la dirección el nombramiento de consultores o asesores externos que colaboren en condición de expertos en sus áreas específicas de conocimiento, los que atendiendo invitación del director (a) podrán participar en las reuniones, con voz y sin voto. La convocatoria se realizará a través del director (a) del Hospital.

4.1.3 COMITÉ DE APOYO EXTERNO.

Es un órgano de apoyo para el hospital, sin fines de lucro, constituido de conformidad a ley e integrado por representantes de organizaciones y de la sociedad civil de reconocida probidad y ética que actúan en el ámbito local del hospital al cual van a asistir y, cuyo fin primordial es el de apoyar a la gestión hospitalaria en la consecución de recursos y acorde a las necesidades del hospital derivadas del plan estratégico y operativo.

La organización del Comité de Apoyo Externo es considerada un proceso básico dentro del sistema de conducción hospitalaria.

Los hospitales que no tienen integrados el comité de apoyo externo o los que organizaron su comité, pero que por alguna razón no están activos actualmente, deberán agilizar su organización o reactivación, la elaboración de su plan de trabajo y la gestión de su personería jurídica.

La relación que se establece entre la autoridad del hospital y el comité, será en todo momento de cooperación y buena disposición mediante el dialogo objetivo y directo. El director (a) del hospital brindará facilidades oportunas y adecuadas de carácter logístico en caso que dicho comité lo requiera para sus reuniones y funciones. Estas facilidades no incluyen apoyo económico. A continuación se describen las funciones de este comité:

Cuadro 3- Funciones del Comité de Apoyo Externo

FUNCIONES DEL COMITÉ DE APOYO EXTERNO
Elaborar su plan de trabajo, acorde al plan estratégico y operativo del hospital.
Gestionar o promover el otorgamiento de recursos financieros o materiales que permitan mejorar la condición de las instalaciones y equipo de los hospitales, dentro del marco de la normativa vigente.
Coordinar con la dirección del hospital el establecimiento de una cooperación efectiva con las instituciones particulares en materia de salud.
Participar bajo los lineamientos de la dirección del hospital y en coordinación con el Consejo Consultivo, en los procesos de planificación, ejecución y uso de los recursos del hospital.
Proponer la ejecución de acciones para mejorar la calidad de la atención de los servicios que presta el hospital.
Velar y coadyuvar por que se respeten los derechos de los usuarios de los servicios hospitalarios.
Asistir una vez al mes a las reuniones del Consejo Consultivo, presentar informes y avances de su plan de trabajo, a su vez conocer de los avances y situación del hospital.
Realizar reuniones periódicas ordinarias y extraordinarias.

Las funciones complementarias que los comités estimen necesarias para adecuarlo a un funcionamiento más acorde a la realidad y las particularidades específicas de sus contextos, deberán ser concertadas con la dirección del hospital, y acordes a las Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria emitidos por la Secretaria de Salud.

Importante: Cuando los hospitales cuenten con apoyo de fundaciones u otras organizaciones de la sociedad civil, las funciones de estas serán las que se acuerden con la dirección del hospital, asegurándose que se establezcan en el marco legal, gerencial y técnico correspondiente.

4.2 NIVEL DE INSTANCIAS INTERMEDIAS

El nivel de instancias intermedias en la organización está conformado por las instancias responsables de apoyar la gestión de los servicios finales para asegurar la atención oportuna y adecuada de los pacientes y apoya el nivel de conducción para garantizar la gestión exitosa del hospital.

Este nivel está conformado por las siguientes instancias:

- Unidad de Gestión de la Información (UGI).
- Instancias Administrativas:
 - Administración
 - Recursos Humanos
 - Departamento de Registros Médicos y Estadística

- Instancias de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
 - Laboratorio
 - Banco de sangre y Servicio de Transfusión
- Comités de apoyo a la gestión:
 - Comité de Calidad
 - Comité de Mortalidad
 - Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres
 - Comité de Compras

4.2.1 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (UGI).

La Unidad de Gestión de la Información (UGI) es una instancia de carácter permanente y con dependencia jerárquica de la dirección del hospital, coordinada por el epidemiólogo o la persona que realiza las funciones de epidemiología. Su objetivo fundamental es el de apoyar la toma de decisiones para la dirección y el Consejo Consultivo a través de la gestión del Cuadro de Mando Gerencial, alimentado de los tableros de indicadores de los servicios finales e instancias intermedias del hospital.

El director (a) es el responsable directo del funcionamiento de la Unidad de Gestión de la Información y debe asignarle los recursos humanos e insumos necesarios que debe incluir al menos los siguientes:

- Epidemiólogo (a) o persona que realice estas funciones en el hospital, ya que por su formación es el recurso en salud pública que está capacitado para la gestión completa de la información hasta convertirla en evidencia que sustente la toma de decisiones.
- Asistentes Técnicos: estos deben ser en el número que sean necesarios y de acuerdo a las posibilidades del hospital para ubicar estos recursos. Estos asistentes técnicos deben tener las capacidades técnicas suficientes para apoyar al coordinador (a) de la UGI en el cumplimiento de sus funciones.
- Asistentes de apoyo: en número suficiente según la capacidad del hospital para atender las necesidades secretariales, informáticas y similares que la Unidad de Gestión de la Información requiere para su óptimo funcionamiento.
- Insumos necesarios para la UGI: espacio físico, equipo, mobiliario y material de oficina.

Importante: Con el fin de preservar la continuidad técnica del proceso, cuando sea necesario sustituir al coordinador (a) de la UGI, el director (a) del hospital deberá coordinar la asignación del nuevo recurso humano con el Departamento de Hospitales.

En el siguiente cuadro se describen las funciones de la UGI:

Cuadro 4- Funciones de la Unidad de Gestión de la Información (UGI)

Relacionadas con la facilitación del proceso de reordenamiento:
Apoyar y facilitar en forma rutinaria o cuando se le solicita el proceso de análisis de la información en los Servicios Finales, Instancias Intermedias y Consejo Consultivo para mejorar la toma de decisiones.
Vigilar la calidad en los procesos de captación, registro y consolidación de los datos para la elaboración de los tableros de indicadores.
Establecer los mecanismos de coordinación con los jefes de los Servicios Finales e Instancias Intermedias para asegurar el manejo adecuado y oportuno de la información requerida para el Cuadro de Mando Gerencial.
Establecer los mecanismos más apropiados para la difusión y retroalimentación de la información a los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
Generar la discusión y consolidar la información de los tableros de indicadores proveniente de los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
Realizar el llenado de la guía de retroalimentación y remitir la misma a los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
Recopilar en la Dirección, las listas de chequeo diario remitidas por los responsables de turno, una vez que sean revisadas por el director (a)
Manejar la base de datos (software) para recolectar toda la información proveniente de los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
Reportar indicadores propios de la Unidad de Gestión de la Información.
Consolidar la información y elaborar el Cuadro de Mando Gerencial para el Consejo Consultivo con el respectivo reporte narrativo.
Enviar a la Dirección del Hospital el Cuadro de Mando Gerencial y el Reporte Narrativo en la segunda semana del mes.
Preparar con el director (a) el informe para el Nivel Central de los resultados del Cuadro de Mando Gerencial, después de ser discutido en el Consejo Consultivo.
Llevar un registro electrónico de los diferentes informes que son enviados tanto a la Dirección como a los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
Asumir el Secretariado Técnico del Consejo Consultivo.
Llevar a cabo reuniones con el director (a) del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
Apoyar a los servicios finales e instancias intermedias en la documentación de propuestas para la modificación de estándares y la sistematización de las buenas prácticas.
Relacionadas con epidemiología
Son todas las actividades que promueven el análisis epidemiológico y las intervenciones oportunas que se identifiquen en el proceso analítico, fortaleciendo la toma de decisiones en base a evidencia.
Realizar el análisis permanente de los problemas de salud suscitados en el hospital, estableciendo tendencias de las enfermedades para la detección de los cambios que puedan surgir en su comportamiento.
Garantizar el cumplimiento del ciclo de la vigilancia con énfasis en: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de notificación obligatoria • Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) • Lesiones de causa externa • Mortalidad Materna e Infantil • Salud Ocupacional • Enfermedades crónicas. • Otras según el patrón epidemiológico del área de influencia del hospital y de las disposiciones emanadas de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS).

Relacionadas con epidemiología

Realizar investigaciones de brotes que se detecten en el hospital, así como otras investigaciones epidemiológicas de acuerdo a necesidades identificadas en las diferentes salas y servicios y proporcionar en base a los resultados las recomendaciones para su control.

Garantizar la detección, evaluación y notificación inmediata de eventos que constituyan emergencias sanitarias en el marco del alerta respuesta y emergencias de otra índole, coordinando con el Subcomité de Emergencias y Desastres las acciones que ameriten.

Promover el desarrollo del laboratorio como herramienta fundamental de la vigilancia epidemiológica, con énfasis en la caracterización de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y la resistencia antimicrobiana.

Coordinar y facilitar la capacitación al personal de salud en los aspectos normativos y operativos de los procesos críticos de la vigilancia.

Garantizar la confiabilidad y oportunidad del subsistema de información para la vigilancia en el hospital.

Apoyar al mejoramiento de la calidad del registro del diagnóstico de egreso hospitalario (morbilidad y mortalidad según CIE-10).

4.2.2 INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS

Las instancias administrativas del hospital son las siguientes:

- Administración
- Recursos Humanos
- Departamento de Registros Médicos y Estadística

4.2.2.1 Administración

Es la instancia encargada de realizar la gestión de los recursos materiales y financieros del hospital. Además de cumplir con las funciones ya establecidas para su departamento, en el proceso de Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria tendrá las siguientes funciones:

Funciones de la Administración

El Jefe de administración es miembro activo del Consejo Consultivo, y debe medir en forma mensual los indicadores establecidos, analizar y elaborar el reporte de los resultados, debe participar en las reuniones de análisis y toma de decisiones que se dan en el seno de la misma.

Llevar a cabo reuniones con el director (a) del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria y obligatoriamente participar en las reuniones de consejo consultivo.

Enviar el reporte en la primera semana del mes a la Unidad de Gestión de la Información y apoyar el análisis y elaboración de las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo.

Revisar y ajustar, si fuese necesario, los procesos y flujos de trabajo vinculados a este RGH, para asegurar una medición real de los indicadores establecidos para su área.

Aplicar en forma inmediata las decisiones emanadas como producto de las recomendaciones del Consejo Consultivo aprobadas por el director (a) del hospital, en el área de abastecimiento de suministros y servicios.

Asegurar la participación del contador (a) del hospital en el Comité de Compras, y facilitar los lineamientos administrativos y de procedimientos para que el comité asuma las nuevas funciones asignadas.

Apoyar a los servicios y niveles intermedios en la documentación de propuestas para la modificación de estándares y la sistematización de las buenas prácticas.

4.2.2.2 Recursos Humanos (RRHH)

El Departamento de RRHH es el encargado de llevar a cabo la gestión de la normativa relacionada con los recursos humanos en el ámbito del hospital, incluyendo las funciones de supervisión y evaluación de su desempeño.

Además de cumplir con las funciones ya establecidas para su departamento, en el proceso de Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria tendrá las siguientes funciones:

Funciones de Recursos Humanos
El Jefe de RRHH es miembro activo del Consejo Consultivo y debe medir en forma mensual los indicadores establecidos, analizar y elaborar el reporte de los resultados y participar en las reuniones de análisis y toma de decisiones que se dan en el seno de las mismas.
Llevar a cabo reuniones con el director (a) del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
Verificar el cumplimiento de los indicadores de cobertura con recurso humano calificado en el servicio, a través de los roles de turno médico de los servicios de Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna, Ortopedia y Emergencia.
Desarrollar los mecanismos que le permitan recopilar la información en todos los departamentos y servicios para monitorear el ausentismo del personal del hospital.
Enviar a la UGI, en la primera semana del mes, el tablero de indicadores con el análisis, toma de decisiones y recomendaciones respectivas.
Apoyar a los servicios y niveles intermedios en la documentación de propuestas para la modificación de estándares y la sistematización de las buenas prácticas.

4.2.2.3 Departamento de Registros Médicos y Estadísticas

Es una unidad técnica cuyo objetivo es el manejo de información de alta calidad, válida, oportuna y apropiada para la planificación, organización, dirección, control y evaluación de la gestión. Además de cumplir con las funciones ya establecidas para su departamento, en el proceso de Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria tendrá las siguientes funciones:

Funciones del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas
Elaborar la consolidación de datos de producción de servicios del hospital y realizar la medición de indicadores de producción establecidos en su respectivo tablero de Indicadores y en el Cuadro de Mando Gerencial.
Enviar a todos los servicios, departamentos y a la UGI, el informe de producción, dentro de los primeros cuatro días del mes.
Proporcionar a la UGI y a los comités de apoyo, la información que requieran para la construcción de indicadores del CMG.
Participar y apoyar a la UGI en el análisis de los resultados y en la elaboración de las recomendaciones a remitir al Consejo Consultivo
Remitir una copia del expediente clínico foliado de todas las muertes en general incluyendo las maternas e infantiles a la UGI.
Organizar el Equipo de Mejora Continua de la Calidad (EMCC) de su departamento para la implementación de planes de mejora.
Se debe reunir con el director (a) del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el RGH.
Apoyar a los servicios y niveles intermedios en la documentación de propuestas para la modificación de estándares y la sistematización de las buenas prácticas.

4.2.3 SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO Y DIAGNÓSTICO

4.2.3.1 Laboratorio

Es una unidad técnica cuyo objetivo es realizar los análisis clínicos que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes.

Además de cumplir con las funciones ya establecidas para su departamento, en el proceso de Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria tendrá las siguientes funciones:

Funciones de Laboratorio
Elaborar la consolidación de datos de producción de servicios del hospital y realizar la medición de indicadores de producción establecidos en el tablero de indicadores de los servicios y en el CMG.
Identificar sus necesidades de insumos y reactivos y comunicar oportunamente a la instancia administrativa respectiva.
Contar con procesos establecidos para la entrega oportuna de resultados de acuerdo a condiciones de urgencia.
Enviar a la UGI, el informe de sus indicadores respectivos dentro de los primeros cuatro días del mes.
Proporcionar a la UGI y a los servicios, la información que requieran para la construcción de indicadores del CMG.
Participar y apoyar a la UGI en el análisis de los resultados y en la elaboración de las recomendaciones a remitir al Consejo Consultivo.
Organizar el Equipo de Mejora Continua de la Calidad (EMCC) de su departamento para la implementación de planes de mejora en su ámbito de actuación.
Participar en el subcomité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y contribuir en la construcción de los indicadores de este sub-comité.
Llevar a cabo reuniones con la dirección del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria incluyendo su participación dentro del Consejo Consultivo.
Apoyar a los servicios y niveles intermedios en la documentación de propuestas para la modificación de estándares y la sistematización de las buenas prácticas.

4.2.3.2 Banco de Sangre y Servicio de Transfusión

Es una unidad técnica cuyo objetivo es el manejo de sangre y derivados, que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes.

Además de cumplir con las funciones ya establecidas para su departamento, en el proceso de Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria tendrá las siguientes funciones:

Funciones de Banco de Sangre y Servicio de Transfusión
Elaborar la consolidación de datos de producción de servicios del hospital y realizar la medición de indicadores de producción establecidos en el tablero de indicadores de los Servicios y en el CMG.
Identificar sus necesidades de insumos y reactivos y comunicar oportunamente a la instancia administrativa respectiva.
Contar con procesos establecidos para la entrega oportuna de productos sanguíneos de acuerdo a criterios de urgencia.
Enviar a la UGI, el informe de sus indicadores respectivos dentro de los primeros cuatro días del mes.
Proporcionar a la UGI y a los servicios, la información que requieran para la construcción de indicadores del CMG.
Participar y apoyar a la UGI en el análisis de los resultados y en la elaboración de las recomendaciones a remitir al Consejo Consultivo.
Organizar el Equipo de Mejora Continua de la Calidad (EMCC) de su departamento para la implementación de un plan de mejora en su ámbito de actuación.
Participar en el subcomité de IAAS y contribuir en la construcción de los indicadores de este sub-comité.
Llevar a cabo reuniones con la dirección del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el RGH incluyendo su participación dentro del Consejo Consultivo.
Apoyar a los servicios finales e instancias intermedias en la documentación de propuestas para la modificación de estándares y la sistematización de las buenas prácticas.

4.2.4 COMITÉS DE APOYO A LA GESTIÓN

Los comités de apoyo a la gestión, son instancias conformadas por personal de diferentes unidades del hospital cuyo objetivo principal es garantizar la calidad y eficiencia en la atención de los servicios que demanda la población.

Se establece que en los hospitales del país deben existir al menos cuatro comités básicos de carácter permanente y obligatorio los cuales deben funcionar de acuerdo a las regulaciones establecidas en este manual, estos comités son:

- Comité de Calidad
- Comité de Mortalidad
- Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres
- Comité de Compras

Cada hospital debe organizar y asegurar el funcionamiento de estos comités definidos como prioritarios y básicos para fortalecer la gestión; sin embargo la existencia del número de comités puede variar de acuerdo a la complejidad del hospital y disponibilidad del recurso humano para conformarlos y garantizar su funcionamiento; siempre y cuando no contravenga las disposiciones de estas directrices y cuente con la aprobación del Departamento de Hospitales.

Importante: Las funciones y actividades de los diferentes comités de apoyo a la gestión están incluidas en el Anexo 9.2

4.2.4.1 Comité de Calidad

El comité de calidad es una instancia de apoyo a la gestión hospitalaria y de coordinación con los demás comités constituidos en el centro hospitalario.

Su objetivo es coordinar el desarrollo de todas las acciones de gestión de la mejora de la calidad de los servicios de salud en el hospital.

Organización del Comité:

Al organizar el comité se debe considerar profesionales de diferentes categorías que sean representativos de los servicios y departamentos del hospital. Para seleccionar los miembros del Comité de Calidad se debe tomar en cuenta los siguientes criterios:

- Que tengan conocimientos y experiencia previa en evaluación y mejora de la calidad.
- Que tengan responsabilidad en la organización y gestión de los recursos del hospital.
- Que tengan un tiempo mínimo de seis meses trabajando en el establecimiento de salud para asegurar el conocimiento de la situación y de las posibles estrategias a seguir.
- Que tengan la necesaria estabilidad laboral para asegurar continuidad.
- Que posean capacidad de liderazgo para asegurar la participación de los recursos a su cargo.

El Comité de Calidad estará integrado por:
• Un coordinador nombrado por el director (a) del hospital tomando en cuenta su capacidad de liderazgo en la institución.
• Un facilitador por servicio (médicos y/o enfermeras que forma parte de los equipos de mejora)
• Dos recursos del área administrativa
• Dos recursos de los servicios de apoyo terapéutico y diagnóstico.

4.2.4.2 Comité de Mortalidad

Es una instancia de apoyo a la gestión del hospital, que tiene como objetivo coordinar todas las acciones relacionadas con la prevención y vigilancia de la mortalidad en general del hospital.

Esta instancia es de carácter permanente y cumple con los lineamientos de vigilancia de la mortalidad en general, establecidos por el hospital, el Departamento de Hospitales y la Dirección General de Vigilancia de la Salud del Nivel Central.

El comité de mortalidad estará integrado por:
• Un coordinador (a) nombrado por el director (a) del hospital, tomando en cuenta su capacidad de liderazgo en la institución.
• El sub director (a), en aquellos hospitales donde exista.
• Jefes de los servicios médicos.
• Enfermera (o) profesional delegada (o) por la dirección del departamento de enfermería.
• Coordinador (a) de la UGI, en su condición de epidemiólogo (a).
• Se incorporan otros recursos que se consideren necesarios, según sea el caso que se va analizar.

4.2.4.3 Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres

El objetivo general del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres es establecer los programas y las medidas que contribuyan a prevenir y controlar los riesgos relacionados con las condiciones de bioseguridad de los trabajadores, pacientes, visitantes y al ambiente en el hospital; así como también la preparación para casos de emergencias y desastres.

Los objetivos específicos del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres son:

1. Establecer los mecanismos para el cumplimiento de las normas de bioseguridad en el hospital.
2. Implementar la gestión de riesgo en el hospital para el fortalecimiento de la seguridad hospitalaria ante emergencias y desastres.
3. Vigilar y evaluar las condiciones de bioseguridad en las diferentes áreas de las instalaciones del hospital de acuerdo al nivel de riesgo.
4. Identificar los riesgos biológicos y los correspondientes niveles de bioseguridad.
5. Evaluar periódicamente el programa de bioseguridad hospitalaria.

Organización del Comité

El Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres conducirá estratégica y operativamente su programa respectivo y para cumplir con este cometido, se organizará para su funcionamiento en dos ámbitos: uno para el ámbito de conducción estratégica y operativa y el otro para el ámbito de implementación de los procesos de bioseguridad, emergencias y desastres.

Ámbito de conducción estratégica y operativa:

El Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres, se organizará y funcionará con integrantes clave de las jefaturas de departamentos, servicios o unidades del hospital.

Ámbito de implementación de los procesos:

El Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres internamente conformará cuatro (4) subcomités:

- Sub Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)
- Sub Comité de Resíduos Hospitalarios (RH)
- Sub Comité de Seguridad del Paciente (SP)
- Sub comité de Emergencias y Desastres (ED)

Estos Subcomités estarán constituidos por personal clave de los servicios relacionados a cada proceso.

Integrantes del comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres
• El epidemiólogo (a) o la persona que realice estas funciones dentro del hospital, quien será el coordinador (a) de este comité.
• Un (a) profesional de enfermería asignado(a) por la dirección del departamento de enfermería del hospital.
• Un médico (a) asignado (a) por la dirección del hospital.
• El Jefe (a) de laboratorio clínico.
• El jefe (a) del banco de sangre y servicio de transfusión (donde exista).
• El jefe (a) de farmacia.
• El administrador (a) del hospital.
• El Jefe (a) de estadística.
• El Coordinador (a) del sub comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
• El Coordinador (a) del sub comité de Resíduos Hospitalarios.
• El Coordinador (a) del sub comité de Seguridad del Paciente.
• El Coordinador (a) del sub comité de Emergencias y Desastres.

El Comité de Bioseguridad, Emergencia y Desastres se reunirá ordinariamente una vez al mes, y levantará una ayuda memoria por cada reunión. Dicha reunión será coordinada por el Epidemiólogo (a) o la persona que realice estas funciones dentro del hospital.

El comité nombrará dentro de sus integrantes un secretario (a), quien convocará a reuniones, llevará la ayuda de memoria y la matriz de compromisos por cada reunión.

Organización y funcionamiento de los subcomités (ámbito implementación de los procesos de Bioseguridad, Emergencias y Desastres).

El Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres tiene la responsabilidad de organizar y asegurar el funcionamiento de cuatro subcomités que ejercerán la función de operativización de las acciones del plan de bioseguridad, gestión de riesgos y de fortalecimiento de la seguridad hospitalaria.

Importante: El Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres revisará las funciones y el perfil de los integrantes de sus subcomités para seleccionar el coordinador de cada uno de ellos.

4.2.4.3.1 Sub Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)

El Subcomité de IAAS es un organismo permanente dentro de la organización del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres cuyo propósito es velar por la seguridad de los pacientes y empleados que están expuestos a los riesgos por las IAAS.

Objetivo General

El objetivo general del subcomité de IAAS, es implementar las normas de bioseguridad que permitan entre otras cosas, un adecuado control y uso racional de las medidas de protección individual y colectiva, con el fin de disminuir el riesgo de las infecciones por exposición del personal de salud, del paciente y de la comunidad en general.

Objetivos Específicos

El Subcomité de IAAS tiene los objetivos siguientes:

1. Aplicar las normas y los lineamientos generales para la vigilancia, prevención y control de las IAAS.
2. Contribuir con la disminución de los sobre costos asociados a las infecciones.
3. Evaluar los problemas de IAAS derivados del análisis de la evidencia a través de la información epidemiológica.
4. Operativizar y vigilar el programa para la prevención, el manejo, y control de las IAAS.

En el siguiente cuadro se enuncian los integrantes de este subcomité:

Integrantes del Subcomité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS):
• Infectólogo (a) (donde exista).
• Jefatura del departamento de radiodiagnóstico.
• Representante médico de cada uno de los departamentos o servicios con que cuenta el hospital.
• Representante designado por la dirección del departamento de enfermería del hospital.
• Representante de laboratorio clínico.
• Representante de banco de sangre y servicio de transfusión (donde exista).
• Representante de estadística.
• Jefatura del servicio de dietética o representante.
• Jefatura o responsable de la sección de central de equipos.
• Jefatura del departamento de odontología.
• Representante de farmacia.
• Otros que según criterio del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres debe integrar este subcomité.

Importante: En los hospitales la cantidad de miembros del comité variará de acuerdo a su complejidad.

El Epidemiólogo (a) tendrá la responsabilidad de organizar con el subcomité las acciones con otro personal del hospital para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS.

4.2.4.3.2 Sub Comité de Resúdos Hospitalarios (RH)

El Subcomité de Resúdos Hospitalarios es un órgano permanente del comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres cuyo propósito es velar por la seguridad de los pacientes y empleados que están expuestos a los riesgos por el inadecuado manejo de los Resúdos Hospitalarios.

Objetivo General

El objetivo general del subcomité es implementar el programa de gestión y manejo de los Resúdos Hospitalarios, contribuyendo con ello a incrementar la seguridad y evitar el riesgo a la exposición de resúdos peligrosos de los pacientes, personal de hospital, visitantes, población en general y del ambiente.

Objetivos Específicos

1. Identificar los mecanismos de gestión, para la reducción de los riesgos relacionados con el inadecuado manejo de los resúdos peligrosos generados en el hospital.
2. Promover y vigilar el cumplimiento de las normas establecidas en el “Reglamento de Manejo de Resúdos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud”.
3. Promover la elaboración de los protocolos para el manejo de los resúdos peligrosos para reducir los riesgos en los pacientes y empleados.
4. Implementar un programa para reducir el volumen y la masa de los resúdos peligrosos producidos.
5. Promover las medidas de seguridad e higiene en el centro hospitalario.

En el siguiente cuadro se enuncian los integrantes de este subcomité:

Integrantes del Subcomité de Resúdos Hospitalarios:
• Jefe de servicios generales (donde exista).
• Enfermera (o) profesional (delegado (a) por la dirección del departamento de enfermería).
• 2 Auxiliares de enfermería (delegada (o) por la dirección del departamento de enfermería).
• Jefatura de limpieza.
• Otros que designe el Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres que considere necesario y que tengan relación con la competencia de este subcomité.

4.2.4.3.3 Sub Comité de Seguridad del Paciente (SP)

Es una instancia de apoyo permanente del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres cuyo propósito es el abordaje de la Seguridad del Paciente (SP), contribuyendo a la reducción de los errores y al mejoramiento de la seguridad en la atención en salud de los pacientes, mediante la puesta en marcha de un Programa con este fin en el hospital.

Objetivo general

El objetivo primordial del Subcomité de SP, es velar y contribuir a la reducción de daños no intencionales a los pacientes, en especial a través de la prevención y disminución de los errores en el sistema y en las personas.

Objetivos Específicos

1. Establecer un programa para la seguridad del paciente.

2. Identificar las estrategias de gestión para la reducción de los riesgos relacionados a la SP.
3. Establecer mecanismos de análisis situacional, registros estadísticos y propuestas de cambios y / o mejoras en la SP.
4. Promover la elaboración de los protocolos para la SP a fin de reducir los riesgos en la atención.
5. Promover una cultura de SP y fomentar un entorno seguro en la atención.
6. Promover un programa de educación continua sobre prevención para los pacientes.
7. Programar, implementar y evaluar las actividades de capacitación y las estrategias de intervención para la seguridad del paciente y la calidad de la atención en el hospital.

En el siguiente cuadro se enuncian los integrantes de este subcomité:

Integrantes del Subcomité de Seguridad del Paciente (SP):
• Un representante de los departamentos o servicios de docencia e investigación (donde exista)
• Un representante de Infectología (donde exista)
• Un representante del departamento o servicio de cirugía.
• Un representante del departamento o servicio de medicina.
• Dos enfermeras profesionales, designadas por la dirección del departamento de enfermería
• Dos auxiliares de enfermería designadas por la dirección del departamento de enfermería
• Un representante del departamento Rx
• Un representante del laboratorio.
• Un representante de farmacia.
• Un representante de departamento de trabajo social
• Un representante de departamento de psicología

Importante: El Subcomité podrá integrar temporal o permanentemente aquellas personas que considere necesarias para cumplir con sus objetivos.

La integración de este Subcomité variara de acuerdo a la complejidad del Hospital y número de recursos.

4.2.4.3.4 Subcomité de Emergencias y Desastres (ED)

Es una instancia de apoyo permanente del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres, cuyo propósito es coordinar y dirigir las acciones correspondientes a la gestión del riesgo del hospital, para proteger la vida de los usuarios internos y externos y además contar con un establecimiento cuyos servicios permanezcan accesibles y funcionando a su máxima capacidad instalada y en su misma infraestructura, inmediatamente después de un fenómeno destructivo.

Objetivo General

Reducir la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional del centro hospitalario mediante la implementación de prevención y atención de emergencias y desastres provocados por fenómenos naturales y antrópicos.

Objetivos Específicos

1. Sistematizar procesos de evaluación de la vulnerabilidad estructural y no estructural del hospital.
2. Conducir la elaboración e implementación del plan de seguridad hospitalaria, que integre las medidas de gestión de la respuesta ante emergencias y desastres.
3. Definir las estrategias y mecanismos de evaluación periódica del plan de seguridad hospitalaria.
4. Adoptar las medidas correctivas, fundamentadas en las evaluaciones y dar seguimiento al plan operativo del hospital.
5. Aplicar instrumentos de diagnóstico para verificar el estado de la seguridad hospitalaria y de esta forma priorizar las intervenciones en el hospital.
6. Vigilar el cumplimiento de las políticas y normas establecidas para la reducción de los riesgos en el hospital; así como las especificaciones técnicas en cuanto a los sistemas constructivos, líneas vitales y equipamiento.

En el siguiente cuadro se enuncian los integrantes de este subcomité:

Integrantes del Subcomité de Emergencias y Desastres:
• Jefe del servicio de emergencia.
• Medico (a) general asignado por la dirección del hospital.
• Enfermera(o) profesional designada(o) por la dirección del departamento de enfermería.
• Representante de laboratorio clínico.
• Jefe de mantenimiento.
• Otros que designe el comité de bioseguridad, emergencias y desastres que considere necesario y que tengan relación con la competencia de este subcomité.

4.2.4.4 Comité de Compras

El objetivo de este comité es apoyar a la administración del hospital para mantener el abastecimiento adecuado de insumos requeridos para desarrollar todos los procesos productivos del hospital, mediante procedimientos administrativos ágiles, eficientes y transparentes, que contribuyan a lograr los objetivos de la institución.

En el siguiente cuadro se enuncian los integrantes de este comité:

Integrantes del Comité de Compras:
• Contador (a) del hospital.
• Jefe (a) de almacén.
• Enfermera (o) director(a) del departamento de enfermería del hospital.
• Jefe (a) de farmacia.
• Representante del área o servicio que realizó el requerimiento.

El Coordinador(a) de este comité será seleccionado por el director (a) del hospital, de una terna propuesta por el Consejo Consultivo. Esta terna debe ser seleccionada de los integrantes del mismo comité y no podrá considerarse en la terna el administrador del hospital.

4.3 NIVEL DE LOS SERVICIOS FINALES.

En este nivel se identifican los servicios de gestión clínica cuya función principal es la producción de atención y de egresos hospitalarios, para fines del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria también se incluye en este nivel el servicio de sala de operaciones y emergencia.

Además de cumplir con las funciones ya establecidas para su departamento, los servicios tendrán en el proceso del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria las siguientes funciones:

Funciones a realizar en los servicios finales
Participar en las reuniones de discusión de los reportes de listas de chequeo.
Organizar y dirigir las reuniones semanales programadas para el servicio.
En la reunión semanal previa a la reunión del Consejo Consultivo (segunda semana del mes) debe: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar las soluciones a los problemas encontrados dentro de su ámbito de competencia. ej. procesos de trabajo, modificación de flujos de procesos, capacitación, etc. ➤ Identificar soluciones cuyas decisiones deben ser tomadas a nivel de la dirección con el apoyo del consejo consultivo; ej. solicitud de equipo, recurso humano, infraestructura, etc.
Dar seguimiento permanente y oportuno a: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los acuerdos realizados en las reuniones semanales. ➤ Los acuerdos contraídos por el servicio en las reuniones del Consejo Consultivo. ➤ Los reportes de los comités de apoyo a la gestión.
Asegurar que la (el) jefe de servicios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recolecte la información y elabore el tablero de indicadores mensualmente. ➤ Recolecte la información de los reportes que desde la dirección se reciben de la problemática identificada en la lista de chequeo diaria. ➤ Archive la información correspondiente de los registros mensuales del tablero de indicadores y de ayudas memorias de las reuniones.
Entregar a la UGI, al día siguiente de la segunda reunión del mes, el tablero de indicadores con sus correspondientes análisis y recomendaciones.
Apoyar (cuando sea requerido) a la UGI en el análisis de los resultados y elaboración de recomendaciones del Cuadro de Mando Gerencial.
Apoyar a los servicios y niveles intermedios en la documentación de propuestas para la modificación de estándares y la sistematización de las buenas prácticas.

5. MECANISMOS DE RELACIONAMIENTO PARA MEJORAR LA GESTIÓN

Se identifica la necesidad de establecer mecanismos de relacionamiento que aseguren un seguimiento oportuno y dinámico a la gestión hospitalaria, al interior del hospital y de éste con los niveles superiores (intermedio y central). A continuación se describen los lineamientos con este propósito.

5.1 RELACIONAMIENTO EN TODOS LOS NIVELES DEL HOSPITAL

Para el correcto funcionamiento del RGH, es necesario que la comunicación entre los diferentes niveles gerenciales sea continua, oportuna y eficiente por lo que se debe fortalecer dentro del hospital los relacionamientos entre los diferentes departamentos y servicios del hospital.

A continuación los mecanismos que se deberán usar al interior de cada uno de los departamentos y servicios del hospital así como entre la dirección y ellos.

5.1.1 A NIVEL DE SERVICIOS FINALES

En los servicios clínicos es donde se concretiza la misión del hospital, ya que es en ella que se atiende directamente al paciente y sus familiares, por lo tanto es fundamental que los jefes de esos servicios realicen actividades que aseguren que la gestión de los mismos se ejecute de manera armónica mediante una coordinación fluida y oportuna en los diferentes miembros de los equipos de trabajo.

Para ello se proponen los mecanismos siguientes que deben ser ejecutados bajo la responsabilidad del jefe del servicio.

Reunión semanal del equipo del servicio/departamento:

Esta reunión debe desarrollarse todos los lunes después de que se termine la pasada de visita médica (el jefe del servicio debe de establecer la hora más conveniente) y deben participar:

- Jefe médico del servicio/departamento.
- Jefes médicos de salas.
- Enfermeras jefas de salas y de servicio.
- Un miembro del Equipo de Mejora Continua de la Calidad (EMCC).

El Jefe médico del servicio/departamento será el responsable de organizar las reuniones: preparar la agenda de trabajo y realizar las convocatorias, las comunicaciones las realizará el secretario que se designe, el cual deberá ser nombrado en acuerdo con todo el equipo.

La agenda de la reunión debe incluir obligatoriamente los siguientes temas, aunque se pueden agregar otros que el jefe del servicio considere necesario:

- Verificar a través de la matriz de seguimiento de los compromisos, el cumplimiento de los mismos por el equipo.
- Monitorear si durante la semana hubo problemas de desabastecimiento con algún medicamento por parte de la farmacia al servicio o insumos de otro departamento de apoyo (laboratorio, mantenimiento etc.).

- Hacer llamados de atención al personal responsable del incumplimiento de los compromisos o de las normas de atención del servicio, en caso de ser necesario proceder con el departamento de personal según la falta cometida.
- Dar seguimiento a las actividades de supervisión médica y de enfermería de manera que se asegure su cumplimiento de acuerdo a las normas establecidas.
- Discutir los problemas de las salas que sean informados por los miembros del equipo (incumplimiento de horarios etc.).

La reunión de la segunda semana de cada mes del equipo del servicio, previa a la reunión del Consejo Consultivo, debe ser dedicada a tres puntos únicamente:

- Verificar que los compromisos contraídos por el equipo se cumplieron (ayuda memoria).
- Revisar y analizar en detalle los indicadores del tablero interno del servicio y definir los compromisos que asumirá el equipo y cuáles serán las propuestas que se plantearán al director (a) en el Consejo Consultivo.
- Discutir los problemas de las salas que sean informados por los miembros del equipo (incumplimiento de horarios, etc.).

Es fundamental que durante la semana el jefe del servicio/departamento de seguimiento a los compromisos para asegurar que se estén ejecutando a conformidad.

Importante: Cuando un hospital no cuente con un servicio específico de ortopedia, la problemática evaluada a través de los indicadores, será responsabilidad del servicio de Cirugía en el caso de adulto y en pediatría en el caso de los niños y niñas.

5.1.2 A NIVEL DE LAS INSTANCIAS INTERMEDIAS: COMITÉS DE APOYO A LA GESTIÓN, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN, ADMINISTRACIÓN, UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN, RECURSOS HUMANOS Y REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICA.

Las instancias intermedias son los departamentos de apoyo y los comités definidos en este documento. Estas instancias son las responsables de asegurar que todos los servicios del hospital cuenten con los insumos, equipos, infraestructura, información, etc. que aseguren la operación del hospital de acuerdo a los estándares establecidos.

Mecanismos de trabajo para los comités

Los comités son instancias organizadas por la dirección del hospital para apoyar en la gestión de procesos específicos y clave dentro del hospital, los mecanismos mediante los cuales los comités ejecutarán sus actividades están definidos en sus respectivos reglamentos.

Mecanismos de trabajo para los servicios de apoyo

Es fundamental que los jefes de los servicios de apoyo se reúnan con su equipo de trabajo para discutir el funcionamiento de sus procesos y verificar que el apoyo a los servicios es el esperado de acuerdo a sus atribuciones, para facilitar esta labor, a continuación se establecen los mecanismos mediante los cuales los jefes de los servicios de apoyo ejecutarán su misión.

Reunión semanal de los equipos de trabajo

Esta reunión debe desarrollarse todos los lunes (idealmente a primera hora) en el caso de los servicios. Los comités se reunirán con la periodicidad establecida en sus reglamentos de funcionamiento.

Importante: Cuando un hospital no cuente con un servicio específico de ortopedia, la problemática evaluada a través de los indicadores, será responsabilidad del servicio de Cirugía en el caso de adulto y en pediatría en el caso de los niños y niñas.

El Jefe de cada instancia intermedia será el responsable de organizar las reuniones, es decir de preparar la agenda de trabajo y realizar las convocatorias. Las comunicaciones las realizará el secretario (a) que se designe, el cual deberá ser nombrado en acuerdo con todo el equipo.

En la reunión semanal al interior de los servicios de laboratorio, banco de sangre y servicio de transfusión, administración, UGI, RRHH y registros médicos y estadística, el jefe de servicio y su equipo deben dar seguimiento a las siguientes acciones:

- Verificar a través de la matriz de seguimiento de los compromisos, el cumplimiento de los mismos por el equipo.
- Verificar que todas las actividades de apoyo a los servicios finales se cumplieron a satisfacción; si hubiera alguna situación que provocó problemas se deben discutir y contraer compromisos que aseguren la solución a la situación planteada.
- Hacer llamados de atención al personal responsable del incumplimiento de los compromisos o de las normas de atención del servicio; en caso de ser necesario proceder con el departamento de RRHH según la falta cometida.
- Verificar que las actividades de relacionamiento con los otros servicios/departamento y con el nivel de conducción se ejecutan de acuerdo a lo normado.
- Discutir los problemas del servicio que sean informados por los miembros del equipo.

La reunión de la segunda semana de cada mes del equipo del servicio/departamento previa a la reunión del Consejo Consultivo, debe ser dedicada a tres puntos únicamente:

- Verificar que los compromisos contraídos por el equipo se cumplieron (ayuda memoria).
- Revisar y analizar en detalle el tablero de indicadores de la sala y definir los compromisos que asumirá el equipo del servicio y cuáles serán las propuestas que se plantearán al director (a) en el Consejo Consultivo.
- Desarrollar un procedimiento para análisis del comportamiento de los indicadores y del grado de implementación de planes de intervención.
- Discutir los problemas de las salas que sean informados por los miembros del equipo.

Seguimiento a las acciones tomadas durante la reunión semanal

Es fundamental que durante la semana el jefe del departamento de seguimiento a los compromisos para asegurar que se estén ejecutando a conformidad, para ello deberá utilizar la ayuda memoria de las reuniones.

5.1.3 A NIVEL DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

De acuerdo a sus atribuciones, el director (a) del hospital es el responsable de asegurar el adecuado funcionamiento del mismo en todos sus servicios finales, instancias intermedias y los de conducción. Para apoyarle en ese propósito, el director (a) cuenta con la instancia del Consejo Consultivo para discutir, en base a los resultados mostrados por los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial, los avances en la gestión y los problemas que dificultan el cumplimiento de la misión del mismo; sin embargo, el tiempo establecido para las reuniones del Consejo Consultivo, no es suficiente para poder revisar y resolver toda la problemática del hospital, por lo que se establecen mecanismos de relacionamiento entre el director (a) y los jefes (as) de los departamentos y servicios que deberán funcionar de acuerdo a las siguientes directrices:

Reuniones semanales con el Consejo Consultivo

El director (a) y el consejo consultivo deberán reunirse el día martes de cada semana del mes, para lo cual este debe enviar al menos dos días antes de la reunión del Consejo Consultivo la agenda a tratar.

El objetivo de la reunión en la tercera semana de cada mes, es analizar los resultados de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial, siendo esto el punto único en agenda, para lo cual deberán utilizar el Cuadro de Mando Gerencial y el análisis elaborado por el coordinador (a) de la UGI consignado en el reporte narrativo. El resto de las reuniones semanales, podrán abordarse los temas derivados del análisis realizado en la reunión de la tercera semana, así como también temas y proyectos que consideren necesario discutir y tomar decisiones oportunas para mejorar los resultados de los indicadores.

Reuniones semanales individuales con los jefes de los departamentos de Administración, Recursos Humanos, Estadística, Laboratorio, Banco de Sangre y Servicio de Transfusión.

Estas reuniones se efectuarán de acuerdo a las características de cada hospital, por lo tanto el director (a) del hospital debe realizarlas de acuerdo a su agenda y en función de cómo ha organizado sus procesos gerenciales, esto significa, que si el director (a) tiene mecanismos similares que aseguran el relacionamiento individual con sus jefes de departamentos, puede continuar utilizándolos siempre y cuando estos mecanismos garanticen la discusión de los temas de tratamiento obligatorio que se detallan a continuación.

Con el Administrador:

- a) Verificar que los procesos de compra se están realizando de acuerdo a lo planeado, especialmente lo relacionado con los medicamentos e insumos críticos.
- b) Analizar las respuestas que se están dando a los problemas identificados en las listas de chequeo diaria.
- c) Analizar el cumplimiento de los procesos de relacionamiento con el nivel central y la región sanitaria.
- d) Analizar los fondos recuperados y definir las prioridades a invertir tomando como base las recomendaciones del Consejo Consultivo.
- e) Analizar la ejecución presupuestaria y Plan Operativo Anual (POA) cuando sea necesario.
- f) Cualquier otro tema identificado en la problemática administrativa del hospital.

Con el Jefe de Recursos Humanos:

- a) Verificar que los procesos de Recursos Humanos se estén desarrollando de acuerdo a lo normado (Reclutamiento, selección, etc.)
- b) Seguimiento a los procesos de contratación y disciplinarios que estén gestionándose.
- c) Analizar las respuestas que se están dando a los problemas identificados en la lista de chequeo diario.

- d) Analizar los avances en los procesos de relacionamiento con el nivel central y la región sanitaria.
- e) Analizar la ejecución presupuestaria en las partidas relacionadas con Recursos Humanos y decidir las prioridades a invertir tomando como base las recomendaciones del Consejo Consultivo.
- f) Verificar que se esté cumpliendo el calendario de vacaciones del personal y que las mismas sean otorgadas según necesidad institucional, especialmente en periodos críticos (Ej. semana santa y navidad).
- g) Realizar supervisiones continuas al personal para verificar la veracidad del ausentismo justificado y disminuir el injustificado.
- h) Cualquier otro tema identificado en la problemática de RRHH del hospital.

Con el jefe de Estadística:

- a) Identificar las dificultades en la entrega de la información de los servicios y departamentos.
- b) Identificar y discutir como operar, mantener y proteger los equipos que soportan el sistema de información del hospital.
- c) Establecer mecanismos para mejorar sistemáticamente el relacionamiento con el resto de servicios y departamentos del hospital.
- d) Discutir sobre avances en el cumplimiento del indicador EST-05 (expedientes).

El director (a) del hospital y el coordinador (a) de la UGI se deben relacionar de la siguiente manera:

- a) Diariamente deben reunirse para revisar las listas de chequeo con los jefes de servicios y/o departamentos (médicos y enfermeras) e instancias intermedias involucradas en los problemas encontrados para la discusión de las soluciones.
- b) Una vez al mes deben reunirse para:
 - a. Revisar preliminarmente los resultados identificados a través de la medición de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial.
 - b. Preparar la reunión del Consejo Consultivo en la que se discutirá el Cuadro de Mando Gerencial
- c) Cada vez que sea necesario para revisar situaciones relacionadas con:
 - a. Funcionamiento de los comités de apoyo a la gestión.
 - b. Dificultades en el manejo del sistema de información.
 - c. Cualquier eventualidad relacionada con el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
 - d. Cualquier emergencia epidemiológica o de otra índole que amenacen el funcionamiento del hospital.
 - e. Funcionamiento del Consejo Consultivo.
 - f. Funcionamiento de los comités de apoyo externo.
 - g. Cualquier otro tema que consideren importante.

El Director (a) del hospital y los jefes del servicio/departamento y la dirección del departamento de enfermería

Deben relacionarse mediante reuniones periódicas cada vez que sea necesario, para discutir la problemática de los servicios identificada en las rutinas diarias y en el análisis de los indicadores de los tableros, sin embargo, se instruye para que al menos una vez al mes se realice una reunión con este propósito.

5.2 RELACIONAMIENTO CON EL NIVEL INTERMEDIO Y CENTRAL

A continuación se establecen los lineamientos de relacionamiento del hospital con estos niveles.

5.2.1 CON EL NIVEL INTERMEDIO

- En la reunión semanal del Consejo Consultivo del hospital, es obligatoria la participación del Director (a) Regional y/o Jefe (a) de Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud.
- El director del hospital y el jefe (a) Regional con acompañamiento del equipo técnico de apoyo que consideren necesario de acuerdo a la temática a tratar, se reunirá bimensualmente, previa concertación de fecha, para dar seguimiento a los compromisos adquiridos entre ambas instancias, especialmente las relacionadas con:
 - a. Promoción de los servicios del hospital en las unidades ambulatorias.
 - b. Impacto del cierre de unidades de salud, en la demanda de pacientes al hospital.
 - c. Sistema de referencia respuesta.
 - d. Supervisión y monitoreo de la calidad de la atención primaria en salud.
- Reunión de Consejo de Directores

Es una instancia conformada por directores de hospitales y director regional que posibilitan la discusión y análisis de políticas institucionales, estrategias y actividades vinculadas al quehacer de los hospitales, así como la petición y rendición de cuentas entre el nivel intermedio y central.

El propósito del consejo de directores es fortalecer la coordinación entre los directores regionales y directores de hospitales con el fin de asegurar el acceso y la calidad a los servicios hospitalarios de la población de los departamentos involucrados.

5.2.2 CON EL NIVEL CENTRAL

- Todos los meses, el Departamento de Hospitales retroalimentará a los hospitales en:
 - Opiniones sobre el informe técnico que los hospitales envíen.
 - Sobre las decisiones gerenciales tomadas por el nivel técnico- político en base a los hallazgos identificados en el Rerodenamiento de la Gestión Hospitalaria.
- El Departamento de Hospitales visitará a todos los hospitales para apoyarles en la gestión, para ello utilizará una guía específica que permita apoyar más eficientemente a los equipos hospitalarios.
- Se trabajará en una propuesta para la inducción de directores (as) y coordinadores (as) de la UGI nuevos de los hospitales, que les permita asumir sus funciones en condiciones apropiadas de entendimiento de los principales procesos administrativos y gerenciales del hospital. Se desarrollará un plan de educación continua en gestión, calidad y gerencia. Este curso será condición necesaria para asumir el cargo.

5.3 ENTRE INSTANCIAS DEL NIVEL CENTRAL

Con los resultados de los análisis de la información enviada por los hospitales, el Departamento de Hospitales preparará un informe ejecutivo para presentar a la Dirección General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (DGDSSS) para discutir:

- Las respuestas que se les dará a los hospitales en base a los informes presentados por los mismos.
- Definir las intervenciones que se realizarán de acuerdo a los resultados alcanzados
- La Sub Secretaría de Redes y Servicios (SSRS) y la Dirección General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud sostendrán reuniones periódicas con el nivel político superior para discutir los avances de los resultados del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
- La Dirección General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud y el Departamento de Hospitales organizarán reuniones de seguimiento de la siguiente manera:
 - Reuniones trimestrales entre los Directores (as) de hospitales y región para analizar los avances en los procesos impulsados por el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
 - Reuniones del consejo de directores (as).
 - Reuniones específicas con los directores (as) de hospitales que la Sub Secretaría de Redes y Servicios decida hacer de acuerdo a los resultados analizados.

Para la ejecución de estas reuniones, la Dirección General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud se acompañará con funcionarios clave según la agenda de las reuniones.

- La Sub Secretaría de Redes y Servicios buscará y establecerá un mecanismo para instaurar incentivos.

6. LINEAMIENTOS PARA EL ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES

El estándar es el resultado deseado de un proceso que se puede medir mediante el uso de indicadores. Es un valor de referencia, medida o relación que se emplea para servir de modelo o patrón y significa una medida común para evaluar los comportamientos, progreso o desviaciones en la implementación de los procesos con el fin de aplicar las medidas correctivas necesarias.

Un indicador, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, es “una variable para medir cambios”. Otras definiciones señalan que el indicador es una expresión cuantitativa o cualitativa que mide, valora y compara; es una expresión numérica de una realidad o de un estándar. Permiten establecer comparaciones con normas o estándares y de hecho, miden el cumplimiento de los mismos.

En relación al hospital como organización prestadora de servicios de salud, los estándares establecen las metas de calidad que se deben alcanzar, sirviendo de parámetro para medir los niveles de calidad que realmente se logran y las características concretas que deben poseer los servicios y productos para que sean considerados de calidad.

Desde un punto de vista general los estándares para ser eficaces deben responder con la mayor precisión a la realidad práctica del proceso o actividad en la que serán aplicados, así como al uso que se les dará, debiendo ser capaces de señalar y detectar las desviaciones o variaciones que se presenten.

Los estándares de calidad determinan el nivel mínimo y/o máximo aceptable para un indicador. Si el valor del indicador se encuentra dentro del rango significa que se está cumpliendo con el criterio de calidad que fue definido y que el proceso transcurre conforme a lo previsto. Si por el contrario, se está por debajo del rango, significa que no se cumple con el compromiso de calidad y se debe actuar en consecuencia (o bien la apuesta fue demasiado optimista para los medios disponibles). Por el contrario, si se está por encima, o bien se tendrá que redefinir el criterio o, desde luego, se está gastando (en términos de esfuerzo) más de lo que se pensaba era necesario.

Importante: Se debe corroborar la calidad del dato utilizada para la construcción de los indicadores, antes de contrastarlos con el estándar establecido.

Pero la calidad en la prestación de los servicios de salud siempre es compleja de evaluar y su medición puede abordarse desde muy diferentes perspectivas y tiene multitud de posibles soluciones debido al constante cambio que experimenta la realidad en que están inmersos. En consecuencia los estándares pueden requerir de ajustes en su definición en la medida en que la práctica cotidiana identifique cambios en la realidad objetiva. El presente capítulo resume los lineamientos para la actualización y ajuste de los estándares.

Justificación

El análisis permanente del nivel de calidad alcanzado en la prestación de servicios de salud a través del Cuadro de Mando Gerencial, puede identificar cambios en la realidad objetiva que sustenta la definición original de los estándares por lo que se hace necesario realizar, en base a evidencia, la actualización y ajuste de los mismos.

Metodología

El monitoreo constante y sistemático de los estándares a través del comportamiento de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial, debe permitir identificar dificultades con el comportamiento de los estándares, las cuales generalmente tienen su origen cuando:

- No se pueden alcanzar por más esfuerzo que se invierta (ej. RH-01, RH-02).
- Se alcanzan o sobrepasan con relativa facilidad (ej. el estándar correspondiente al indicador EST-05).
- La realidad en que se basa el estándar se haya modificado (ej. PED-06, UGI-09)

Los responsables del monitoreo de los estándares son fundamentalmente los hospitales en donde se implementa el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria. El Departamento de Hospitales también puede identificar dificultades en el comportamiento de los estándares, así como los equipos regionales y las instancias técnico normativas responsables de las estrategias que se desarrollan en el nivel hospitalario (Departamento de Atención Integral a la Familia, Departamento de Garantía de la Calidad y otros).

El procedimiento para la gestión en la modificación de los estándares del Cuadro de Mando Gerencial incluye:

- Los servicios, instancias intermedias y los Equipos de Mejora Continua de la Calidad, son los actores clave en la identificación de necesidad de modificación en los estándares en los hospitales.
- Con el apoyo de la Unidad de Gestión de la Información, documentar la situación dada.
- El director (a) del hospital enviará al Departamento de Hospitales la propuesta de modificación del estándar, acompañando documentación respectiva.
- El Departamento de Hospitales realizará una consulta técnica con la instancia normativa respectiva (conformación de comisión ad-hoc) quien dará su opinión a través de un dictamen por escrito estableciendo las modificaciones o recomendaciones respectivas.
- El Departamento de Hospitales hará el adendum respectivo, notificando a toda la red de inmediato.

El Departamento de Hospitales elaborará una guía de trabajo para la presentación de las propuestas por parte de los hospitales, la cual se socializará oportunamente.

7. MECANISMOS PARA EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS BASADO EN EL ENFOQUE DE BUENAS PRÁCTICAS

El enfoque de Buenas Prácticas está basado en la idea de replicar las experiencias que han demostrado ser innovadoras, eficaces, eficientes en otros contextos o en otros territorios, para obtener resultados similares.

El concepto de buenas prácticas, se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto. Se utiliza en una amplia variedad de contextos para referirse a las formas óptimas de ejecutar un proceso, que pueden servir de modelo para otras organizaciones.

En el marco del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria, se utilizará este enfoque para motivar e incentivar el intercambio de experiencias entre los hospitales de la Secretaría de Salud (SESAL), con el objetivo de crear mecanismos que aseguren el desarrollo homogéneo en la conducción de los hospitales, aprovechando las lecciones aprendidas de los hospitales con mayor avance gerencial y de esta manera fortalecer el rol gerencial de los directores (as) de hospitales y de los actores clave que participan en la gestión hospitalaria.

A continuación se establecen las actividades que bajo la conducción de la Sub Secretaría de Redes y Servicios (SSRS) a través del Departamento de Hospitales se realizarán con este propósito:

- Se definirán criterios basados en estándares e indicadores que permitan identificar los hospitales que han desarrollado buenas prácticas en el marco de la implementación del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
- Se realizarán evaluaciones de los avances en cada hospital a través de la medición de los estándares e indicadores según los informes mensuales de los hospitales y de las visitas que el personal del nivel central (especialmente el del Departamento de Hospitales) realicen a los mismos.
- De acuerdo a los resultados se desarrollará un perfil de cada hospital identificando las debilidades y fortalezas de cada uno de ellos y se definirán las buenas prácticas que deben ser compartidas con sus homólogos.
- El Departamento de Hospitales facilitará y apoyará la identificación, documentación, sistematización y aplicación de las buenas prácticas en los hospitales y se clasificará a los hospitales como líderes en una buena práctica lo que permitirá a estos coordinar y actuar como los promotores y expertos de este conjunto de procedimientos y actividades que mejoran un proceso, para que puedan ser aplicados en otros hospitales que requieran fortalecimiento en esta área.
- Los hospitales identificados con buenas prácticas compartirán con el resto de hospitales mediante un mecanismo de intercambio de experiencias de acuerdo a los lineamientos establecidos.

Se considera que el tiempo transcurrido desde la implementación de las Directrices y Lineamientos del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en 2009 hasta la fecha ha sido suficiente para considerar si las prácticas desarrolladas en los hospitales se pueden catalogar como exitosas y sistematizarse para eventualmente intercambiarse.

Las buenas prácticas identificadas serán compartidas con el resto de los hospitales del país a través de un programa de intercambio de experiencias de acuerdo a los siguientes mecanismos:

- Presentación y discusión de las buenas prácticas identificadas entre los directores (as) de hospitales en el seno del Consejo de Directores (as), debiéndose mantener como punto de agenda permanente la posibilidad de intercambio de estas prácticas.
- Realización de pasantías en los sitios donde se ha identificado una buena práctica con personal clave de otros hospitales, para ello, el Departamento de Hospitales preparará en conjunto con el director (a) del hospital líder un plan de trabajo que permita transmitir a los visitantes el conocimiento y experiencia de su buena práctica.

- Asistencia técnica de parte de uno o varios funcionarios de un hospital líder que ha desarrollado una o varias buenas prácticas a hospitales que lo necesiten y lo soliciten.
- El Departamento de Hospitales organizará y facilitará talleres de intercambio de experiencias de acuerdo a las siguientes consideraciones:
 - Se realizará un taller anual a nivel nacional con participación de los hospitales del país para intercambiar buenas prácticas entre todos ellos.
 - Talleres entre un número determinado de hospitales para intercambiar buenas prácticas entre ellos.

Todas las acciones relacionadas con el intercambio de buenas prácticas deberán ser aprobadas por la Subsecretaría de Redes y Servicios y conducidas técnicamente por el Departamento de Hospitales, quien elaborará un cronograma de trabajo anual y los comunicará oportunamente a todas las instancias de la Secretaría de Salud y otras instituciones involucradas en su realización.

Criterios para el análisis de una Buena Práctica

Los criterios de análisis que el Departamento de Hospitales utilizará para calificar las buenas prácticas serán:

- 1. Pertinencia:** La experiencia responde a una necesidad identificada por medio de diagnóstico/ investigación/consulta cuidadosa. Los objetivos están bien definidos, son relevantes y realistas. Las estrategias utilizadas responden claramente a las condiciones encontradas y tienen una justificación conceptual basada en principios comunes.
- 2. Innovación:** La iniciativa y los equipos de trabajo expresan la capacidad de crear y/o adecuar formas, estilos de trabajo, estrategias, enfoques, etc. que son novedosos para uso en contextos específicos. Esto se puede aplicar a las formas de organización, al uso de los recursos, a aspectos de la gestión, a estrategias concretas de intervención, a fomento de la participación, al trabajo directo con jóvenes, entre otros.
- 3. Proceso e impacto:** La experiencia puede demostrar resultados positivos y/o impacto a partir de la comparación entre las condiciones existentes antes o al inicio de la intervención y la situación después de su implementación.
- 4. Sostenibilidad:** La buena práctica considera la importancia de la sostenibilidad en el tiempo y por lo tanto desarrolla mecanismos para lograrlo. Ha generado procesos sostenibles en el mediano y largo plazo.

8. LINEAMIENTOS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL REORDENAMIENTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Para asegurar que el Reordenamiento de Gestión Hospitalaria se está implementado y ejecutando correctamente en tiempo y forma en la red hospitalaria pública, se proponen los siguientes mecanismos de monitoreo y evaluación bajo la conducción técnica del Departamento de Hospitales:

- Actualización sistemática y permanente de la base de datos (gráficas, Cuadro de Mando Gerencial y tableros internos) por parte del Departamento de Hospitales lo cual será posible a través del envío de la base de datos.
- El personal técnico del Departamento de Hospitales realizará una revisión mensual de indicadores del Cuadro de Mando Gerencial, reportes narrativos, ayuda memoria del Consejo Consultivo brindando la retroalimentación oportuna a los hospitales de las observaciones identificadas.
- Seguimiento estratégico de los resultados de la gestión hospitalaria a través de la identificación de indicadores trazadores para facilitar la discusión política de los avances y toma de decisiones.
- Visitas de monitoreo a los hospitales, al menos 2 veces por año, utilizando guías específicas que posibiliten la verificación del funcionamiento del Reordenamiento de Gestión Hospitalaria y estandarice el análisis como la toma de decisiones.
- Reuniones trimestrales de los Consejos de Directores (as) de hospitales, apoyadas con listas de cotejo definidas para el proceso de Reordenamiento de Gestión Hospitalaria por parte del Departamento de Hospitales.
- Evaluación intermedia de la estrategia al cumplirse un año de su implementación y una evaluación final a los dos años.
- Monitoreo de buenas prácticas: identificación, sistematización e intercambio.

Importante: Se debe corroborar la calidad del dato utilizada para la construcción de los indicadores, antes de contrastarlos con el estándar establecido.

El Departamento de Hospitales preparará un plan para implementar el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en su versión actualizada una vez oficializado mediante acuerdo ministerial, el cual contiene los siguientes mecanismos:

- Capacitación.
- Monitoreo y Evaluación.
- Programación de los tiempos para incorporar hospitales.
- Tiempos de ejecución.

CUADRO DE DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Gineco - Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	GO-01	Toda mujer que presentó una complicación obstétrica por Hemorragia, Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica, Eclampsia y Sepsis deberá ser manejada de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	% de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Hemorragia, Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica, Eclampsia y Sepsis que fueron manejadas de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	N° de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Hemorragia, Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica, Eclampsia y Sepsis que fueron manejadas de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma. Total de mujeres embarazadas, de parto o postparto que presentaron una complicación obstétrica por Hemorragia, Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica, Eclampsia y Sepsis de la muestra en el periodo a medir x 100	Específicamente para fines de este proceso se refiere a: hemorragia de la primera o segunda mitad del embarazo, Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica, Eclampsia y Sepsis Puerperal. Preeclampsia Atípica: Se desarrolla menor de 20 semanas de gestación y mayor de 48 horas postparto y presenta algunos de los signos y síntomas de preeclampsia clásica, sin la hipertensión usual o proteinuria. Este indicador es la sumatoria de los indicadores GO-02 (Hemorragia), GO-03 (Pre Eclampsia) y GO-04 (Sepsis)	Este indicador es la sumatoria de los indicadores GO-02 (Hemorragia), GO-03 (Pre Eclampsia) y GO-04 (Sepsis)	Mensual
2	GO-02	Toda mujer que presenta una complicación obstétrica por hemorragia (en la primera y segunda mitad del embarazo y postparto), son manejadas de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de mujeres que presentan una complicación obstétrica por hemorragia (en la primera y segunda mitad del embarazo y postparto) que fueron manejadas de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	N° de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Hemorragia (en la primera y segunda mitad del embarazo y postparto) que fueron manejadas de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma. Total de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Hemorragia de la muestra en el periodo a medir x 100	Específicamente para fines de este proceso se refiere a: hemorragia de la primera o segunda mitad del embarazo, hemorragia post parto.	Libro de Ingresos y Egresos, SIP, Expediente Clínico	Mensual
3	GO-03	Toda mujer que presenta una complicación obstétrica por Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica y Eclampsia deberá ser manejada de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de mujeres que presentaron Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	N° de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma. Total de mujeres con una complicación obstétrica por Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica y Eclampsia de la muestra en el periodo a medir x 100	Específicamente para fines de este proceso se refiere a: Preeclampsia Leve, Preeclampsia Severa, Preeclampsia Atípica y Eclampsia. Preeclampsia Atípica: Se desarrolla menor de 20 semanas de gestación y mayor de 48 horas postparto y presenta algunos de los signos y síntomas de preeclampsia clásica, sin la hipertensión usual o proteinuria	Libro de Egresos de Estadística, SIP actualizado, Expediente Clínico	Mensual
4	GO-04	Toda mujer que presenta una complicación obstétrica por Endometritis deberá ser manejada de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de mujeres que presentaron complicación obstétrica por Endometritis que fueron manejadas de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	N° de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Endometritis que fueron manejadas de acuerdo a criterios seleccionados de la norma. Total de Mujeres con una complicación obstétrica por Endometritis de la muestra en el periodo a medir x 100	En el denominador se incluyen todas las Endometritis hospitalarias y las extrahospitalarias.	Libro de Ingresos y Egresos, Expediente Clínico y HCPB	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Gineco - Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
5	GO-05	100% de usuarias en que la curva de dilatación cervical de la parturienta rebasó la curva de alerta o presentación evidencia de desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal, se debe tomar una decisión en base a información del partograma.	% de usuarias en las que la curva de la dilatación cervical de la parturienta rebasó la curva de alerta o presentación evidencia de desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal y que se tomó una decisión en base a información del partograma.	N° de usuarias en las que la curva de dilatación cervical de la parturienta rebasó la curva de alerta o presentación evidencia de desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal y que se tomó una decisión en base a información del partograma. Total de usuarias que rebasaron la curva de alerta o que tenían desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaron todas las usuarias que rebasaron la curva de alerta o que tenían desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal.	Expediente clínico (Notas de evolución y Partograma) HCPB	Mensual
6	GO-06	En todo parto Vaginal y por Cesárea se debe realizar el Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP)	% de partos Vaginales y por Cesárea en las que se realizó el Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP)	N° de partos vaginales y por Cesárea en las que se realizó el manejo activo del tercer período del parto (MATEP) Total de partos vaginales y por cesárea de la muestra atendida en el periodo a medir x 100	Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP) , registrado en la HCPB y reportado en el SIP.	SIP actualizado	Mensual
7	GO-07	100% de las usuarias postparto (vía vaginal y por cesárea) a las cuales se les controló y registro en la historia clínica perinatal base (HCPB) los criterios seleccionados por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar 2 horas, y al momento del momento del egreso, de acuerdo a criterios seleccionados de la norma	% de las usuarias postparto (vía vaginal y por cesárea) a las cuales se les controló y registro en la historia clínica perinatal base (HCPB) los criterios seleccionados por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar 2 horas, y al momento del egreso, de acuerdo a criterios seleccionados de la norma	No. de usuarias postparto (vía vaginal y por cesárea) a las cuales se les controló y registro en la historia clínica perinatal base (HCPB) los criterios seleccionados por lo menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos hasta completar 2 horas, y al momento del egreso, de acuerdo a criterios seleccionados de la norma Total de usuarias postparto (vía vaginal y por cesárea) de la muestra en el periodo a medir x 100	La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) es un documento de registro y control de la información perinatal, el cual además de garantizar el control de la evolución del embarazo, a través de un sistema de alertas visuales, le permite al personal de salud, el reconocer oportunamente los factores de riesgo existentes en cada paciente, para que pueda establecer el diagnóstico temprano de cualquier alteración que pueda desencadenar alguna complicación durante el puerperio.	SIP actualizado	Mensual
8	UG-09	100% de las unidades de sangre solicitadas para manejo de hemorragias obstétricas deben ser entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transfusión de forma inmediata	% de las unidades de sangre solicitadas para manejo de hemorragias obstétricas que deben ser entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transfusión de forma inmediata	N° de unidades de sangre solicitadas para manejo de hemorragias obstétricas e iniciadas su transfusión de acuerdo a la categoría de urgencia de forma inmediata. Total de unidades de sangre solicitadas para manejo de hemorragias obstétricas de la muestra en el periodo a medir x 100	Se entiende como inicio de transfusión la que se realiza en los primeros cinco minutos de haberse entregado la unidad de sangre por parte de laboratorio al servicio que lo solicita. La transfusión de sangre es una forma simple de trasplante de un órgano. La sangre se transfiere de un donante a un paciente receptor para corregir temporalmente una deficiencia o la alteración de una función. Categoría de urgencia de la solicitud de sangre o componente sanguíneo: 1. En caso de solicitudes de sangre de Extrema Urgencia, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de 10 a 15 minutos. 2. En caso de solicitudes de sangre Muy Urgente, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de 1 hora. 3. En caso de solicitudes de sangre Urgente, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de las 3 horas.	La hora de solicitud del producto sanguíneo que el médico anota en el expediente clínico y en el formato de solicitud del componente sanguíneo para transfusión. La hora de inicio de la transfusión se encuentra anotada en la hoja de registro de la transfusión la cual es responsabilidad del personal de enfermería. • Solicitud de producto sanguíneo • Expediente • Libro de salidas de laboratorio • Hoja de transfusión	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Gineco - Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
9	UGH-10	Pendiente de definir estándar	% de pacientes atendidas, que fueron referidas por el servicio de Gineco-Obstetricia a un nivel de mayor resolución.	N° de pacientes atendidas por el servicio de Gineco-Obstetricia que fueron referidas a un nivel de mayor resolución. Total de pacientes egresadas del servicio de Gineco-Obstetricia de la muestra del periodo a medir x 100	Se consideran todas las referencias de las salas del servicio de Gineco-Obstetricia en su conjunto y las referencias Gineco-Obstetricas del servicio de emergencia, exceptuando las referencias de consulta externa	SIP actualizado, Libro de registro de referencias	Mensual
10	UGH-11	100% de pacientes que presentaron una emergencia Obstetrica son evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado	% de pacientes con emergencia obstetrica que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	N° de mujeres que presentaron una complicación obstetrica que fueron evaluadas por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado Total de mujeres con una complicación obstetrica, de la muestra en el periodo a medir x 100	Para la hora de identificación del diagnóstico se utiliza la hoja de urgencia (impronta), y para la hora de atención por el especialista se utilizan las anotaciones en el expediente.	Hoja de Urgencia (impronta), SIP actualizado y Expediente Clínico	Mensual
11	GO-08	El servicio de gineco-obstetricia contará con el 100% de insumos para brindar atención de salud reproductiva (mujer y niño/a)	% de insumos presentes en el servicio de gineco-obstetricia para brindar atención en salud reproductiva. (mujer y niño/a)	N° de insumos existentes Total de insumos del listado en el periodo a medir x 100	Se verificará la existencia de insumos presentes en el servicio de Gineco-Obstetricia utilizando el listado de verificación consignado en el instrumento de monitoreo.	Listado verificación de insumos existentes en las salas	Mensual
12	GO-09	El 85% de cumplimiento de la programación de parejas protegidas con métodos de Planificación Familiar.	% de cumplimiento de la programación de parejas protegidas con métodos de Planificación Familiar.	N° de parejas protegidas con métodos de Planificación Familiar Total de parejas que programó proteger en el periodo a medir x 100	Pareja Protegida: Porcentaje de parejas que fueron protegidas con un método de PF en el periodo, del total de parejas que estimó proteger en ese mismo periodo. Se considera que cumple el indicador si cubre al menos el 85% de las parejas estimadas a proteger para el periodo.	Instrumento 1.2 (Programación de las actividades de PF para el hospital); Instrumento 4.2 (Consolidado de Monitoreo mensual de programación y ejecución de planificación familiar en hospitales)	Mensual
13	GO-10	El 85 % de la programación de métodos anticonceptivos para usuarias PEO en el periodo son ejecutados.	% de cumplimiento de la programación de métodos de planificación familiar.	N° de métodos por tipo que logró cumplimiento de la programación al menos de 85% N° de métodos por tipo que oferta el servicio en el periodo a medir X 100	Se requiere saber el número de usuarias PEO que egresaron del hospital con un método de PF (ACO, Inyectables, DIU, Condones y AOV Feminina). Se considera que cumple el indicador cuando cada uno de los métodos que la unidad programó entregar, logró al menos un 85% del cumplimiento.	Instrumento 4.2 (Consolidado de Monitoreo mensual de programación y ejecución de planificación familiar en hospitales)	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Gineco - Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
14	GO-11	100% de usuarias post evento obstétrico o de intervalo a las cuales se les realizó una AOV femenina y masculina (Vasectomías) y que tiene su hoja de consentimiento informado llena, según norma.	% de usuarias post evento obstétrico o de intervalo a las cuales se les realizó una AOV femenina y masculina (Vasectomías) y que tiene su hoja de consentimiento informado llena, según norma.	N° de usuarias (os) que se les realizó AOVs femenina y masculina que firmaron el consentimiento informado Total de AOV realizadas en el periodo a medir x 100	Se requiere tener el número de hojas de las usuarias PEO que firmaron voluntariamente el Consentimiento Informado para realizarse AOV después de la consejería recibida.	Expedientes clínicos de usuarias a las que se les practicó AOVs, SIP actualizado y Hoja de consentimiento informado firmada.	Mensual
15	MORT-04	Cero muertes relacionadas al embarazo, parto y puerperio	N° de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio	N° de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio	Se deberán describir todas las muertes ocurridas en el mes, identificando claramente la causa de la muerte en cada una de ellas. Deberá adjuntarse un cuadro identificando el nombre de la paciente y la causa de la muerte, al cuadro de indicadores	Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia, Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones SIP actualizado e Informe del Comité de Mortalidad	Mensual
16	MORT-02	No deben ocurrir muertes maternas evitables en el hospital	N° de muertes maternas evitables	N° de muertes maternas evitables Hemorragia, Sepsis, Pre-Eclampsia, Eclampsia y Síndrome de HELLP	Se deberán describir todas las muertes ocurridas en el mes, identificando claramente la causa de la muerte en cada una de ellas. Deberá adjuntarse un cuadro identificando el nombre de la paciente y la causa de la muerte al cuadro de indicadores.	Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia, Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones SIP actualizado e Informe del Comité de Mortalidad	Mensual
17	BIO-IAAS-03	Reducir la Tasa General de Endometritis en el hospital.	Tasa General de Endometritis.	N° de endometritis post parto vaginal y cesáreas ocurridas en el hospital Total de partos vaginales + cesáreas realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100	El numerador incluye todas las endometritis post cesárea y post parto vaginal ocurridas en el periodo determinado, de pacientes cuyo parto ocurrió en el hospital y que fue adquirida en el mismo (ver definición de IAAS) Este indicador es la sumatoria de los indicadores: BIO-IAAS-04 y BIO-IAAS-05	Este indicador es la sumatoria de los indicadores: BIO-IAAS-04 y BIO-IAAS-05	Mensual
18	BIO-IAAS-04	Reducir la Tasa de Endometritis Post-Cesárea.	Tasa de Endometritis Post-Cesárea.	N° de endometritis post-parto vaginal ocurridas en el hospital. Total de cesáreas realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomarán todos los partos vía cesáreas realizadas en el hospital.	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
19	BIO-IAAS-05	Reducir la Tasa de Endometritis Post-Parto Vaginal.	Tasa de Endometritis Post-Parto Vaginal.	N° de endometritis post-parto vaginal ocurridas en el hospital. Total partos vaginales atendidos de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomarán todos los partos vaginales atendidos en el hospital.	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Gineco - Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
20	BIO-UMS-06	Reducir las infecciones de Herida Operatoria Post Cesarea.	Tasa de Infección de Herida Operatoria Post Cesarea.	N° de infecciones de Herida Operatoria post-cesárea ocurridas en el hospital. Total de cesareas realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran todas las infecciones de herida operatoria post cesareas realizadas en el hospital.	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
21	RRHH-08	Cero ausencias no justificadas.	% de Ausentismo no Justificado.	N° de días empleado que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causas justificada	Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos ó de Personal	Roles de turno y tarjetas de asistencia	Mensual
22	EST-01	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Índice Ocupacional (IO)	Total días paciente en un periodo delimitado Total días cama en ese periodo x 100	Índice Ocupacional: Muestra el grado de aprovechamiento de la oferta del recurso cama del servicio ó de la unidad. Día Paciente: Es el periodo de servicio prestado a un paciente hospitalizado, comprendido entre las horas de dos (2) censos consecutivos	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
23	EST-02	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Promedio Días Estancia	Total de días estadia de todos los egresos registrados en un periodo dado Total de egresos en ese periodo	Permite conocer y monitorear el tiempo promedio que toma el brindar atención a un paciente hospitalizado. Días Estancia: Es el tiempo transcurrido, desde el momento que el paciente ingresa hasta que realiza su egreso Nota: Si el paciente permanece ingresado solo unas horas, tendría para los efectos de la medición un día.	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
24	EST-03	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Giro Cama	Total de Egresos en un periodo delimitado Número promedio de Camas. Censables en ese periodo determinado.	Giro Cama: Es la Productividad de egresos por cama Día Cama: Es la disponibilidad de una cama censable por 24 horas del día	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
25	EST-04	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Intervalo de Sustitución(S)	(Total de días cama del periodo) - (total de días paciente) Total de egresos hospitalarios en ese periodo	Tiempo promedio de cama desocupada	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Pediatría

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	PED-01	100% de los recién nacidos (as) con emergencia neonatal, son manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	% de los recién nacidos (as) con emergencia neonatales que fueron manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	<p>N° de los recién nacidos (as) con emergencia neonatal que fueron manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.</p> <p>Total de los recién nacidos (as) con emergencia neonatal de la muestra en el período a medir x 100</p>	Se requiere conocer el número de niñas/os recién nacidos con diagnóstico de asfixia, prematuridad y sepsis que recibieron atención en el hospital y fueron manejados de acuerdo a la norma. Este indicador es la sumatoria de los indicadores PED-02 (Asfixia), PED-03 (Sepsis) y PED-04 (Prematuridad)	Este indicador es la sumatoria de los indicadores PED-02 (Asfixia), PED-03 (Sepsis) y PED-04 (Prematuridad)	Mensual
2	PED-02	100% de los recién nacidos (as) con diagnóstico de Asfixia son manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	% de los recién nacidos (as) con diagnóstico de Asfixia que fueron manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	<p>N° de los recién nacidos (as) con diagnóstico de Asfixia que fueron manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.</p> <p>Total de recién nacidos (as) de la muestra en el período a medir x 100</p>	Se requiere conocer el número de niñas/os recién nacidos con diagnóstico de asfixia que recibieron atención en el hospital y fueron manejados de acuerdo a las normas materno neonatal 2010.	Expediente Clínico HCPB de las Embarazadas, SP actualizado y la Hoja Neonatal.	Mensual
3	PED-03	100% de los recién nacidos (as) con diagnóstico de Sepsis son manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	% de los recién nacidos (as) con diagnóstico de Sepsis que fueron manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	<p>N° de los recién nacidos (as) con diagnóstico de Sepsis que fueron manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.</p> <p>Total de recién nacidos (as) de la muestra en el período a medir x 100</p>	Se requiere conocer el número de recién nacidos con diagnóstico de Sepsis que recibieron atención en el hospital y fueron manejados de acuerdo a las normas materno neonatal 2010.	Expediente Clínico HCPB de las Embarazadas, SP actualizado y la Hoja Neonatal.	Mensual
4	PED-04	100% de los recién nacidos (as) con diagnóstico de Prematuridad son manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	% de los recién nacidos (as) con diagnóstico de Prematuridad que fueron manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	<p>N° de los recién nacidos (as) con diagnóstico de Prematuridad, que fueron manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.</p> <p>Total de recién nacidos (as) de la muestra en el período a medir x 100</p>	Se requiere conocer el número de recién nacidos con diagnóstico de Prematuridad que recibieron atención en el hospital y fueron manejados de acuerdo a las normas materno neonatal 2010.	Expediente Clínico HCPB de las Embarazadas, SP actualizado y la Hoja Neonatal.	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Pediatría

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
5	PED-05	100% de los recién nacidos (as) deben recibir en el hospital una Atención Inmediata al nacimiento, según los criterios seleccionados de la norma y en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)	% de recién nacidos (as) que recibieron en el Hospital una Atención Inmediata al nacimiento, según los criterios seleccionados de la norma y se registraron los datos encontrados en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)	<p>N° de recién nacidos (as) que recibieron en el Hospital una Atención Inmediata al nacimiento, según los criterios seleccionados de la norma y se registraron los datos encontrados en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)</p> <p>Total de recién nacidos (as) vivos de la muestra del periodo a medir x 100</p>	<p>Atención inmediata al nacimiento se refiere a los siguientes criterios: Talla, Peso, Calor, Despejar vías aéreas, Estimular y secar, Peso según edad gestacional, VDRL o RPR, Aplicación de Vitamina K, Profilaxis oftálmica, APGAR al minuto APGAR a los 5 minutos.</p> <p>Recién nacido vivo, se refiere a todo recién nacido con signos vitales evidentes(P/A, FC, FR, To) independientemente si tuvo o no complicaciones.</p>	<p>SP actualizado, Expediente Clínico HCPB de las Embarazadas y la Hoja Neonatal.</p> <p>Mensual</p>	Mensual
6	PED-06	100% de niños menores de cinco (5) años con diagnóstico de diarrea con deshidratación grave atendidos en el hospital, son evaluados, clasificados y tratados de acuerdo a los lineamientos establecidos.	% de niños menores de cinco (5) años con diagnóstico de diarrea con deshidratación grave atendidos en el hospital que fueron evaluados, clasificados y tratados de acuerdo a los lineamientos establecidos.	<p>N° de niños menores de cinco (5) años con diagnóstico de diarrea con deshidratación grave atendidos en el hospital que fueron evaluados, clasificados y tratados de acuerdo a los lineamientos establecidos.</p> <p>Total de niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea con deshidratación grave atendidos en el hospital, en el periodo a medir x 100</p>	<p>Este indicador mide únicamente los casos de niños con deshidratación grave que son diagnosticados y manejados en el hospital en base a los lineamientos establecidos y a los criterios definidos y tomados de la norma de atención del menor de 5 años con diagnóstico de diarrea con deshidratación grave.</p>	<p>Libro de egresos y Expediente Clínico</p> <p>Mensual</p>	Mensual
7	PED-07	100% de niños menores de 5 años de edad atendidos con diagnóstico de Neumonía Grave reciben tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de niños menores de 5 años de edad atendidos con diagnóstico de Neumonía Grave que recibieron tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	<p>N° de niños menores de 5 años de edad atendidos con diagnóstico de Neumonía Grave que recibieron tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.</p> <p>Total de niños menores de 5 años de edad de la muestra atendidos con diagnóstico de Neumonía Grave en el periodo a medir x 100</p>	<p>Este indicador mide únicamente los casos de niños con neumonía grave que fueron diagnosticados y manejados en el hospital en el área de hospitalización de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.</p>	<p>HCPB y Expediente Clínico.</p> <p>Mensual</p>	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Pediatría

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
8	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas por el servicio de Pediatría entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transusión en forma inmediata	% de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Pediatría entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transusión en forma inmediata	<p>N° de unidades de sangre solicitadas por el servicio de pediatría que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transusión en forma inmediata</p> <p>Total de unidades de sangre solicitadas en el periodo a medir x 100</p>	<p>Se entiende como inicio de transusión, la que se realiza en los primeros cinco minutos de haberse entregado la unidad de sangre por parte del laboratorio al servicio que lo solicita. La transusión de sangre es una forma simple de trasplante de un órgano. La sangre se transfiere de un donante a un paciente receptor para corregir temporalmente una deficiencia o la alteración de una función. Categoría de urgencia de la solicitud de sangre o componente sanguíneo:</p> <ol style="list-style-type: none"> En caso de solicitudes de sangre de Extrema Urgencia, cumple el estándar si la transusión dio inicio dentro de 10 a 15 minutos. En caso de solicitudes de sangre Muy Urgente, cumple el estándar si la transusión dio inicio dentro de 1 hora. En caso de solicitudes de sangre Urgente, cumple el estándar si la transusión dio inicio dentro de las 3 horas. 	<p>La hora de solicitud del producto sanguíneo que el médico anota en el expediente clínico y en el Formab de solicitud del componente sanguíneo para transusión. La hora de inicio de la transusión se encuentra anotada en la hoja de registro de la transusión la cual es responsabilidad del personal de enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> Expediente Libro de salida de laboratorio Hoja de transusión 	Mensual
9	UGI-10	Total de pacientes atendidos en el servicio de Pediatría que son referidos a un nivel de mayor resolución.	% de pacientes atendidos por el servicio de Pediatría que fueron referidos un nivel de mayor resolución.	<p>N° de pacientes atendidos por el servicio de Pediatría que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.</p> <p>Total de pacientes egresados por el servicio de Pediatría de la muestra del periodo a medir x 100</p>	<p>En el numerador se incluyen todas las referencias del servicio de Pediatría en su conjunto y las referencias pediátricas del servicio de emergencia, exceptuando las referencias de consulta externa</p>	<p>SP actualizado, Hoja de referencia agregada al expediente clínico y Libro de registro de referencias del servicio.</p>	Mensual
10	UGI-11	Total de niñas(os) con emergencia pediátrica que son evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	% de niñas(os) con emergencia pediátrica que fueron evaluadas(os) por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	<p>N° de niñas(os) con emergencia pediátrica que fueron evaluadas(os) por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.</p> <p>Total de niñas(os) con emergencia pediátrica, de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	<p>Para la hora de identificación del diagnóstico se utiliza la hoja de urgencia (impronto), y para la hora de atención por el especialista se utilizan las anotaciones en el expediente.</p>	<p>Hoja de Urgencia (impronto) y Expediente Clínico</p>	Mensual
11	MORT-03	Cero muertes neonatales evitables	N° de muertes neonatales evitables por asfixia, sepsis y prematuridad.	<p>N° de muertes neonatales evitables por asfixia, sepsis y prematuridad.</p>	<p>Se debieron describir todas las muertes ocurridas en el mes, identificando claramente la causa de la muerte en cada una de ellas. Deberá adjuntarse un cuadro identificando el nombre del paciente y la causa de la muerte, al cuadro de indicadores</p>	<p>Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia, Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones SP actualizado e Informe del Comité de Mortalidad</p>	Mensual
12	BIO-IAAS-07	Reducir la Tasa General de Sepsis Neonatal Asociada a la Atención en Salud. (IAAS)	Tasa General de Sepsis Neonatal Asociada a la Atención en Salud. (IAAS)	<p>N° de recién nacidos con sepsis ocurridas durante su hospitalización Asociada a la Atención en Salud. (IAAS)</p> <p>Total de recién nacidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	<p>En el numerador se incluyen todos los neonatos nacidos en el hospital.</p>	<p>Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.</p>	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Pediatría

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
13	RRHH-08	Cero ausencias sin justificación	% de Ausentismo No Justificado.	N° de días empleado que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada	Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos ó de Personal	Roles de turno y tarjetas de asistencia	Mensual
14	EST-01	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Índice Ocupacional (IO)	Total días paciente en un periodo determinado Total días cama en ese periodo x 100	Índice Ocupacional: Muestra el grado de aprovechamiento de la oferta del recurso cama del servicio ó de la unidad. Día Paciente: Es el periodo de servicio prestado a un paciente hospitalizado, comprendido entre las horas de dos (2) censos consecutivos	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH 2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
15	EST-02	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Promedio Días Esencia	Total de días estada de todos los egresos registrados en un periodo dado Total de egresos en ese periodo	Permite conocer y monitorear el tiempo promedio que toma el brindar atención a un paciente hospitalizado. Días Estancia: Es el tiempo trascurrido, desde el momento que el paciente ingresa hasta que realiza su egreso Nota: Si el paciente permanece ingresado solo unas horas, tendra para los efectos de la medición un día.	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH 2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
16	EST-03	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Giro Cama	Total de Egresos en un periodo determinado Número promedio de Camas Censables en ese periodo determinado.	Giro Cama: Es la Productividad de egresos por cama Día Cama: Es la disponibilidad de una cama censable por 24 horas del día	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH 2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
17	EST-04	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Intervalo de Sustitución(S)	(Total de días cama del periodo) / (total de días paciente) Total de egresos hospitalarios en ese periodo	Tiempo promedio de cama desocupada	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH 2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Cirugía

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	CIR -01	100% de pacientes con las cinco causas de egresos más frecuentes en el servicio de Cirugía manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial	% de pacientes de las cinco causas de egresos más frecuentes en el servicio de Cirugía manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial	N° de pacientes de las cinco causas de egresos más frecuentes en el servicio de Cirugía manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes de las cinco causas más frecuentes de egresos en el servicio de cirugía de la muestra en el periodo a medir x 100	Este indicador es la sumatoria de los numeradores de los indicadores: CIR-02, CIR-03, CIR-04, CIR-05, CIR-06, entre la sumatoria de los denominadores de los mismos indicadores	Mensual	
2	CIR -02	100% de pacientes con (primera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de Cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (primera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de Cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (primera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de Cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes con (primera causa mas frecuente) egresados de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con (primera causa mas frecuente) egresados de la sala de cirugía.	Mensual	
3	CIR -03	100% de pacientes con (segunda causa mas frecuente) atendidos en el servicio de Cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial	% de pacientes con (segunda causa mas frecuente) atendidos en el servicio de Cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (segunda causa mas frecuente) y manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes con (segunda causa mas frecuente) egresados de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con (segunda causa mas frecuente) egresados de la sala.	Mensual	
4	CIR -04	100% de pacientes con (tercera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial	% de pacientes con (tercera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de cirugía, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (tercera causa mas frecuente) y manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes con (tercera causa mas frecuente) egresados de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con (tercera causa mas frecuente) egresados de la sala.	Mensual	
5	CIR -05	100% de pacientes con (cuarta causa mas frecuente), atendidos en el servicio de cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial	% de pacientes con (cuarta causa mas frecuente) atendidos en el servicio de cirugía, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (cuarta causa mas frecuente) y manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes con (cuarta causa mas frecuente) egresados de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con (cuarta causa mas frecuente) egresados de la sala.	Mensual	

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Cirugía

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
6	CIR-06	100% de pacientes con (quinta causa mas frecuente), atendidos en el servicio de cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial	% de pacientes con (quinta causa mas frecuente) atendidos en el servicio de cirugía, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (quinta causa mas frecuente) y manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Se bmanan los pacientes con (quinta causa mas frecuente) egresados de la sala.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las Salas de Cirugía.	Mensual
				Total de pacientes con (quinta causa mas frecuente) egresados de la muestra en el periodo a medir x 100			
7	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas por el servicio de Cirugía son entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transfusión de forma inmediata.	% de las unidades de sangre solicitadas que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transfusión de forma inmediata.	N° de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Cirugía que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transfusión de forma inmediata.	Se entiende como inicio de transfusión la que se realiza en los primeros 5 minutos de haberse entregado la unidad de sangre por parte del laboratorio al servicio que lo solicita. La transfusión de sangre es una forma simple de trasplante de un órgano. La sangre se transfiere de un donante a un paciente receptor para corregir temporalmente una deficiencia o la alteración de una función. Categoría de urgencia de la solicitud de sangre o componente sanguíneo: • Solicitud de producto sanguíneo • Expediente • Libro de salida de laboratorio • Hoja de transfusión	La hora de solicitud del producto sanguíneo, que el médico anota en el expediente clínico y en el formato de solicitud del componente sanguíneo para transfusión. La hora de inicio de la transfusión, se encuentra anotada en la hoja de registro de la transfusión la cual es responsabilidad del personal de enfermería.	Mensual
				Total de unidades de sangre solicitadas por el servicio en el periodo a medir x 100			
8	UGI-10	Pendiente de definir estándar	% de pacientes atendidos en el Servicio Cirugía, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	N° de pacientes atendidos en el Servicio Cirugía, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	Se consideran todas las referencias de las salas del servicio de Cirugía	Expediente clínico, Libro de referencia y SJP	Mensual
				Total de pacientes egresados en el servicio de Cirugía de la muestra del periodo a medir x 100			
9	UGI-11	100% de pacientes que presentaron una emergencia en el Servicio de Cirugía que fueron evaluadas por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	% de pacientes que presentaron una emergencia en el Servicio de Cirugía y que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	N° de pacientes que presentaron una emergencia en el Servicio de Cirugía, que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	Para la hora de identificación del diagnóstico se utiliza la hoja de urgencia (inminente), y para la hora de atención por el especialista se utilizan las anotaciones en el expediente.	Hoja de Urgencia (inminente) y Expediente Clínico	Mensual
				Total de pacientes que presentaron una emergencia, de la muestra en el periodo a medir x 100			
10	MORT-10		% de muertes ocurridas en el servicio de Cirugía.	N° de muertes ocurridas en el servicio de Cirugía.	Urgencia, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de 10 a 15 minutos. 2. En caso de solicitudes de sangre Muy Urgente, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de 1 hora. 3. En caso de solicitudes de sangre Urgente, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de las 3 horas.	Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones y Reporte Estadístico de defunciones.	Mensual
				Total de egresos del servicio de Cirugía en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Cirugía

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
11	BIO-IAAS-08	Pendiente definir estándar	Tasa de infección de herida operatoria (excluyendo post cesáreas).	N° de infecciones de herida operatoria (excluyendo post cesáreas) ocurridas en el hospital. Total de cirugías realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100	En el numerador se incluyen todas las infecciones de herida operatoria (excluyendo post cesáreas)	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
12	RRHH-08	Cero ausencias sin justificación	% de Ausentismo no Justificado	N° de días empleado que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada	Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos o de Personal	Roles de turno y tarjetas de asistencia	Mensual
13	EST-01	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Índice Ocupacional (IO)	Total días paciente en un periodo determinado Total días cama en ese periodo x 100	Índice Ocupacional: Muestra el grado de aprovechamiento de la oferta del recurso cama del servicio ó de la unidad. Día Paciente: Es el periodo de servicio prestado a un paciente hospitalizado, comprendido entre las horas de dos (2) censos consecutivos	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
14	EST-02	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Promedio Días Estánda	Total de días estado de todos los egresos registrados en un periodo dado Total de egresos en ese periodo	Permite conocer y monitorear el tiempo promedio que toma el brindar atención a un paciente hospitalizado. Días Estánda: Es el tiempo transcurrido, desde el momento que el paciente ingresa hasta que realiza su egreso Nota: Si el paciente permanece ingresado solo unas horas, tendría para los efectos de la medición un día.	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
15	EST-03	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Giro Cama	Total de Egresos en un periodo determinado N° promedio de Camas Censables en ese periodo determinado.	Giro Cama: Es la Productividad de egresos por cama Día Cama: Es la disponibilidad de una cama censable por 24 horas del día	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
16	EST-04	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Intervalo de Sustitución(S)	(Total de días cama del periodo) - (total de días paciente) Total de egresos hospitalarios en ese periodo	Tiempo promedio de cama desocupada	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Medicina Interna

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	MI-01	100% de pacientes de las cinco causas de egresos más frecuentes en el servicio de medicina interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes de las cinco causas de egreso más frecuentes en el servicio de medicina interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes de las cinco causas de egreso más frecuentes en el servicio de medicina interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes de las cinco causas de egreso más frecuentes de la muestra en el periodo a medir x 100	Este indicador es la sumatoria de los numeradores de los indicadores: MI-02, MI-03, MI-04, MI-05, MI-06 entre la sumatoria de los denominadores de los mismos indicadores.	Este indicador es la sumatoria de los numeradores de los indicadores: MI-02, MI-03, MI-04, MI-05, MI-06 entre la sumatoria de los denominadores de los mismos indicadores.	Mensual
2	MI-02	100% de pacientes con (primera causa más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (primera causa más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con Primera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con diagnostico, seleccionados de acuerdo a la muestra, egresados del Servicio de Medicina Interna	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas de Medicina Interna.	Mensual
3	MI-03	100% de pacientes con (segunda causa más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (segunda causa más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (segunda causa mas frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con diagnostico, seleccionados de acuerdo a la muestra, egresados del Servicio de Medicina Interna	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas de Medicina Interna.	Mensual
4	MI-04	100% de pacientes con (tercera causa más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (tercera causa más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (tercera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con diagnostico seleccionados de acuerdo a la muestra, egresados del Servicio de Medicina Interna	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas de Medicina Interna.	Mensual
5	MI-05	100% de pacientes con (cuarta causa más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (cuarta causa más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (cuarta causa mas frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con diagnostico de seleccionados de acuerdo a la muestra, egresados del Servicio de Medicina Interna	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas de Medicina Interna.	Mensual
6	MI-06	100% de pacientes con (quinta causa más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (quinta causa más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (quinta causa mas frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con diagnostico de seleccionados de acuerdo a la muestra, egresados del Servicio de Medicina Interna	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas de Medicina Interna.	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Medicina Interna

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
7	UG-09	100% de las unidades de sangre solicitadas por el servicio de Medicina Interna son entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transusión de forma inmediata.	% de las unidades de sangre solicitadas que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transusión de forma inmediata	N° de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Medicina Interna que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transusión de forma inmediata. Total de unidades de sangre solicitadas por el servicio en el periodo a medir x 100	Se entiende como inicio de transusión la que se realiza en los primeros 5 minutos de haberse entregado la unidad de sangre por parte del laboratorio al servicio que lo solicitó. La transusión de sangre es una forma simple de trasplante de un órgano. La sangre se transfiere de un donante a un paciente receptor para corregir temporalmente una deficiencia o la alteración de una función. Categoría de urgencia de la solicitud de sangre o componente sanguíneo: 1. En caso de solicitudes de sangre de Extrema Urgencia, cumple el estándar si la transusión dio inicio dentro de 10 a 15 minutos. 2. En caso de solicitudes de sangre Muy Urgente, cumple el estándar si la transusión dio inicio dentro de 1 hora. 3. En caso de solicitudes de sangre Urgente, cumple el estándar si la transusión dio inicio dentro de las 3 horas.	La hora de solicitud del producto sanguíneo que el médico anota en el expediente clínico y en el formato de solicitud del componente sanguíneo para transusión. La hora de inicio de la transusión se encuentra anotada en la hoja de registro de la transusión la cual es responsabilidad del personal de enfermería. • Solicitud de producto sanguíneo • Expediente • Libro de salida de laboratorio • Hoja de transusión	Mensual
8	UG-10	Pendiente de definir estándar	% de pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna, fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	N° de pacientes atendidos por el servicio de Medicina Interna que fueron referidos a un nivel de mayor resolución Total de pacientes egresados por el servicio de Medicina Interna de la muestra del periodo a medir x 100	En el numerador se incluyen todas las referencias del servicio de Medicina Interna en su conjunto y las referencias del servicio de emergencia, exceptuando las referencias de consulta externa	Hoja de referencia agregada al expediente clínico y Libro de registro de referencias de servicios.	Mensual
9	UG-11	100% de pacientes que presentaron una emergencia en el servicio de medicina interna son evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado	% de pacientes que presentaron una emergencia en el servicio de medicina interna son evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado	N° de pacientes que presentaron una emergencia en el servicio de medicina interna que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado Total de pacientes que presentaron una emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100	Para la hora de identificación del diagnóstico se utiliza la hoja de urgencia (impront) y para la hora de atención por el especialista se utilizan las anotaciones en el expediente.	Hoja de Urgencia (impront) y Expediente Clínico	Mensual
10	MORT-11		% de muertes ocurridas en el servicio de Medicina Interna	N° de muertes en el Servicio de Medicina Interna Total de egresos del servicio de Medicina Interna en el periodo a medir x 100		Libro de egresos hospitalarios, Libro de detenciones y Reporte Estadístico de detenciones.	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Medicina Interna

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
11	BIO-JAAS-02	Reducir la Prevalencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) menor o igual al 10%	Prevalencia Mensual de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)	N° de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) ocurridas en el hospital. Total de pacientes atendidos durante el periodo a medir x 100	Para el numerador de este indicador se consideraran las IAAS registradas en las salas de Medicina Interna ocurridas en el periodo. En el denominador se tomaran todos los pacientes hospitalizados y egresados.	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
12	RRHH-08	Cero ausencias sin justificación	% de Ausentismo no Justificado	N° de días empleado que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada	Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos o de Personal	Roles de turno y tarjetas de asistencia	Mensual
13	EST-01	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Índice Ocupacional (IO)	Total días -paciente en un periodo determinado Total días -cama en ese periodo x 100	Índice Ocupacional: Muestra el grado de aprovechamiento de la oferta del recurso cama del servicio o de la unidad. Día Paciente: Es el periodo de servicio prestado a un paciente hospitalizado, comprendido entre las horas de dos (2) censos consecutivos	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
14	EST-02	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Promedio días estancia	Total de días estadía de todos los egresos registrados en un periodo dado Total de egresos en ese periodo	Permite conocer y monitorear el tiempo promedio que toma el brindar atención a un paciente hospitalizado. Días Estancia: Es el tiempo transcurrido, desde el momento que el paciente ingresa hasta que realiza su egreso Nota: Si el paciente permanece ingresado solo unas horas, tendrá para los efectos de la medición un día.	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
15	EST-03	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Giro Cama	Total de Egresos en un periodo determinado N° promedio de Camas Censables en ese periodo determinado.	Giro Cama: Es la Productividad de egresos por cama Día Cama: Es la disponibilidad de una cama censable por 24 horas del día	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
16	EST-04	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Intervalo de Sustitución (IS)	(Total de días cama del periodo) - (total de días paciente) Total de egresos hospitalarios en ese periodo	Tiempo promedio de cama desocupada	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Ortopedia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	ORT-01	100% de pacientes de las cinco causas de Egresos más frecuentes en el servicio de ortopedia, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes de las cinco causas de Egresos más frecuentes en el servicio de ortopedia, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes de las cinco causas de egreso más frecuentes en el servicio de ortopedia, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes de las cinco causas más frecuentes de egreso en el servicio de ortopedia de la muestra en el periodo a medir x 100	Este indicador es la sumatoria de los indicadores: ORT-02, ORT-03, ORT-04, ORT-05, ORT-06 , entre la sumatoria de los denominadores de los mismos indicadores	Es la sumatoria de los indicadores: ORT-02, ORT-03, ORT-04, ORT-05, ORT-06 , entre la sumatoria de los denominadores de los mismos indicadores	Mensual
2	ORT-02	100% de pacientes con (primera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (primera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (primera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes con (primera causa mas frecuente) atendidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con (primera causa mas frecuente) atendidos en el hospital.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas donde fue atendido el paciente.	Mensual
3	ORT-03	100% de pacientes con (segunda causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (segunda causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (segunda causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes con (segunda causa mas frecuente) atendidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con (segunda causa mas frecuente) atendidos en el hospital.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas donde fue atendido el paciente.	Mensual
4	ORT-04	100% de pacientes con (tercera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (tercera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (tercera causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes con (tercera causa mas frecuente) atendidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con (tercera causa mas frecuente) atendidos en el hospital.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas donde fue atendido el paciente.	Mensual
5	ORT-05	100% de pacientes con (cuarta causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (cuarta causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (cuarta causa mas frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes con (cuarta causa mas frecuente) atendidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con (cuarta causa mas frecuente) atendidos en el hospital.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas donde fue atendido el paciente.	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Ortopedia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
6	ORT-06	100% de pacientes con (quinta causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (quinta causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (quinta causa más frecuente) manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes con (quinta causa más frecuente) atendidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran los pacientes con (quinta causa más frecuente) atendidos en el hospital.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas donde fue atendido el paciente.	Mensual
7	UGI-09	100% de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Ortopedia son entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transfusión de forma inmediata.	% de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Ortopedia que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transfusión de forma inmediata.	N° de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Ortopedia que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transfusión de forma inmediata. Total de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Ortopedia en el periodo a medir x 100	Se entiende como inicio de transfusión la que se realiza en los primeros 5 minutos de haberse entregado la unidad de sangre por parte del laboratorio al servicio que lo solicitó. La transfusión de sangre es una forma simple de trasplante de un órgano. La sangre se transfiere de un donante a un paciente receptor para corregir temporalmente una deficiencia o la alteración de una función. Categoría de urgencia de la solicitud de sangre o componente sanguíneo: 1. En caso de solicitudes de sangre de Extrema Urgencia, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de 10 a 15 minutos. 2. En caso de solicitudes de sangre Muy Urgente, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de 1 hora. 3. En caso de solicitudes de sangre Urgente, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de las 3 horas.	La hora de solicitud del producto sanguíneo que el médico anota en el expediente clínico y en el formato de solicitud del componente sanguíneo para transfusión. La hora de inicio de la transfusión se encuentra anotada en la hoja de registro de la transfusión la cual es responsabilidad del personal de enfermería. • Solicitud de producto sanguíneo • Expediente • Libro de salida de	Mensual
8	UGI-10	Pendiente de definir estándar	% de pacientes atendidos en el Servicio Ortopedia, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	N° de pacientes atendidos en el Servicio Ortopedia, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución. Total de pacientes egresados del servicio de Ortopedia del periodo a medir x 100	En el numerador se incluyen todas las referencias del servicio de Ortopedia en su conjunto y las referencias del servicio de emergencia, exceptuando las referencias de consulta externa	Tableros internos de los servicios del hospital identificados.	Mensual
9	UGI-11	100% de pacientes con emergencia ortopédica fueron evaluadas por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	% de pacientes con emergencia ortopédica que fueron evaluadas por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	N° de pacientes que presentaron una emergencia ortopédica que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado. Total de pacientes que presentaron una emergencia ortopédica en el periodo a medir x 100	Para la hora de identificación del diagnóstico se utiliza la hoja de urgencia (impronta), y para la hora de atención por el especialista se utilizan las anotaciones en expediente.	Tableros internos de los servicios del hospital identificados.	Mensual
10	MORT-12		% de muertes ocurridas en el servicio de ortopedia.	N° de muertes ocurridas en el servicio de Ortopedia Total de egresos del servicio de Ortopedia en el periodo a medir x 100		Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones y Reporte Estadístico de defunciones.	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Ortopedia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
11	BIO-IAAS-08	Pendiente definir estándar	Tasa de infección de herida operatoria. (excluyendo post-cesarea)	<p>N° de infecciones de Herida Operatoria (excluyendo post-cesareas) ocurridas en el hospital</p> <p>Total cirugías realizadas durante el periodo a medir x 100</p>	<p>Características Clínicas De Infección Del Sitio Quirúrgico.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eritema circunscribiendo la incisión. 2. Dolor. 3. Edema. 4. Induración. 5. Drenaje <p>En el numerador se incluyen todas las infecciones de herida operatoria (excluyendo post-cesareas) realizadas en el hospital y que fueron adquiridas en el mismo</p>	<p>Anexo1: Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud</p>	Mensual
12	RRHH-08	Cero ausencias sin justificación	% de Ausentismo no Justificado	N° de días empleado que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada	<p>Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias de personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos o de Personal</p>	<p>Roles de turno y tarjetas de asistencia</p>	Mensual
13	EST-01	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Indice Ocupacional (IO)	<p>Total días paciente en un periodo determinado</p> <p>Total días cama en ese periodo x 100</p>	<p>Indice Ocupacional: Muestra el grado de aprovechamiento de la oferta del recurso cama del servicio o de la unidad.</p> <p>Día Paciente: Es el periodo de servicio prestado a un paciente hospitalizado, comprendido entre las horas de dos (2) censos consecutivos</p>	<p>Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades</p>	Mensual
14	EST-02	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Promedio días estancia	<p>Total de días estadía de todos los egresos registrados en un periodo dado</p> <p>Total de egresos en ese periodo</p>	<p>Permite conocer y monitorear el tiempo promedio que toma el brindar atención a un paciente hospitalizado.</p> <p>Días Estancia: Es el tiempo transcurrido desde el momento que el paciente ingresa hasta que realiza su egreso</p> <p>Nota: Si el paciente permanece ingresado solo unas horas, tendrá para los efectos de la medición un día.</p>	<p>Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades</p>	Mensual
15	EST-03	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Giro Cama	<p>Total de Egresos en un periodo determinado</p> <p>Número promedio de Camas Censables en ese periodo determinado.</p>	<p>Giro Cama: Es la Productividad de egresos por cama</p> <p>Día Cama: Es la disponibilidad de una cama censable por 24 horas del día</p>	<p>Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades</p>	Mensual
16	EST-04	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Intervalo de Sustitución(S)	<p>(Total de días cama del periodo) - (total de días paciente)</p> <p>Total de egresos hospitalarios en ese periodo</p>	<p>Tiempo promedio de cama desocupada</p>	<p>Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades</p>	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Emergencia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	EMER - 01	100% de pacientes con (cinco primeras causas mas frecuentes) atendidos en el servicio de emergencia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con) cinco primeras causas mas frecuentes) atendidos en el servicio de emergencia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (cinco primeras causas mas frecuentes) atendidos en el servicio de emergencia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes de las cinco causas más frecuentes de consulta en el servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100	Este indicador es la sumatoria de los numeradores de los indicadores: (EMER-02, EMER-03, EMER-04, EMER-05 y EMER-06) entre la sumatoria de los denominadores de los mismos indicadores	Este indicador es la sumatoria de los numeradores de los indicadores: (EMER-02, EMER-03, EMER-04, EMER-05 y EMER-06) entre la sumatoria de los denominadores de los mismos indicadores	Mensual
2	EMER - 02	100% de pacientes que consultan por (primera causa mas frecuente) al servicio de emergencias son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes que consultan por (primera causa mas frecuente) al servicio de emergencias, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes que consultan por (primera causa mas frecuente) al servicio de emergencia, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes que consultan por (primera causa mas frecuente) en el servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100	En el numerador se incluyen los pacientes que consultan por (primera causa mas frecuente) al servicio de emergencia; las cuales fueron manejadas de acuerdo a protocolos o guías de atención oficial.	Libros de registro en emergencia o imprevisto Expedientes Clínicos	Mensual
3	EMER - 03	100% de pacientes que consultan por (segunda causa mas frecuente) al servicio de emergencias son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes que consultan por (segunda causa mas frecuente) al servicio de emergencias, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes que consultan por (segunda causa mas frecuente) al servicio de emergencia, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes que consultan por (segunda causa mas frecuente) al servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100	En el numerador se incluyen los pacientes que consultan por (segunda causa mas frecuente) al servicio de emergencia; las cuales fueron manejadas de acuerdo a protocolos o guías de atención oficial.	Libros de registro en emergencia o imprevisto	Mensual
4	EMER - 04	100% de pacientes que consultan por (tercera causa mas frecuente) al servicio de emergencias son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes que consultan por (tercera causa mas frecuente) al servicio de emergencias, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes que consultan por (tercera causa mas frecuente) al servicio de emergencia, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes que atendidos por (tercera causa mas frecuente) en el servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100	En el numerador se incluyen los pacientes que consultan por (tercera causa mas frecuente) al servicio de emergencia; las cuales fueron manejadas de acuerdo a protocolos o guías de atención oficial.	Libros de registro en emergencia o imprevisto	Mensual

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Emergencia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
5	EMER - 05	100% de pacientes que consultan por (cuarta causa mas frecuente) al servicio de emergencias son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes que consultan por (cuarta causa mas frecuente) al servicio de emergencias, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes que consultan por (cuarta causa mas frecuente) al servicio de emergencia, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes que consultan por (cuarta causa mas frecuente) en el servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100	En el numerador se incluyen los pacientes que consultan por (cuarta causa más frecuente) al servicio de emergencia; las cuales fueron manejadas de acuerdo a protocolos o guías de atención oficial.	Libros de registro en emergencia o imprevisto	Mensual
6	EMER - 06	100% de pacientes que consultan por (quinta causa mas frecuente) al servicio de emergencias son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes que consultan por (quinta causa mas frecuente) al servicio de emergencias, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes que consultan por (quinta causa mas frecuente) al servicio de emergencia, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial. Total de pacientes que consultan por (quinta causa mas frecuente) al servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100	En el numerador se incluyen los pacientes que consultan por (Quinta causa más frecuente) al servicio de emergencia; las cuales fueron manejadas de acuerdo a protocolos o guías de atención oficial.	Libros de registro en emergencia o imprevisto	Mensual
7	EMER - 07	Pendiente de definir estandar	% de pacientes atendidos en emergencias que fueron clasificados según triage.	N° de pacientes atendidos en emergencias que fueron clasificados según triage. Total de pacientes atendidos en la emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100	Se hara la normativa y se empezara a medir en los hospitales que se vaya implementando		Mensual
8	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas por el servicio de Emergencia son entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transfusión de forma inmediata.	% de las unidades de sangre solicitadas que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transfusión de forma inmediata.	N° de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Emergencia que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transfusión de forma inmediata. Total de unidades de sangre solicitadas por el servicio en el periodo a medir x 100	Se entiende como inicio de transfusión la que se realiza en los primeros 5 minutos de haberse entregado la unidad de sangre por parte del laboratorio al servicio que lo solicito. La transfusión de sangre es una forma simple de trasplante de un órgano. La sangre se transfiere de un donante a un paciente receptor para corregir temporalmente una deficiencia o la alteración de una función. Categoría de urgencia de la solicitud de sangre o componente sanguíneo: 1. En caso de solicitudes de sangre de Extrema Urgencia, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de 10 a 15 minutos. 2. En caso de solicitudes de sangre Muy Urgente, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de 1 hora. 3. En caso de solicitudes de sangre Urgente, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de las 3 horas.	La hora de solicitud del producto sanguíneo que el médico anota en el expediente clínico y en el formato de solicitud del componente sanguíneo para transfusión. La hora de inicio de la transfusión se encuentra anotada en la hoja de registro de la transfusión la cual es responsabilidad del personal de enfermería. • Solicitud de producto sanguíneo • Expediente • Libro de salida de laboratorio • Hoja de transfusión	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Emergencia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
9	UGI-10	Pendiente de definir estándar	% de pacientes atendidos en el Servicio Emergencia, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	<p>N° de pacientes atendidos en el Servicio Emergencia, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.</p> <p>Total de pacientes atendidos del servicio de emergencia del periodo a medir x 100</p>	Se consideran todas las referencias de las salas del servicio de Emergencia	Expediente clínico, Libro de referencia y SIP	Mensual
10	MORT-13		% de Muertes ocurridas durante las primeras 24 horas de ingresado el paciente en el servicio de Emergencia.	<p>N° de Muertes ocurridas durante las primeras 24 horas de ingresado el paciente en el servicio de Emergencia.</p> <p>Total de pacientes atendidos en el periodo a medir x 100</p>		Libro de Ingresos y Egresos, Libro de defunciones	Mensual
11	RRHH-08	Cero ausencias sin justificación	% de Ausentismo no Justificado	N° de días empleados que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada	Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos ó de Personal	Roles de turno y tarjetas de asistencia	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores de Sala de Operaciones

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	SO-01	Pendiente de definir estándar	% de cirugías con complicaciones ocurridas durante el acto quirúrgico.	<p>N° de cirugías con complicaciones ocurridas durante el acto quirúrgico.</p> <p>Total de cirugías realizadas de la muestra en el período a medir x 100</p>	<p>En el numerador este indicador se registrarán todas las cirugías con complicaciones ocurridas durante el acto quirúrgico.</p> <p>Complicaciones quirúrgicas: son acontecimientos inesperados que aparecen como consecuencia de un acto quirúrgico, alterando el curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente.</p> <p>Acto Quirúrgico: se considera desde que el paciente ingresa a la sala de operaciones hasta que egresa de sala de recuperación.</p>	<p>Libro de control de cirugías en sala de operaciones.</p> <p>Libro de control de complicaciones obstétricas ocurridas durante el acto quirúrgico</p>	Mensual
2	SO-02	Ningún evento quirúrgico debe ser cancelado por falta de equipo, insumo, recurso humano y otras causas.	% de eventos quirúrgicos que fueron cancelados por falta de equipo, insumo, recurso humano y otras causas.	<p>N° de eventos quirúrgicos que fueron cancelados por falta de equipo, insumo, recurso humano y otras causas.</p> <p>Total de eventos quirúrgicos que fueron programados de la muestra en el período a medir x 100</p>	<p>En el numerador se anotarán la sumatoria de todos los eventos quirúrgicos que no fueron realizados por falta de equipo, insumos, recurso humano y otras causas.</p>	<p>libro de programación de cirugías como fuente primaria y la hoja de solicitud de sala de operaciones como fuente secundaria</p>	Mensual
3	SO-03	Pendiente de definir estándar	% de horas quirófanos disponibles durante el mes.	<p>N° de horas quirófano utilizadas</p> <p>Total de horas quirófano disponible durante el mes x100</p>	<p>Se tomarán las horas quirófano durante el mes.</p> <p>Hora quirófano utilizada: se define como el tiempo de 60 minutos en el cual un Quirófano es utilizado para realizar un procedimiento quirúrgico. La sumatoria de las horas quirófano deben ser colocadas en el numerador.</p> <p>Hora quirófano disponible: es el tiempo de 60 minutos en el cual el Quirófano debe ser utilizado para realizar un procedimiento quirúrgico y este corresponde al denominador.</p>	<p>Libro de registro de eventos quirúrgicos realizados</p>	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores de Sala de Operaciones

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
4	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas por Sala de Operaciones son entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transfusión de forma inmediata.	% de las unidades de sangre solicitadas que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transfusión de forma inmediata.	N° de unidades de sangre solicitadas por Sala de Operaciones que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transfusión de forma inmediata.	Se entiende como inicio de transfusión la que se realiza en los primeros 5 minutos de haberse entregado la unidad de sangre por parte del laboratorio al servicio que lo solicita. La transfusión de sangre es una forma simple de trasplante de un órgano. La sangre se transfiere de un donante a un paciente receptor para corregir temporalmente una deficiencia o la alteración de una función. Categoría de urgencia de la solicitud de sangre o componente sanguíneo: 1. En caso de solicitudes de sangre de Extrema Urgencia, cumple el estándar si la transfusión dio inicio dentro de 10 a 15 minutos.	La hora de solicitud del producto sanguíneo que el médico anota en el expediente clínico y en el formato de solicitud del componente sanguíneo para transfusión. La hora de inicio de la transfusión se encuentra anotada en la hoja de registro de la transfusión la cual es responsabilidad del personal de enfermería. • Solicitud de producto sanguíneo • Expediente • Libro de salida de laboratorio • Hoja de transfusión	Mensual
5	RRHH-08	Cero ausencias sin justificación	% de Ausentismo no Justificado	N° de días empleado que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada	Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos o de Personal	Roles de turno y tarjetas de asistencia	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Departamento de Administración

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	ADM - 01	El estándar, corresponderá a los porcentajes de ejecución presupuestaria siguiente: (Sin incluir la planilla de personal) - 1er trimestre 10% - 2do trimestre 40% - 3er trimestre 80% - 4to trimestre un 100% de ejecución	% de Ejecución Presupuestaria.	Presupuesto Vigente Ejecutado Presupuesto vigente aprobado sin el monto de la planilla del grupo de Servicios personales x 100	El Presupuesto Vigente Ejecutado corresponde a los montos comprometidos por procesos de adquisición acumulado durante el periodo. Presupuesto Vigente: es el presupuesto inicial adecuado a la fecha con los cambios autorizados por la Secretaría de Salud.	Reporte del SIAFI	Trimestral
2	ADM - 02	100% de ejecución de la cuota trimestral asignada.	% de ejecución de la cuota presupuestaria Asignada	Cuota Ejecutada menos el grupo de Servicios Personales Cuota presupuestaria trimestral Asignada menos el Grupo de Servicios Personales x 100	Presupuesto Vigente que corresponde a los montos comprometidos en el SIAFI. La cuota presupuestaria correspondiente al trimestre que se reporta.	Reporte del SIAFI	Trimestral
3	ADM - 03	Cero Endeudamiento por fondos recuperados.	Cantidad de dinero comprometido con fondos recuperados.	Cantidad de dinero comprometido.	Fondos comprometidos por compras de insumos ó servicios al crédito considerando una proyección de ingresos por fondos recuperados.	Registros Contables de fondos recuperados	Mensual
4	ADM - 04	Cero Endeudamiento por fondos nacionales.	Cantidad de dinero comprometido sin respaldo presupuestario.	Cantidad de dinero comprometido sin respaldo presupuestario.	Fondos de presupuesto nacional comprometidos sin respaldo presupuestario para el siguiente ejercicio fiscal por concepto de compras de insumos y servicios que no fueron programados con el presupuesto vigente.	Registros Contables presupuestarios	Trimestral
5	ADM - 05	100 % de abastecimiento de medicamentos críticos para la atención materna e infantil	% de abastecimiento de medicamentos críticos para la atención materna e infantil	Medicamentos recibidos Medicamentos programados x 100	El abastecimiento mensual se medirá a través de una matriz donde se consolidarán las reservas mínimas para un mes de cada medicamento crítico seleccionado para la atención MI. Este listado será verificado en almacén en forma mensual, y así identificar en caso de no contar con la reserva mínima requerida para el período.	Listado de verificación mas kardex	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Departamento de Administración

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
6	ADM - 06	100% de abastecimiento de medicamentos críticos para la atención Médico - Quirúrgico.	% de abastecimiento de medicamentos críticos para la atención Médico Quirúrgico.	Medicamentos recibidos Medicamentos programados x 100	El abastecimiento mensual se medirá a través de una matriz donde se consolidarán las reservas mínimas para un mes de cada medicamento crítico seleccionado para la atención Médico-quirúrgico. Este listado será verificado en almacén en forma mensual, y así identificar en caso de no contar con la reserva mínima requerida para el período.	Listado de verificación mas kardex	Mensual
7	ADM - 07	100 % de abastecimiento de material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria.	% de abastecimiento de material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria.	N° de abastecimiento de material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria. Total material Médico Quirúrgico programado x 100	El abastecimiento mensual se medirá a través de una matriz donde se consolidarán las reservas mínimas para un mes de cada Material Médico Quirúrgico seleccionado para la atención hospitalaria. Este listado será verificado en almacén en forma mensual, y así identificar en caso de no contar con la reserva mínima requerida para el período.		Mensual
8	CMP-01	100 % de cumplimiento del Plan de Adquisiciones para el trimestre evaluado	% de cumplimiento del Plan de Adquisiciones.	N° de equipo, insumos y servicios adquiridos en el trimestre Total de equipos, insumos y servicios programados durante el trimestre x 100	El Plan de Adquisiciones debe incluir la inversión en equipo, insumos y servicios por fondos nacionales y fondos externos .	Libro de registro de compras.	Trimestral
9	RRHH-08	Cero ausencias sin justificación	% de Ausentismo no Justificado	N° de días empleado que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada	Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos ó de Personal	Roles de turno y tarjetas de asistencia	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Departamento de Recursos Humanos

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	RRHH-01	100 % de disponibilidad de especialistas en los servicios finales básicos del hospital.	% de disponibilidad las 24 horas de especialistas en los servicios finales básicos del hospital.	N° de días con disponibilidad de especialista las 24 horas en el hospital. Total de días del periodo a medir x 100	Días disponibles- se considera si existe el Recurso Humano de especialista (GO, PED, MI, CIR, ORT) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial ó por llamado. (Los médicos en disfrute de Vacaciones, Incapacidades, o con permisos no participan en la disponibilidad)	Sumatoria de los indicadores de RRHH 02 Gineco-Obstetricia, RRHH-03 Pediatría, RRHH-04 Cirugía, RRHH-05 Medicina Interna, RRHH-06 Ortopeda.	Trimestral
2	RRHH-02	100 % de disponibilidad de Gineco-Obstetra en los servicios finales básicos del hospital.	% de Disponibilidad de Gineco-Obstetra	N° de días con disponibilidad de Gineco-Obstetra las 24 horas en el hospital. Total de días del periodo a medir x 100	Días disponibles- se considera si existe el Recurso Humano de especialista (Gineco-Obstetra) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial ó por llamado. (Los médicos en disfrute de Vacaciones, Incapacidades, o con permisos no participan en la disponibilidad)	Rol de Turnos	Trimestral
3	RRHH-03	100 % de disponibilidad de Pediatra en los servicios finales básicos del hospital.	% de Disponibilidad de Pediatra	N° de días disponible con Pediatra las 24 horas en el hospital. Total de días del periodo a medir x 100	Días disponibles- se considera si existe el Recurso Humano de especialista (Pediatra) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial ó por llamado. (Los médicos en disfrute de Vacaciones, Incapacidades, o con permisos no participan en la disponibilidad.)	Rol de Turnos	Trimestral
4	RRHH-04	100 % de disponibilidad de Cirujano en los servicios finales básicos del hospital.	% de Disponibilidad de Cirujano	N° de días con disponibilidad de Cirujano las 24 horas en el hospital. Total de días del periodo a medir x 100	Días disponibles- se considera si existe el Recurso Humano de especialista (Cirujano) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial ó por llamado. (Los médicos en disfrute de Vacaciones, Incapacidades, o con permisos no participan en la disponibilidad.)	Rol de Turnos	Trimestral

Cuadro de Descripción de indicadores del Departamento de Recursos Humanos

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
5	RRHH-05	100 % de disponibilidad de Medico Internista en los servicios finales básicos del hospital.	% de Disponibilidad de Medico Internista	N° de días con disponibilidad de Médico Internista las 24 horas en el hospital. Total de días del periodo a medir x 100	Días disponibles- se considera si existe el Recurso Humano de especialista (Medico Internista) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial ó por llamado. (Los medicos en disfrute de Vacaciones, Incapacidades, o con permisos no participan en la disponibilidad.)	Rol de Turnos	Trimestral
6	RRHH-06	100 % de disponibilidad de Ortopeda en los servicios finales básicos del hospital.	% de Disponibilidad de Ortopeda	N° de días con disponibilidad de Ortopeda las 24 horas en el hospital. Total de días del periodo a medir x 100	Días disponibles: Se considera si existe el Recurso Humano de especialista (Ortopeda) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial ó por llamado. (Los medicos en disfrute de Vacaciones, Incapacidades, o con permisos no participan en la disponibilidad)	Rol de Turnos	Trimestral
7	RRHH-07	Pendiente definir estándar para el ausentismo justificado de cada hospital.	% de Ausentismo Justificado	N° de empleados que no asistieron 1 día a su turno parcial o totalmente con causa justificada. Total de empleados del Hospital x 28, 29, 30 o 31 días en el periodo a medir x 100	Causa justificada: Son las ausencias a labores con permisos autorizados por los jefes inmediatos, vacaciones, incapacidades, licencias. Días Empleado: Representa el N° de días de ausencia del empleado, justificado.	Archivo de control de permisos incapacidad y vacaciones.	Mensual
8	RRHH-08	Cero ausencias sin justificación.	% de Ausentismo no Justificado	N° de dias empleado que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada Total de Empleados del hospital x 28, 29, 30 o 31 días en el periodo a medir x 100	Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos ó de Personal	Archivo de Reporte de Ausencias Listas de Chequeo	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Departamento de Estadística

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	EST-01	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Índice Ocupacional (IO)	Total días paciente en un periodo determinado Total días cama en ese periodo x 100	Índice Ocupacional: Muestra el grado de aprovechamiento de la oferta del recurso cama del servicio ó de la unidad. Día Paciente: Es el periodo de servicio prestado a un paciente hospitalizado, comprendido entre las horas de dos (2) censos consecutivos	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002, HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
2	EST-02	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Promedio Días Estancia	Total de días estadía de todos los egresos registrados en un periodo dado Total de egresos en ese periodo	Permite conocer y monitorear el tiempo promedio que toma el brindar atención a un paciente hospitalizado. Días Estancia: Es el tiempo transcurrido, desde el momento que el paciente ingresa hasta que realiza su egreso Nota: Si el paciente permanece ingresado solo unas horas, tendrá para los efectos de la medición un día.	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002, HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
3	EST-03	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Giro Cama	Total de Egresos en un periodo determinado N° promedio de Camas Censables en ese periodo determinado.	Giro Cama: Es la Productividad de egresos por cama Día Cama: Es la disponibilidad de una cama censable por 24 horas del día	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002, HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Departamento de Estadística

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
4	EST-04	Todos los indicadores de Producción Final deben ser reportados Mensualmente	Intervalo de Sustitución (IS)	(Total de días cama del periodo) - (total de días paciente) Total de egresos hospitalarios en ese periodo	Tiempo promedio de cama desocupada	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; H-2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
5	EST - 05	El 100% de los expedientes clínicos valorados en la muestra están organizados y completamente llenados de acuerdo a los 8 criterios seleccionados de la normativa de composición del expediente según la Secretaría de Salud	% de los expedientes clínicos valorados en la muestra que están organizados y completamente llenados de acuerdo a los 8 criterios seleccionados de la normativa de composición del expediente según la Secretaría de Salud	N° de los expedientes clínicos valorados en la muestra que están organizados y completamente llenados de acuerdo a los 8 criterios seleccionados de la normativa de composición del expediente según la Secretaría de Salud Total de expedientes de la muestra en el periodo a medir X 100	Todos los expedientes que sean valorados con los 8 criterios establecidos por la secretaria de salud deberán estar debidamente llenados	Expedientes Clínicos	Mensual
6	RRHH-08	Cero ausencias sin justificación	% de Ausentismo no Justificado	N° de días empleado que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada	Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos ó de Personal	Roles de turno y tarjetas de asistencia	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Comité de Calidad

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	CAL-01	100% de Usuarios (as) que recibieron atención en el hospital que están satisfechos (as) con la atención recibida.	% de Usuarios (as) que recibieron atención en el hospital que están satisfechos (as) con la atención recibida.	<p>N° de Usuarios (as) que recibieron atención en el hospital que están satisfechos (as) con la atención recibida.</p> <p>Total de Usuarios(as) encuestados x 100</p>	A través de la estrategia de calidad, el hospital realiza periódicamente la medición de la satisfacción de usuarios (as), para lo cual ya tiene establecido la metodología y mecanismos para tal fin. Por lo cual, este indicador solamente recoge los resultados de dicha encuesta utilizando como fuente el reporte respectivo.	Reporte de los resultados de la encuesta del hospital del trimestre evaluado (Reporte EPI INFO)	Trimestral
2	CAL - 02	El 100% de los EMCC organizados o constituidos están funcionando	% de EMCC funcionando	<p>N° de EMCC funcionando</p> <p>Total de EMCC constituidos u organizados en el periodo x 100</p>	<p>Para el numerador se entendera como equipo de mejora funcionando, si:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Tiene un Coordinador que es responsable del funcionamiento. *Existe un calendario de trabajo anual. *Hay evidencia de reuniones quincenales como mínimo.(Informes de trabajo y ayudas memorias.) * Miden o monitorean indicadores de calidad o de satisfacción de usuarios *Planes de mejora elaborados y en ejecución <p>El denominador estara en funcion del numero de EMCC que esten organizados o constituidos en el hospital.</p>	<p>Numerador: Actas de organización o constitución de equipos, Ayudas memorias o informes de reuniones, calendario de trabajo, informes de medición de indicadores y copia de planes de mejora elaborados y en ejecución</p> <p>Denominador: Informe trimestral de la Coordinación de Calidad a la Dirección del Hospital</p>	Trimestral
3	CAL - 03	El 100% de las reclamaciones realizadas por diferentes motivos, tienen una respuesta escrita por parte del director del hospital dentro de los 30 días hábiles.	% de reclamaciones que recibieron una respuesta escrita por parte del Director del Hospital dentro de los 30 días hábiles.	<p>N° de reclamaciones que recibieron una respuesta escrita por parte del Director del Hospital dentro de los 30 días hábiles</p> <p>Total de Reclamaciones recibidas en el periodo a medir x 100</p>	<p>Para el numerador se tomaran solo los reclamos que tiene evidencia de respuesta por escrito</p> <p>El denominador En caso que la queja llegase el día 25 del mes a evaluar, esta respuesta sera tomada en cuenta para el mes siguiente al evaluado. (Ejemplo: mes evaluado enero, queja llega el 25 de enero, esta respuesta se contabilizara en el reporte del indicador del mes de febrero)</p>	<p>Numerador: Copia de reclamos debidamente firmados por el reclamante y Registro trimestral de reclamaciones</p> <p>Denominador: Registro trimestral de reclamaciones Copia de la respuesta realizada por la Dirección</p>	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Comité de Mortalidad

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	MORT-01	100% de las muertes maternas y neonatales por causas seleccionadas reportadas son investigadas de acuerdo a normas de vigilancia de la salud	% de muertes maternas y neonatales por causas seleccionadas reportadas e investigadas de acuerdo a normas de vigilancia de la salud	N° de muertes maternas y neonatales por causas seleccionadas, reportadas e investigadas de acuerdo a normas de Vigilancia de la Salud	Las muertes a investigar son: Obstétricas (Hemorragia, Sepsis, y Preclampsia) y en las Neonatales (Asfixia, Prematurez y Sepsis). Utilizar instrumentos de calidad existente.	Protocolos de Investigación normados por la Dirección de Vigilancia	Mensual
				Total de muertes maternas y neonatales ocurridas en el periodo a medir x 100			
2	MORT-02	No deben ocurrir muertes maternas evitables en el hospital	N° de muertes maternas evitables	N° de muertes maternas evitables Hemorragia, Sepsis, Pre-Eclampsia, Eclampsia y Síndrome de HELLP	Se deberán describir todas las muertes ocurridas en el mes, identificando claramente la causa de la muerte en cada una de ellas. Deberá adjuntarse un cuadro identificando el nombre de la paciente y la causa de la muerte, al cuadro de indicadores.	Hojas de hospitalización, Hojas de Im pronto en el caso del servicio de emergencia, Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones SIP actualizado e Informe del Comité de Mortalidad	Mensual
				N° de muertes neonatales evitables por asfixia, sepsis y prematurez.			
3	MORT-03	Cero muertes neonatales evitables	N° de muertes neonatales evitables por asfixia, sepsis y prematurez.	N° de muertes neonatales evitables por asfixia, sepsis y prematurez.			Mensual
				N° de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio			
4	MORT-04	Cero muertes relacionadas al embarazo, parto y puerperio	N° de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio	N° de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio			Mensual
				N° de muertes por neumonía en menores de 5 años			
5	MORT-05	Letalidad por Neumonía en menores de 5 años.	Letalidad por Neumonía en menores de 5 años.	N° de muertes por neumonía en menores de 5 años	De todos los egresos hospitalarios con el diagnóstico de neumonía se tomarán las muertes por la misma causa en el periodo a medir		Mensual
				Total de casos de neumonía x 100			

Cuadro de Descripción de indicadores del Comité de Mortalidad

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
6	MORT-06		Letalidad por Diarrea en menores de 5 años.	N° de muertes por diarrea en menores de 5 años	De todos los egresos hospitalarios con el diagnóstico de diarrea se tomarán las muertes por la misma causa en el periodo a medir		Mensual
				Total de casos de diarrea x 100			
7	MORT-07		Letalidad Neonatal.	N° de muertes en niños menores de 28 días	De todos los egresos hospitalarios se tomarán las muertes neonatales	Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia, Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones SIP actualizado e Informe del Comité de Mortalidad	Mensual
				Total de egresos de niños menores de 28 días x 100			
8	MORT-08		Letalidad por otras causas en menores de 5 años.	N° de muertes por otras causas en menores de 5 años	De todas las atenciones por otras causas se tomarán las muertes por las mismas causas		Mensual
				Total de casos por otras causas x 100			
9	MORT-09		Letalidad en menores de 5 años.	N° de muertes en menores de 5 años	El total de niños muertos menores de 5 años, es la suma de las muertes neonatales + neumonía + diarreas + otras causas. El total de egresos es la suma de los egresos neonatales + neumonía + diarreas + otras causas. Este indicador debe ser analizado global, sin embargo se requiere de su análisis individual por causa.		Mensual
				Total de egresos en menores de 5 años x 100			
10	MORT-10		% de muertes ocurridas en el servicio de Cirugía.	N° de muertes ocurridas en el servicio de Cirugía.		Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones y Reporte Estadístico de defunciones.	Mensual
				Total de egresos del servicio de Cirugía en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de indicadores del Comité de Mortalidad

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
11	MORT-11		% de muertes ocurridas en el servicio de Medicina Interna.	N° de muertes ocurridas en el servicio de Medicina Interna.		Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones y Reporte Estadístico de defunciones.	Mensual
				Total de egresos del servicio de Medicina Interna en el periodo a medir x 100			
12	MORT-12		% de muertes ocurridas en el servicio de ortopedia.	N° de muertes ocurridas en el servicio de ortopedia.		Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones y Reporte Estadístico de defunciones.	Mensual
				Total de egresos del servicio de Ortopedia en el periodo a medir x 100			
13	MORT-13		% de Muertes ocurridas durante las primeras 24 horas de ingresado el paciente en el servicio de Emergencia.	% de Muertes ocurridas durante las primeras 24 horas de ingresado el paciente en el servicio de Emergencia.		Libro de Ingresos y Egresos., Libro de defunciones	Mensual
				Total de pacientes atendidos en el servicio de Emergencia en el periodo a medir x 100			
14	MORT-14		% de Mortalidad Total	N° de egresos por muerte	Analizar de manera global la mortalidad general del hospital	Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones y Reporte Estadístico de defunciones.	Mensual
				Total de egresos del hospital x 100			

Cuadro de Descripción de indicadores del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	BIO-IAAS-01	Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) menor o igual al 10%	Prevalencia Puntual de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)	<p>N° de pacientes con IAAS detectados.</p> <p>Total de pacientes hospitalizados durante la fecha determinada a medir x 100</p>	Se tomaran todos los pacientes hospitalizados con IAAS que estén clínica y/o laboratorialmente presentes en el momento de la determinación de la prevalencia puntual.	Formulario de Vigilancia de las IAAS N° 6 Determinación de la Prevalencia Puntual	Anual
2	BIO-IAAS-02	Reducir la Prevalencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) menor o igual al 10%	Prevalencia Mensual de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)	<p>N° de pacientes con IAAS ocurridas en el hospital.</p> <p>Total de pacientes atendidos durante el período a medir x 100</p>	<p>Para el numerador de este indicador se consideraran las IAAS registradas en las salas de Gineco Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna, Ortopedia y UCI (donde exista) ocurridas en el período.</p> <p>En el denominador se tomaran todos los pacientes hospitalizados y egresados.</p>	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
3	BIO - IAAS-03	Reducir la Tasa General de Endometritis en el hospital.	Tasa General de Endometritis	<p>N° de endometritis post parto vaginal y cesáreas ocurridas en el hospital</p> <p>Total de partos vaginales + cesáreas realizadas de la muestra en el período a medir x 100</p>	El numerador incluye todas las endometritis post cesarea y post parto vaginal ocurridas en el período determinado, de pacientes cuyo parto ocurrió en el hospital y que fue adquirida en el mismo (ver definición de IAAS)	Este indicador es la sumatoria de los indicadores: BIO-IAAS-04 y BIO-IAAS-05	Mensual
4	BIO - IAAS-04	Reducir la Tasa de Endometritis Post-Cesarea	Tasa de Endometritis Post-Cesarea	<p>N° de endometritis post-cesárea ocurridas en el hospital.</p> <p>Total de cesáreas realizadas de la muestra en el período a medir x 100</p>	Se tomaran todos los partos vía cesáreas realizadas en el hospital.	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
5	BIO - IAAS-05	Reducir la Tasa de Endometritis Post-Parto Vaginal	Tasa de Endometritis Post-Parto Vaginal	<p>N° de endometritis post-parto vaginal ocurridas en el hospital.</p> <p>Total partos vaginales atendidos de la muestra en el período a medir x 100</p>	Se tomaran todos los partos vaginales atendidos en el hospital.	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
6	BIO - IAAS-06	Reducir las infecciones de Herida Operatoria Post Cesarea.	Tasa de Infección de Herida Operatoria Post Cesarea	N° de infecciones de Herida Operatoria post-cesárea ocurridas en el hospital. Total de cesareas realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100	Se tomaran todas las infecciones de herida operatoria post cesareas realizadas en el hospital.	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
7	BIO - IAAS-07	Reducir la Tasa General de Sepsis Neonatal Asociada a la Atención en Salud. (IAAS)	Tasa General de Sepsis Neonatal Asociada a la Atención en Salud. (IAAS)	N° de recién nacidos con sepsis ocurridas durante su hospitalización Asociada a la Atención en Salud. (IAAS) Total de recién nacidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100	En el numerador se incluyen todos los neonatos nacidos en el hospital.	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
8	BIO - IAAS-08	Por establecerse	Tasa de Infección de Herida Operatoria (excluyendo post cesarea)	N° de infecciones de herida operatoria (excluyendo post cesareas) ocurridas en el hospital. Total de cirugías realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100	En el numerador se incluyen todas las infecciones de herida operatoria (excluyendo post cesareas)	Instrumento para el informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
9	BIO - RH-01	El 100 % de los recipientes de las salas cuenta con las bolsas de color definidos en el Reglamento para el Manejo de los Residuos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.	% de recipientes que cuenta con las bolsas de color definidos en el Reglamento para el Manejo de los Residuos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.	N° de recipientes que cuentan con las bolsas de color definidos en el Reglamento. Total de recipientes registrados en el instrumento de monitoreo X100.	El abastecimiento de las bolsas de color definidos en el Reglamento para el Manejo de los Residuos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, se medirá en las salas seleccionadas al azar, a través del instrumento de monitoreo que contiene un cuadro de verificación y cumplimiento de los recipientes. Cumple con el estándar, si los recipientes cuentan con la bolsa de color de acuerdo al tipo de residuo.	Listado de verificación consignado en el cuadro de cumplimiento de los recipientes del instrumento de monitoreo.	Mensual
10	BIO - RH-02	Las salas de atención cumplen con al menos el 80% de los criterios establecidos en el instrumento de Evaluación de la Gestión y Manejo de los Residuos Hospitalarios.	% de salas que cumplen con al menos el 80% de los criterios establecidos en el instrumento de Evaluación de la Gestión y Manejo de los Residuos Hospitalarios.	N° de salas que cumplen con al menos el 80% de los criterios establecidos en el instrumento de Evaluación de la Gestión y Manejo de los Residuos Hospitalarios. Total de salas en el periodo a medir x 100	El Instrumento del Formulario A: Criterios para la Evaluación de la Gestión y Manejo de los Residuos Hospitalarios en Salas se debe aplicar al menos en una sala de cada servicio del hospital seleccionada al azar, el cual verifica el cumplimiento de los criterios establecidos, para efecto de medición y reporte de indicadores.	Instrumento de evaluación de la gestión y manejo de los residuos hospitalarios.	Trimestral

Cuadro de Descripción de indicadores del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
11	BIO-SP-01	El personal del hospital cuenta con el 80% o más de los conocimientos seleccionados para el manejo de la Bioseguridad.	% del personal del hospital que cuenta con el 80% o más de los conocimientos seleccionados para el manejo de la Bioseguridad.	N° del personal del hospital cuenta con el 80% o más de los conocimientos seleccionados para el manejo de la Bioseguridad. Total de personal del hospital a quienes se les aplicó el pre test x 100	Se realizará un test a todo el personal del hospital para medir los conocimientos sobre Bioseguridad. En el numerador se incluirá el personal que obtuvo un resultado del 80% o más.	Consolidado de resultado del test aplicado.	Semestral
12	BIO-SP-02	Todos los servicios del hospital deben contar con el 100% de los insumos críticos para el manejo de la Bioseguridad.	% de los servicios del hospital que cuentan con el 100% de los insumos críticos para el manejo de la Bioseguridad.	N° de servicios del hospital que cuentan con el 100% de los insumos críticos para el manejo de la Bioseguridad. Total de servicios del hospital x 100	Todos los servicios del hospital deberán contar con el 100% de los insumos críticos para el manejo de la Bioseguridad.	Control de inventario de insumos críticos en cada servicio.	Trimestral
13	BIO-SP-03	El 100% de los usuarios (as) de las salas de Gineco- Obstetricia, Pediatría, Medicina, Cirugía, Ortopedia, Emergencia y Sala de Operaciones a las cuales se les administra medicamentos se deberá realizar conforme a la verificación de los siguientes criterios: 1. Nombre completo del paciente (si existen 2 nombres y 2 apellidos) 2. Nombre del medicamento 3. Presentación 4. Concentración 5. Dosis 6. Via de administración 7. Periodicidad.	% de usuarios (as) de las salas seleccionadas a los cuales se les administró los medicamentos conforme a la verificación de los criterios seleccionados.	N° de usuarios (as) de las salas seleccionadas a los cuales se les administró los medicamentos conforme a la verificación de los criterios seleccionados. Total de usuarios (as) de la muestra atendidos en las salas seleccionadas en el periodo a medir X100	Revisar en los expedientes de los medicamentos de Gineco- Obstetricia, Pediatría, Medicina, Cirugía y Quirófano el registro completo de la hoja de medicamentos de acuerdo a los criterios establecidos. Hoja de recuperación (Quirófano).	Hoja de medicamentos de los expedientes clínicos	Trimestral
14	BIO-SP-04	100 % de los accidentes o infecciones ocurridas en las salas o servicios asociados con el manejo de residuos sólidos hospitalarios peligrosos deberán ser reportados en la Ficha de Registro de Casos de Accidentes e Infecciones.	N° de accidentes e infecciones ocurridas en las salas o servicios del hospital, asociados con el manejo de residuos sólidos hospitalarios peligrosos y que fueron reportados en la Ficha de Registro de Casos de Accidentes e Infecciones.	N° de accidentes e infecciones ocurridas en las salas o servicios del hospital, asociados con el manejo de residuos sólidos hospitalarios peligrosos y que fueron reportados en la Ficha de Registro de Casos de Accidentes e Infecciones. Total de accidentes e infecciones ocurridas en las salas o servicios del hospital, asociados con el manejo de residuos sólidos hospitalarios peligrosos x 100	El personal de los servicios y salas deben notificar cualquier accidente o infección ocurrida y que este asociada al manejo de los residuos sólidos hospitalarios peligrosos y registrar la información en la Ficha de Notificación diseñada para tal fin. La ficha se adjunta a este documento (BIO-SP-04-1).	Ficha de Notificación de accidentes	Mensual
15	BIO-ED-01	El índice de Seguridad del Hospital se mantiene en la categoría A (entre los valores 0,66 y 1)	Valor numérico del Índice de Seguridad Hospitalaria.	El valor numérico que resulta de la aplicación del instrumento	El valor numérico que resulte de la evaluación se medirá a través de la herramienta técnica Índice de Seguridad Hospitalaria. Conforme al valor numérico obtenido y su grado de seguridad, al establecimiento se le asignará la categoría que se indica en el instrumento de monitoreo.	Informe final de la evaluación y cálculo del Índice de Seguridad Hospitalaria.	Semestral

Cuadro de Descripción de indicadores de Laboratorio

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	LAB - 01	100% de Abastecimiento de Reactivos e Insumos para el Funcionamiento del Laboratorio	% de Abastecimiento de Reactivos e Insumos para el Funcionamiento del Laboratorio.	<p>N° de reactivos e insumos existentes en el hospital para el laboratorio.</p> <p>Total de reactivos e insumos programados en el periodo a medir x 100</p>		Kardex de almacén y laboratorio	Mensual
2	LAB - 02	100% de Determinaciones Laboratoriales de Emergencia Seleccionados y Entregados dentro de los Treinta (30) minutos de haber sido solicitados.	% de Determinaciones Laboratoriales de Emergencia Seleccionados y Entregados dentro de los Treinta (30) minutos de haber sido solicitados.	<p>N° de Determinaciones Laboratoriales de Emergencia Seleccionados y Entregados dentro de los Treinta (30) minutos de haber sido solicitados.</p> <p>Total de Determinaciones de Laboratoriales de Emergencia solicitados en el periodo a medir x 100</p>	Exámenes Seleccionados:	Libro de determinaciones de Emergencia, Boleta de solicitud de exámenes	Mensual
3	RRHH-08	Cero ausencias sin justificación	% de Ausentismo no Justificado	N° de días empleados que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada	Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos ó de Personal	Roles de turno y tarjetas de asistencia	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores de la Unidad de Gestión de la Información (UGI)

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	UGI-01	100 % de reuniones semanales realizadas por el Director y su Consejo Consultivo	% de reuniones semanales realizadas por el director y su Consejo Consultivo	N° de reuniones realizadas por el Director y su Consejo Consultivo Total de reuniones programadas en el periodo a medir x 100	Se estima una reunión por semana (4 o 5 reuniones, según N° de semanas del mes)	Ayudas memorias de las reuniones.	Mensual
2	UGI-02	100% de compromisos definidos en las reuniones del Consejo Consultivo, deben ser finalizados.	% de compromisos definidos en las reuniones del Consejo Consultivo, que fueron finalizados.	N° de compromisos definidos en las reuniones del Consejo Consultivo, que fueron finalizados. Total de compromisos definidos en las reuniones de Consejo Consultivo en el periodo a medir x 100	En el numerador se tomará el total de compromisos finalizados en la casilla de la matriz de seguimiento a compromisos. En el denominador se tomarán tanto los compromisos del mes que se están evaluando de la reunión actual mas los compromisos de los meses anteriores que no han sido finalizados.	Ayudas memorias de las reuniones.	Mensual
3	UGI-03	100 % de Comités de Apoyo a la Gestión Organizados y funcionando en el hospital	% de Comités de Apoyo a la Gestión Organizados y funcionando en el hospital	N° de Comités de Apoyo a la Gestión Organizados que están funcionando en el hospital (una reunión en el mes por comité) Total de comités organizados (4 comités según Reordenamiento Hospitalario) x100	Reuniones de los 4 comités definidos en los lineamientos de Reordenamiento de Gestión Hospitalaria, (Calidad, Mortalidad, Bioseguridad, Compras)	Ayuda de Memoria de reunión de los 4 comités de apoyo a la gestión	Mensual
4	UGI-04	100% de los compromisos definidos en la reunión del Comité de apoyo externo deben ser finalizados	% de los compromisos definidos en la reunión del Comité de apoyo externo deben ser finalizados	N° de compromisos definidos en la reunión del Comité de apoyo externo que fueron finalizados. Total de compromisos establecidos en las ayudas memorias del Comité de Apoyo Externo en el periodo a medir x 100	En el numerador se tomarán los Compromisos ejecutados, establecidos en la ayuda memoria de la reunión del Comité de apoyo externo.	Ayudas memorias de las reuniones.	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores de la Unidad de Gestión de la Información (UGI)

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
5	UGI-05	100% de cumplimiento en la aplicación y el llenado de las listas de chequeo diario	% de Cumplimiento en la aplicación y el llenado de las listas de chequeo diario	N° de días en el mes, en que fueron entregadas a la dirección las tres listas de chequeo diario (médica, enfermería, administrativa) Total de días del periodo a medir x 100	En el numerador Únicamente cuenta el número de días en que las tres listas de chequeo diario fueron aplicadas y llenadas	Listas de chequeo diario llenas	Mensual
6	UGI-06	100% de cumplimiento en la aplicación y el llenado de la lista de chequeo Médica	% de Cumplimiento en la aplicación y llenado de la lista de chequeo Médica	N° de días en el mes, en que fueron entregadas a la dirección, la lista de chequeo médica Total de días del mes x 100	Lista de Chequeo medica diaria son las listas aplicadas durante periodos de guardia	Listas de chequeo medica diaria aplicadas y llenas	Mensual
7	UGI-07	100% de cumplimiento en la aplicación y el llenado de la lista de chequeo de Enfermería	% de Cumplimiento en la aplicación y el llenado de la lista de chequeo Enfermería	N° de días en el mes, en que fueron entregadas a la dirección la lista de chequeo de enfermería Total de días del mes x 100	Lista de Chequeo diaria- son las listas aplicadas durante periodos de guardia	Listas de chequeo diaria aplicadas y llenas	Mensual
8	UGI-08	100% de cumplimiento en la aplicación y el llenado de la lista de chequeo Administrativa	% de Cumplimiento en la aplicación y el llenado de la lista de chequeo Administrativa	N° de días en el mes en que fueron entregadas a la dirección la lista de chequeo administrativa Total de días del mes x 100	Lista de Chequeo diaria- son las listas aplicadas durante los turnos que no hay jefatura	Listas de chequeo diaria aplicadas y llenas	Mensual

Cuadro de Descripción de indicadores de la Unidad de Gestión de la Información (UGI)

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Fórmula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
9	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas por los servicios deben ser entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transusión de forma inmediata.	% de las unidades de sangre solicitadas por los servicios que fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transusión de forma inmediata.	<p>N° de unidades de sangre que fueron entregadas a los servicios de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciadas su transusión de forma inmediata</p> <p>Total de unidades de sangre solicitadas por los servicios en el periodo a medir x 100</p>	Para este indicador se realizará la sumatoria de los resultados del indicador UGI-09 de los tableros internos de los servicios de gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina, ortopedia, Emergencia y Sala de Operaciones de las unidades de sangre solicitadas por los servicios fueron entregadas de acuerdo a la categoría de urgencia e iniciada su transusión de forma inmediata	Tableros internos de los servicios del hospital.	Mensuales
10	UGI-10	Pendiente Definir Estándar	% de pacientes atendidos en los servicios que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	<p>N° de pacientes atendidos en los servicios que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.</p> <p>Total de pacientes atendidos en el hospital del periodo a medir x 100</p>	Para este indicador se realizará la sumatoria de los resultados del indicador UGI-10 de los tableros internos de los servicios de gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina, ortopedia y Emergencia de pacientes que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	Tableros internos de los servicios del hospital.	Mensuales
11	UGI-11	100% de pacientes que presentaron una emergencia fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	% de pacientes que presentaron una emergencia que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	<p>N° de pacientes que presentaron una emergencia que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.</p> <p>Total de pacientes que presentaron una emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	Para este indicador se realizará la sumatoria de los resultados del indicador UGI-11 de los tableros internos de los servicios de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina, Ortopedia de pacientes que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	Tableros internos de los servicios del hospital.	Mensuales

AYUDA MEMORIA CONSEJO CONSULTIVO



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

FORMATO DE AYUDA DE MEMORIA PARA EL CONSEJO CONSULTIVO

(Esta ayuda de memoria deberá ser enviada a la Región Departamental y al Departamento de Hospitales en la cuarta semana de cada mes, junto con el Cuadro de mando Gerencial)

Hospital _____ Región: _____

Mes Evaluado: _____ Hora de inicio _____ Hora de finalización _____ Fecha _____

A. DATOS DE LOS PARTICIPANTES				
Nº	Participantes	Cargo	Ausentes	Justificación
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
B. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				
<p>El objetivo de la reunión en la tercera semana de cada mes, es analizar los resultados de los indicadores del CM, por lo cual es el punto único en agenda y para lo cual deberán utilizar el Cuadro de Mando Gerencial y el Análisis elaborado por el coordinador (a) de la UGI consignado en el Reporte Narrativo. El resto de las semanas, podrán abordarse los temas derivados del análisis de Cuadro de Mando que consideren necesita mas tiempo discutir y tomar decisiones oportunas para mejorar los resultados de los indicadores o para revisar planes de intervención.</p>				



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

C. DECISIONES Y COMPROMISOS DEL DIRECTOR Y SU CONSEJO CONSULTIVO DEL CUADRO DE MANDO GERENCIAL					
Productos	Indicadores	Decisiones por el Consejo Consultivo	Compromisos	Responsable	Fecha de Inicio
1. Mujeres atendidas por emergencia obstétrica que fueron manejadas de acuerdo a normas.	GO-01, GO-07, GO-10, UGI-01 y CAL-01				
2. Niños (as) atendidos(as) por emergencia peri natal que fueron manejadas de acuerdo a normas.	PED-01				
3. Niños (as) atendidos(as) por neumonías y diarrea que fueron manejadas de acuerdo a normas.	PED-06 y PED-07				
4. Mecanismos de articulación de estrategias.	MORT-01, EST-05, UGI-06, CAL-02, CMP-01 y UFAU-01				
5. Métodos de Planificación Familiar entregados de acuerdo a normas.	GO-11 al GO-16				
6. Indicadores de Producción	EST-01 al EST-04				
7. Bioseguridad.	BIO-01				
8. Resultados.	UGI-07 al UGI-13, MORT-02, MORT-03 y MORT-05				
9. Organización.	UGI-14 al UGI-18				
10. Financieros.	ADM-01 al ADM-06				
El Director revisará y discutirá con su Consejo Consultivo el análisis efectuado por el coordinador (a) de la UGI y tomara las decisiones pertinentes y oportunas.					



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

A. MATRIZ GENERAL DE SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS							
Nº	Compromisos	Responsables	Fecha a iniciar	GRADO DE AVANCE			Resultados de la Gestión
				No iniciado (NI)	En Ejecución (EE) Fecha de inicio	Finalizado (F) Fecha de Finalización	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

Esta matriz permite monitorear el cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada reunión, para lo cual se hará lo siguiente:

1. En esta casilla se lleva un registro sistemático de los compromisos de las 4 o 5 reuniones del mes.
2. Se consignan los compromisos establecidos en reuniones anteriores a fin de dar seguimiento a los mismos. Asimismo se agregarán a esta matriz los nuevos compromisos resultantes de la reunión actual. Por cada compromiso el Director (a) del hospital, pedirá el informe respectivo al Jefe del servicio o instancia intermedia involucrada.
3. Responsable: Se consignan los nombres de la (as) persona (as) responsables de cada compromiso.
4. Fecha a iniciar: Se consigna la fecha que se programo para iniciar.
5. El grado de avance se registrará como:
 - 5.1 No iniciado (NI): Si el compromiso aún no ha sido iniciado de acuerdo a la fecha establecida.
 - 5.2 En Ejecución (EE): Si aún no se cumple el compromiso pero se están haciendo acciones para dar cumplir.
 - 5.3 Finalizado (F): Si el compromiso ya fue cumplido en su totalidad, este no se consignara en la matriz de seguimiento.
6. Resultados de la Gestión: En esta casilla se debe consignar lo siguiente:
 - 6.1 En caso que el compromiso no se haya iniciado (NI): Se debe revisar la fecha que se estableció que debería iniciar (Sección C2 Decisiones tomadas, en la casilla fecha de inicio.)
 - 6.2 En caso que el compromiso se encuentre en ejecución (EE): ¿Cual es el grado de avance en la gestión y en qué fecha se espera finalizar?
 - 6.3 Si el compromiso fue cumplido (F): Consignar ¿Cual fue el logro y ¿En que contribuyeron a mejorar los resultados de los indicadores? (La suma de esta casilla es el Numerador del indicador, y para el denominador se tomaran todos aquellos compromisos finalizados y no finalizados en el periodo a medir, este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de compromisos definidos en el Consejo Consultivo).

NOTA: La lectura de la ayuda memoria será efectuada por el (la) coordinador (a) de la UGI como secretario técnico del Consejo Consultivo.

AYUDA MEMORIA PARA SERVICIOS E INSTANCIAS INTERMEDIAS



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

FORMATO DE AYUDA DE MEMORIA PARA LOS SERVICIOS E INSTANCIAS INTERMEDIAS

(Esta ayuda de memoria deberá ser enviada a la Coordinación de la UGI en la 1era semana de cada mes, junto con el tablero mensual de los indicadores del servicio o instancia intermedia: Administración, RRHH y Comités de Apoyo a la Gestión)

Hospital _____ Región: _____

Mes evaluado: _____ Hora de inicio _____ Hora de finalización _____ Fecha _____

A. DATOS DE LOS PARTICIPANTES				
	Participantes	Cargo	Ausentes	Justificación
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

B. OBJETIVO DE LA REUNIÓN

El objetivo de la reunión en la 1era semana de cada mes, es analizar los resultados de los indicadores del servicio del mes anterior, por lo cual es el punto único en agenda y para lo cual deberá utilizar el tablero mensual de indicadores. El resto de las semanas, en caso que el servicio decida realizar reuniones ejecutivas semanales, podrán abordar los temas puntuales que consideren oportunos para mejorar los resultados de los indicadores o elaborar planes de intervención)



SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

C. DESARROLLO DE LA REUNION								
C.1. Análisis de resultado de Indicadores y decisiones tomadas para mejorarlos								
Indicador	%	Estándar	Análisis de causas (El porque no alcanza el estándar establecido)	Decisiones del servicio para resolver los problemas identificados	Compromisos	Responsable	Fecha de Inicio	Soluciones recomendadas para el Director y su Consejo Consultivo

Análisis de resultado de Indicadores y decisiones tomadas para mejorarlos:

- El tema se refiere por ejemplo a las emergencias obstétricas, emergencias perinatales, PF, ejecución presupuestaria, financieros, etc.)
- Tendencia de los indicadores con respecto a los estándares y las causas**
En este ítems se considera lo siguiente:
Tendencia de los indicadores con respecto a los estándares y las causas:
 - Indicadores bajos.
 - Seguimiento a la sostenibilidad de los que han alcanzado el estándar.
 - Indicadores que no cumplen con el estándar establecido.
 - Los indicadores que no alcanzaron el estándar y que presenten un comportamiento fluctuante.
 - El indicador alcanzó el estándar en el mes evaluado pero la variabilidad con relación al mes anterior es importante por ejemplo: Un indicador pasa de un 20% en el mes anterior a un 100% en el mes analizado.
 - El indicador alcanzó el estándar, pero en los meses anteriores presenta una fluctuación considerable entre el aumento y descenso. (Por ejemplo, en el mes de enero alcanzó el estándar; pero en el mes diciembre 50%, noviembre 100% octubre 40%, septiembre 80%, agosto 59%, etc.)
- Toma de las decisiones oportunas y pertinentes** para mejorar los resultados de los indicadores (Lo que esta dentro del ámbito del servicio poder resolver)
- Compromisos:** Las acciones que se ejecutaran para dar cumplimiento al compromiso
- Soluciones recomendaciones al Director** sobre aquellas acciones que están fuera del ámbito del servicio poder resolver



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

D. MATRIZ GENERAL DE SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS							
Nº	Compromisos	Responsables	Fecha a Iniciar	GRADO DE AVANCE			Resultados de la Gestión
				No iniciado (NI)	En Ejecución (EE) Fecha de inicio	Finalizado (FF) Fecha de Finalización	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

Esta matriz permite monitorear el cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada reunión, por lo cual se hará lo siguiente:

1. En esta casilla se lleva un registro sistemático de los compromisos de las 4 o 5 reuniones del mes. Para conocer los avances en el cumplimiento de los



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

compromisos deberán construir este indicador internamente tomando para el denominador todos aquellos compromisos que se han establecido y que no se hayan finalizado, para el numerador tomara todos los compromisos finalizados)

2. Se dará lectura a los compromisos establecidos en reuniones anteriores a fin de dar seguimiento a los mismos. Por cada compromiso el Jefe del servicio pedirá el informe respectivo al responsable de su ejecución.
3. Asimismo se agregarán a esta matriz, los nuevos compromisos resultantes de la reunión actual
4. Responsable: Se consignan los nombres de la (as) persona (as) responsables de cada compromiso.
5. Fecha a iniciar: Se consigna la fecha que se programo para iniciar.
6. En el grado de avance se registrará como:
 - 4.1 **No iniciado (NI):** Si el compromiso aún no han sido
 - 4.2 **Ejecución (E):** Si aún no se cumple el compromiso pero se están haciendo acciones para dar cumplir.
 - 4.3 **Finalizado (F):** Si el compromiso ya fue cumplido en su totalidad
7. **Resultados de la Gestión:** En esta casilla debe consignar:
 - 5.1 En caso que el compromiso no se haya iniciado (NI): Se debe revisar la fecha que se estableció que debería iniciar (Sección C2 Decisiones tomadas, en la casilla fecha de inicio.)
 - 5.2 En caso que el compromiso se encuentre en ejecución (EE): ¿Cual es e grado de avance en la gestión y que fecha se espera finalizar?
 - 5.3 Si el compromiso fue cumplido (F): Consignar ¿Cual fue el logro: En que contribuyó a mejorar los resultados de los indicadores?

FORMATO DEL REPORTE NARRATIVO DEL CMG



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

FORMATO DEL REPORTE NARRATIVO DEL CUADRO DE MANDO GERENCIAL

Hospital _____ Región: _____

Mes Evaluado: _____ Fecha _____

El Reporte narrativo es el instrumento gerencial que describe la revisión y análisis de los indicadores tanto en los servicios e instancias intermedias, así como del epidemiólogo, facilitando la discusión y análisis del Cuadro de Mando Gerencial y la toma de decisiones oportunas y eficaces, en la reunión del Consejo Consultivo

El responsable del llenado de este instrumento es el coordinador de la Unidad de Gestión de la Información (UGI), quien hará lo siguiente:

- 1) Reporte de la oportunidad de la información (**Ítems A**)
- 2) Reporte del análisis de los indicadores del tablero interno y toma de decisiones efectuadas por los servicios e instancias intermedias en su reunión mensual (**Ítems B**)
- 3) Realiza su propio análisis como epidemiólogo (**Ítems C**), basándose en los productos que se espera del Hospital
- 4) El coordinador de la UGI, se reunirá con el Director antes de la sesión del Consejo Consultivo para discutir el contenido de este reporte narrativo



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

A. REPORTE DE LA INFORMACION RECIBIDA								
Descripción/Oportunidad	Servicios e Instancias Intermedias	Oportuna			Completa			Observaciones
		Si	No	Fecha	Si	No	Pendiente	
1. Tablero mensual de indicadores 2. Ayuda de Memoria con: a) Soluciones y Recomendaciones b) Matriz de Compromisos o Acciones 3. Análisis de los resultados de los indicadores.	Gineco-Obstetricia							
1. Tablero mensual de indicadores 2. Ayuda de Memoria con: a) Soluciones y Recomendaciones b) Matriz de Compromisos o Acciones 3. Análisis de los resultados de los indicadores.	Pediatría							
1. Tablero mensual de indicadores 2. Ayuda de Memoria con: a) Soluciones y Recomendaciones b) Matriz de Compromisos o Acciones 3. Análisis de los resultados de los indicadores.	UGI							
1. Tablero mensual de indicadores 2. Ayuda de Memoria con: a) Soluciones y Recomendaciones b) Matriz de Compromisos o Acciones 3. Análisis de los resultados de los indicadores	Administración							
1. Tablero mensual de indicadores 2. Ayuda de Memoria con: a) Soluciones y Recomendaciones b) Matriz de Compromisos o Acciones 3. Análisis de los resultados de los indicadores	RR HH							



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

1. Tablero mensual de indicadores		Otros: Estadísticas,							
2. Ayuda de Memoria con:		Comités de: (Calidad,							
a) Soluciones y Recomendaciones		Mortalidad, Compras y							
b) Matriz de Compromisos o Acciones		Bioseguridad), UFAU							
3. Análisis de los resultados de los indicadores									
B. REPORTE DEL ANALISIS DE LOS INDICADORES DEL TABLERO INTERNO Y TOMA DE DECISIONES EFECTUADAS POR LOS SERVICIOS E INSTANCIAS INTERMEDIAS EN SU REUNIÓN MENSUAL									
1. Indicador	2. %	3. Estándar	4. Motivos por los cuales el indicador no cumplió el estándar	5. Decisiones tomadas para que el indicador alcance el estándar	6. Recomendaciones para el Director y el Consejo Consultivo				
<p>En esta Matriz debe consignar el resumen del análisis, toma de decisiones y compromisos establecidos en la reunión mensual del servicio e instancias intermedias. La fuente de información es la ayuda de memoria y el tablero interno mensual de indicadores de los mismos.</p> <p>Columna 1. Colocar el código del indicador; ejemplo GO-01.</p> <p>Columna 2. Colocar el resultado del indicador.</p> <p>Columna 3. Colocar el estándar establecido para el indicador.</p> <p>Columna 4. Escribir las causas por las cuales el indicador no alcanzó el estándar.</p> <p>Columna 5. Escribir las decisiones tomadas en el servicio o instancia intermedia para mejorar el indicador (Aquellas decisiones que están dentro del ámbito del servicio de poder resolver).</p> <p>Columna 6. Escribir las Recomendaciones para el Director y su Consejo Consultivo (Aquellas que se salen del ámbito del servicio e instancia intermedia de poder resolver)</p>									



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

C. ANALISIS DEL COORDINADOR DE LA UGI			
Productos	Indicadores	Análisis por Producto	Recomendaciones para el Director y su Consejo Consultivo.
1. Mujeres atendidas por emergencia obstetricas que fueron manejadas de acuerdo a normas.	GO-01, G0-07, GO-10, UGI-01 y CAL-01		
2. Niños (as) atendidos(as) por emergencia peri natal que fueron manejadas de acuerdo a normas.	PED-01		
3. Niños (as) atendidos(as) por neumonías y diarrea que fueron manejadas de acuerdo a normas.	PED-06 y PED-07		
4. Mecanismos de articulación de estrategias.	MORT-01, EST-05, UGI-06, CAL-02, CMP-01 y UFAU-01		
5. Métodos de Planificación Familiar entregados de acuerdo a normas.	GO-11 al GO-16		
6. Indicadores de Producción	EST-01 al EST-04		
7. Bioseguridad.	BIO-01		
8. Resultados.	UGI-07 al UGI-13, MORT-02, MORT-03 y MORT-05		
9. Organización.	UGI-14 al UGI-18		
10. Financieros.	ADM-01 al ADM-08		
11. RR.HH.	RH-01, RH-02 y RH-05		
Este es un análisis basado en los productos definidos en el Cuadro de Mando Gerencial y debe ser elaborado por el coordinador (a) de la UGI, tomando como elemento fundamental el análisis y toma de decisiones de los servicios e instancias intermedias (Parte B de este reporte narrativo). Este análisis y el cuadro de mando gerencial, son los insumos básicos para la reunión del Consejo Consultivo.			

LISTAS DE CHEQUEO



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

INDICADOR UGI-06 LISTA DE CHEQUEO DE TURNO MEDICO

Hospital _____ Nombre del Medico _____

Fecha Inicio _____ Hora: _____ Fecha Finalización _____ Hora: _____

Lista de Chequeo Diario: Es un instrumento gerencial que le permite al director del hospital con sus jefes de servicios y departamentos, lo siguiente:

1. Conocer los principales acontecimientos relacionados con el funcionamiento del hospital, ocurridos durante las jornadas vespertinas y nocturnas los de lunes a jueves y de viernes a domingo.
2. Tomar las decisiones oportunas basadas en la evidencia generada por las listas de chequeo.
3. Para Turno A, solamente se llenará en días festivos, feriados y fines de semana.

REPORTE DE: MORTALIDAD, PERSONAL, INSUMOS Y EQUIPO

Descripción	Si	No	Causas	Servicio	Observaciones
Cirugías suspendidas y causas					
Muertes maternas					
Muertes Infantiles					
Otras muertes					
Ausencia de personal Médico en los turnos					
Ausencia de personal de servicios de apoyo (Técnico de Anestesia, técnico de Rx. laboratorio, RX, ayudantes y otros)					
Funcionamiento inadecuado de los equipos médicos					
No disponibilidad de Insumos Críticos y causas (Medicamento, material médico Quirúrgico, oxígeno)					

REPORTE DE INCIDENTES Y CAUSAS

Incidentes	Si	No	Causas	Servicio	Observaciones
No disponibilidad de Sangre					
No disponibilidad de ambulancia					
No disponibilidad de resultados de pruebas de laboratorio					
Caídas de Pacientes					
Pacientes no referidos					
Problemas de respuesta en laboratorio y RX					
Errores de medicación					
Quejas y reclamos de Pacientes					

NOTA: En los casos que aplique, las causas deben ser descritas en la casilla de observaciones

Otros Problemas o Situaciones Encontrados	Toma de Decisiones / Soluciones

NOTA: El informe debe ser elaborado por el médico de turno y ser entregado diariamente a primera hora (07:00 am) al director del hospital.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA LISTA DE CHEQUEO DIARIO
(Reportada por el Médico)**

- 1. Reporte Mortalidad, Personal, Insumos y Equipo**
 - 1.1. Descripción: Esta columna contiene los ítems sujetos a reportar relacionados con mortalidad, personal, insumos y equipo
 - 1.2. Causas: En esta columna se deberá consignar el porqué de la situación encontrada, por ejemplo: porque se suspendió la cirugía, causa de la muerte, causa de ausencia de personal.
 - 1.3. Servicio: Colocar el nombre de la unidad o sala.
 - 1.4. Observación: En esta columna debe describirse las fallas de los equipos, especificar el tipo. Además en esta columna se deberá consignar otras observaciones que se consideren necesarias, pero que estén relacionadas con la descripción.

- 2. Reporte de Incidentes y Causas**
 - 2.1. Descripción: Esta columna contiene los ítems sujetos a reportar relacionados con los incidentes
 - 2.2. Causas: En esta columna se deberá consignar el porqué de los incidentes.
 - 2.3. Servicio: Colocar el nombre de la unidad o sala.
 - 2.4. Observación: En esta columna deben describirse aspectos complementarios e importantes relacionados a las incidencias descritas.

NOTA: Se entenderá por incidencia aquellas situaciones que no ocurren con frecuencia, pero que por su importancia amerita ser reportada.

- 3. Otros Problemas o Situaciones Encontrados, Toma de Decisiones**
 - 3.1. En este apartado se describen otros problemas detectados, relacionados con los ítems descritos anteriormente.
 - 3.2. En este apartado se describen las decisiones tomadas en relación a los problemas o situaciones encontrados, relacionados con los ítems descritos anteriormente.



**SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES**

INFORME DE TURNO ENFERMERIA

Hospital _____ Nombre del Medico _____

Fecha Inicio _____ Hora: _____ Fecha Finalización _____ Hora: _____

Lista de Chequeo Diario:

Es un instrumento gerencial que le permite al director del hospital con sus jefes de servicios y departamentos, lo siguiente:

1. Conocer los principales acontecimientos relacionados con el funcionamiento del hospital, ocurridos durante las jornadas vespertinas y nocturnas los de lunes a jueves y de viernes a domingo.
2. Tomar las decisiones oportunas basadas en la evidencia generada por las listas de chequeo.
3. Para Turno A, solamente se llenará en días festivos, feriados y fines de semana.

REPORTE DE PERSONAL, INSUMOS Y EQUIPO

Descripción	Si	No	Causas	Servicios	Observaciones
Ausencia de Profesional de enfermería					
Ausencia de auxiliar de enfermería durante el turno					
Ausencia de ayudantes de enfermería					
Falta o mal funcionamiento de los equipos médicos					
No disponibilidad o insuficiencia de Insumos Críticos (Medicamento, material médico Quirúrgico, oxígeno)					
Ausencia de Profesional de enfermería					
Ausencia de auxiliar de enfermería durante el turno					

REPORTE DE INCIDENTES

Descripción	Si	No	Causas	Servicios	Observaciones
Cirugía suspendidas					
Errores de medicación					
Caídas de Pacientes					
Fuga de pacientes					
Incumplimiento en las dietas indicadas a los pacientes					
Quejas y reclamos de Pacientes					
Agresiones (familiares, pacientes, hacia el personal)					
Pacientes referidos y no trasladados (internos y externos)					



**SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES**

No disposición de ropa Estéril					
No disposición de quirófano					
Problemas de respuesta en laboratorio y RX					
Falta de Sangre					
Camas no disponible					

NOTA: En los casos que aplique, las causas deben ser descritas en la casilla de observaciones

OTROS PROBLEMAS O SITUACIONES	TOMA DE DECISIONES / SOLUCIONES

NOTA: El informe debe ser elaborado por la supervisora de turno y deberá ser entregado diariamente a primera hora (07:00 a.m.) al director del hospital

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA LISTA DE CHEQUEO DIARIO
(Reportado por Enfermería)**

- 1. Reporte de: Personal, Insumos y Equipo**
 - 1.1 Causas: En esta columna se deberá consignar el porqué de la situación encontrada, por ejemplo: Causa de ausencia de personal, porque la falta de medicamento, porque no funciona el oxígeno, etc.
 - 1.2 Servicio: Colocar el nombre de la unidad o sala.
 - 1.3 Observación: En esta columna se deben describir las fallas de los equipos, especificar el tipo. Además en esta columna se deberá consignar otras observaciones que se consideren necesarias, pero que estén relacionadas con la descripción.

- 2. Reporte de Incidentes y Causas**
 - 2.1 Descripción: Esta columna contiene los ítems sujetos a reportar relacionados con los incidentes.
 - 2.2 Causas: En esta columna se deberá consignar el porqué de los incidentes.
 - 2.3 Servicio: Colocar el nombre de la unidad o sala.
 - 2.4 Observación: En esta columna deben describirse aspectos complementarios e importantes relacionados a las incidencias descritas.

NOTA: Se entenderá por incidencia aquellas situaciones que no ocurren con frecuencia, pero que por su importancia amerita ser reportada.

- 3. Otros Problemas o Situaciones Encontrados, Toma de Decisiones**
 - 3.1 En este apartado se describen otros problemas detectados, relacionados con los ítems descritos anteriormente.
 - 3.2 En este apartado se describen las decisiones tomadas en relación a los problemas o situaciones encontrados, relacionados con los ítems descritos anteriormente.



**SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES**

LISTA DE CHEQUEO TURNO DE ADMINISTRACION

Hospital _____ Nombre de Administrador _____

Fecha inicio _____ Hora _____ Fecha finalización: _____ Hora _____

Lista de Chequeo Diaria:

Es un instrumento gerencial que le permite al director del con jefes de servicios y departamentos, lo siguiente:

1. Conocer los principales acontecimientos relacionados con el funcionamiento del hospital, ocurridos durante las jornadas vespertinas y nocturnas los de lunes a jueves y de viernes a domingo.
2. Tomar las decisiones oportunas basadas en la evidencia diaria generada por las listas de chequeo.
3. Para Turno A, solamente se llenará en días festivos, feriados y fines de semana.

Descripción	Si	No	Causas	Servicio	Observaciones
Fallo en el sistema eléctrico					
Fallo en la red telefónica					
Fallo en sistema de oxígeno					
Desabastecimiento de oxígeno					
Fallo sistema Hidrosanitario					
No disponibilidad de ambulancia					
Funcionamiento inadecuado de la ambulancia					
Fallos en las dietas de pacientes					
Funcionamiento inadecuado de Equipos					
Ausencia de personal (Vigilancia, motorista, técnicos de mantenimiento etc.)					
No disposición de ropa Estéril					

REPORTE DE EQUIPO, TRANSPORTE, PERSONAL, E INSUMOS

Descripción	Si	No	Causas	Servicios	Observaciones
Caídas de Pacientes durante el traslado					
Quejas y reclamos del personal de los servicios					

NOTA: En los casos que aplique, las causas deben ser descritas en la casilla de observaciones



**SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS
DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES**

REPORTE DE INCIDENTES

Otros Problemas o Situaciones	Toma de Decisiones / Soluciones

El informe debe ser elaborado por la persona que delegue el administrador, deberá ser entregado diariamente a primera hora (07:00 a.m.) al director del hospital

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA LISTA DE CHEQUEO DIARIO
(Reportado por Administración)**

1. REPORTE: EQUIPO, TRANSPORTE, PERSONAL, E INSUMOS

- 1.1 Descripción: Esta columna contiene los ítems sujetos a reportar relacionados con equipo, transporte, personal, e insumos
- 1.2 Causas: En esta columna se deberá consignar el porqué de la situación encontrada, por ejemplo: causa de la ausencia de personal, porque no funciona la ambulancia, etc.
- 1.3 Servicio: Colocar el nombre de la unidad o sala.
- 1.4 Observación: En esta columna deben describirse las fallas de los equipos, especificar el tipo. Además en esta columna se deberá consignar otras observaciones que se consideren necesarias, pero que estén relacionadas con la descripción.

2. REPORTE DE INCIDENTES Y CAUSAS

- 2.1 Descripción: Esta columna contiene los ítems sujetos a reportar relacionados con los incidentes
- 2.2 Causas: En esta columna se deberá consignar el porqué de los incidentes.
- 2.3 Servicio: Colocar el nombre de la unidad o sala.
- 2.4 Observación: En esta columna deben describirse aspectos complementarios e importantes relacionados a las incidencias descritas.

NOTA: Se entenderá por incidencia aquellas situaciones que no ocurren con frecuencia, pero que por su importancia amerita ser reportada.

3. OTROS PROBLEMAS O SITUACIONES ENCONTRADOS, TOMA DE DECISIONES

- 3.1 En este apartado se describen otros problemas detectados, relacionados con los ítems descritos anteriormente.
- 3.2 En este apartado se describen las decisiones tomadas en relación a los problemas o situaciones encontrados, relacionados con los ítems descritos anteriormente.



SECRETARIA DE SALUD
SUB SECRETARIA DE REDES

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DE SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE HOSPITALES

GUIA DE PROCEDIMIENTOS PARA COORDINADORES DE UNIDADES DE GESTION DE LA INFORMACION (UGI)

ANEXO 5 GUIA DE RETROALIMENTACION PARA LOS SERVICIOS E INSTANCIAS INTERMEDIAS		
N°	Aspectos Revisados	Hallazgos de la Información
Oportunidad de la información		
1	La información llega oportuna (2da. Semana) y completa (Tablero interno y ayuda de memoria de reunion mensual para analisis de indicadores	
Recepción de la información		
2	Los resultados de los tableros internos son concordantes con el reporte narrativo de los servicios e instancias intermedias.	
3	Verificación de los resultados de los indicadores	
4	Indicadores no Reportados	
Análisis de la información		
5	El reporte narrativo evidencia las causas por las cuales el indicador no alcanzó el estándar establecido, incluyendo las recomendaciones al director y su consejo consultivo del hospital.	
6	La ayuda de memoria de los servicios e instancias intermedias evidencian la discusión y análisis de los indicadores bajos.	
7	La ayuda de memoria de los servicios e instancias intermedias evidencian las decisiones tomadas de intervención oportuna que contribuyen a la mejora de los indicadores con resultados bajos.	
Hallazgos en los indicadores		

9.2 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LOS COMITÉS DE APOYO A LA GESTIÓN

Funciones del Comité de Calidad

- Promover la participación activa de todos los profesionales del hospital en el logro de los objetivos de Calidad.
- Elaborar el plan anual de mejora de la calidad del hospital.
- Promover y facilitar la organización y capacitación de los Equipos de Mejora Continua de la Calidad (EMCC), de los servicios y departamentos que implementen procesos de mejora continua de la calidad.
- Definir mecanismos de seguimiento de las actividades planificadas para alcanzar los objetivos anuales de calidad previstos en el hospital.
- Dar seguimiento a los procesos de mejora que han sido establecidos en las diferentes dependencias del hospital.
- Proponer a la Dirección del Hospital la asignación de recursos técnicos, financieros y humanos para el mejoramiento de la calidad de los servicios.
- Apoyar a la administración del Hospital en procesos de auditoría, solicitados por la UGI.
- Apoyar a los jefes de los servicios en la priorización de procesos de mejora de la calidad de la institución.
- Promover la realización de las auditorías médicas y de enfermería.
- Evaluar anualmente el logro de los objetivos planificados y proponer las oportunas estrategias de intervención en función de los problemas detectados.
- Mantener informada a la UGI de los procesos que realiza al interior del hospital.
- Coordinar acciones con el Comité de Calidad de la Región Sanitaria y proporcionar a este toda la información requerida para el desarrollo de sus funciones.

Principales actividades:

- Elaborar un Reglamento de Funcionamiento del Comité.
- Elaborar un plan de trabajo y un plan de seguimiento de las actividades de calidad en el hospital.
- Revisar las evidencias (ayudas de memoria, actas) de las reuniones semanales los Equipos de Mejora Continua de la Calidad (EMCC).
- Desarrollar jornadas de capacitación para los Equipos de Mejora Continua de la Calidad (EMCC) y para otras dependencias que soliciten capacitaciones en esta área.
- Monitorear los planes de mejora continua de los equipos de los servicios y departamentos.
- Realizar las encuestas de satisfacción de los usuarios (as) que reciben atención en el hospital.
- Planificar y ejecutar las acciones para la realización de las encuestas de satisfacción del usuario interno y externo y elaborar informe para la UGI.

- Solicitar al departamento de registros médicos una muestra de expedientes clínicos, para verificar la composición del mismo de acuerdo con la normativa establecida por la SESAL.
- Consolidar y hacer el análisis de los resultados del monitoreo de indicadores de calidad, las propuestas de mejora de los servicios y elaborar el informe para la UGI y las jefaturas de los servicios.
- Elaborar el informe trimestral para la Unidad de Calidad de la Región de Salud.
- Participar en las reuniones mensuales de coordinación programadas por la UGI.
- Presentar informes de avances de su plan de trabajo al Consejo Consultivo, cuando este lo solicite.
- Elaborar informes mensuales para la UGI.
- Documentar las reuniones realizadas en el libro de actas con los formatos de las ayudas memorias establecidas.
- El Comité de Calidad se debe reunir una vez al mes según el calendario establecido por los integrantes y de manera extraordinaria cuando la situación lo amerite.

Funciones del Comité de Mortalidad

- Proponer los mecanismos para el cumplimiento de estrategias que ayuden a disminuir la mortalidad del hospital.
- Establecer los procedimientos relacionados con la detección, captación e investigación de las muertes en el hospital.
- Recomendar las intervenciones que orienten el diseño y la implementación de estrategias para prevenir las muertes hospitalarias.
- Investigar y analizar cada muerte que se presente en el hospital, en el caso de la mortalidad materna e infantil, aplicar la normativa de análisis del Nivel Técnico y determinar, si las muertes ocurridas en el hospital fueron evitables o no.
- Investigar y analizar las casi muertes y que dada la complicación del caso amerite identificar estrategias de intervención que ayuden a prevenir las muertes hospitalarias.
- Analizar tasas de mortalidad hospitalaria por causa y grupos de edad y su tendencia.
- Establecer mecanismos de difusión de los resultados de la vigilancia.
- Informar periódicamente a la UGI sobre las investigaciones y análisis de las muertes y casi muertes.
- Establecer mecanismos de coordinación con los demás Comités constituidos en el hospital.
- Desarrollar actividades de coordinación con la Región Sanitaria para fortalecer la vigilancia y control de las muertes.

Principales actividades

- Elaborar el plan de trabajo
- Realizar una reunión mensual de manera sistemática para estudiar y analizar las casi muertes y elaborar las recomendaciones para las instancias que correspondan.
- Sostener reuniones extraordinarias para realizar los análisis de las muertes maternas e infantiles, siguiendo los protocolos de investigación establecidos por la Dirección de Vigilancia de la Salud.

- Asegurar a través del Epidemiólogo, la disposición de la información actualizada para los análisis de mortalidad.
- Difundir y comunicar los resultados de la vigilancia de la mortalidad materna e infantil. (boletines informativos, murales, redacción de artículos científicos).
- Elaborar los informes de los análisis de los casos de muertes y enviarlos a la Unidad de Gestión de la información y a las instancias establecidas en el nivel regional y nacional.
- Participar en las reuniones del Consejo Consultivo cada vez que sea necesario para lograr la efectividad de su misión.
- Facilitar a la dirección del hospital, la información necesaria con las evidencias de aquellos casos que ameriten ser estudiados en las sesiones clínicas que realiza el personal médico.
- Documentar las reuniones realizadas en la ayudas memorias utilizando el formato establecido por el Departamento de Hospitales.

Funciones del Comité de Compras

- Apoyar a la administración del hospital en la elaboración del plan de adquisiciones anual y trimestral, conforme a los procedimientos administrativos y de control interno.
- Apoyar a la administración en la elaboración del catálogo de productos de mayor consumo en el hospital con sus especificaciones técnicas para facilitar el proceso de compra.
- Apoyar a la administración del hospital en la actualización del registro de proveedores del hospital asegurando que tienen su respectivo registro como proveedores del Estado.
- Apoyar la estandarización del stock de insumos críticos que debe manejar el hospital para evitar el desabastecimiento.
- Ejecutar el proceso de adquisición de los suministros establecidos en el plan de adquisición del hospital.
- Realizar la monitoria del proceso de adquisición iniciando con la cotización de productos y precios, finalizando con la verificación en el almacén.
- Documentar las actuaciones del Comité y el seguimiento del proceso de adquisición del hospital y rendir informe al Consejo Consultivo del hospital.

Principales actividades

- Elaborar el plan de trabajo.
- Elaborar los lineamientos de funcionamiento interno del Comité de Compras.
- Analizar las solicitudes de compra de los servicios y departamentos del hospital a fin de priorizar dichas compras de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria.
- Analizar mensualmente el stock de inventarios de los insumos críticos del hospital.
- Verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los productos comprados y recepcionados en el almacén.
- Organizar comisiones de apoyo y asesoramiento en compras de insumos especializados.
- Seleccionar el registro de proveedores a quienes se les invitará a cotizar los productos a adquirir.

- Revisar y analizar las cotizaciones efectuadas por los proveedores para la selección y adjudicación de la compra.
- Verificar que los productos que se reciban cumplan con las especificaciones técnicas solicitadas.
- Llevar actas y registros de los procesos de adjudicación de compra del hospital.
- Verificar que se cumplan los lineamientos de ética y transparencia en el proceso de selección de las comisiones de compras (para productos altamente especializados) y durante todos los procesos de adquisición del hospital.
- Informar a la Dirección del Hospital y al Consejo Consultivo mediante indicadores establecidos, el nivel de abastecimiento del hospital.
- Elaborar un reporte y presentarlo en la reunión mensual del Consejo Consultivo sobre los procesos realizados por el Comité y los resultados de sus actuaciones.

Dinámica de trabajo.

1. Las Reuniones de trabajo ordinarias para el proceso de adquisición de insumos se calendarizan de acuerdo a los tiempos establecidos en el plan de compras.
2. El comité realizará jornadas de trabajo en la etapa de elaboración del plan anual y trimestral de compras, para lo cual previamente la administración ha recolectado toda la información de solicitudes de los servicios y existencias en el almacén.
3. Para el proceso de desarrollo de normas y fortalecimiento de los procesos y procedimientos de abastecimientos de insumos del hospital, el Comité establecerá en su plan de actuación los tiempos en que realizarán estas actividades.
4. Mensualmente el Comité analiza el reporte de las existencias del almacén y de abastecimiento de los servicios y analiza el resultado de cumplimiento de indicadores de abastecimiento de insumos críticos.
5. Elabora reporte de mensual sobre los niveles de abastecimiento del hospital.
6. Participa en las reuniones mensuales del Consejo Consultivo.

Funciones del comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres

- Asesorar y brindar soporte técnico a las autoridades del hospital sobre estrategias relacionadas con la Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- Apoyar al Director (a) en las actividades de coordinación relacionadas con la bioseguridad y ante una emergencia con otras instituciones y organizaciones externas.
- Coordinar acciones de apoyo financiero con el Comité de Apoyo Externo.
- Promover la organización y capacitación de los Sub comités de IAAS, RH, SP y ED.
- Asegurar el cumplimiento de las políticas, normas y planes en materia de bioseguridad, emergencias y desastres.
- Elaborar los protocolos del comité Bioseguridad, Emergencias y Desastres y vigilar el estricto cumplimiento de los mismos.

- Asesorar a los subcomités de: IAAS, RH, SP y ED; en la elaboración de sus respectivos programas y planes de acción.
- Elaborar el programa de bioseguridad del hospital, derivado de los programas de los subcomités (IAAS, RH, SP y ED).
- Apoyar la gestión de los recursos técnicos y financieros para el desarrollo de las actividades de los Sub comités.
- Analizar y evaluar los resultados de los informes de los Subcomités de (IAAS, RH, SP y ED).
- Efectuar la evaluación y registros epidemiológicos necesarios sobre la situación relacionada con la SP y la calidad de la atención médica en el hospital.
- Vigilar los factores y agentes del ambiente de trabajo y de las prácticas de trabajo que pueden afectar a la salud de los pacientes y trabajadores.
- Promover y controlar la ejecución de estudios de investigación y aplicar los resultados de los mismos.
- Monitorizar los indicadores de evaluación en materia de bioseguridad hospitalaria.
- Organizar y coordinar los programas de educación continua relacionados con la bioseguridad del hospital y seguridad del hospital.
- Informar periódicamente a la UGI, al Director (a) del Hospital y al Consejo Consultivo.
- Delegar a los Subcomités las funciones que considere necesario para el cumplimiento del programa de Bioseguridad y Seguridad Hospitalaria.
- Otras asignadas por el Director (a) del Hospital, relacionadas con su ámbito de competencia.

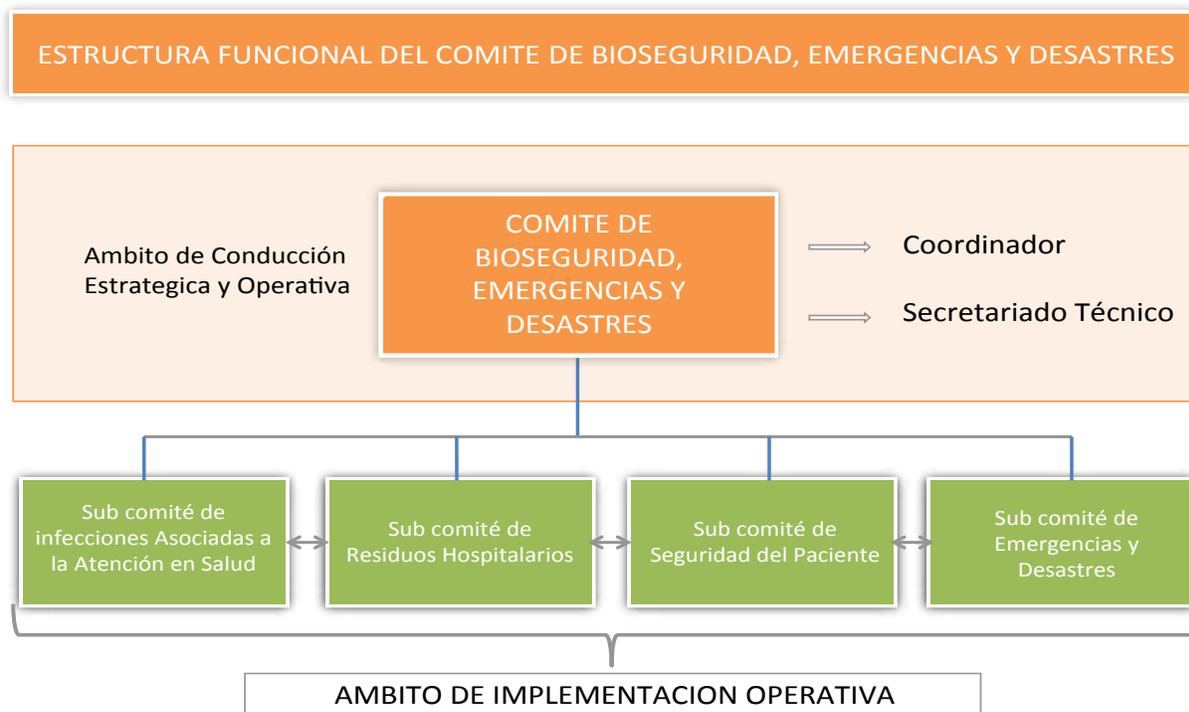
Actividades:

- Elaborar el plan de acción del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- Desarrollar reuniones ordinarias de trabajo una vez al mes para:
 - Monitorizar el avance de los planes de trabajo de los Subcomités
 - Realizar el análisis de los resultados de indicadores,
 - Brindar directrices a los Subcomités
 - Hacer recomendaciones y toma las decisiones pertinentes cuando el caso lo amerite.
- Apoyar al Sub-Comité de IAAS en la implementación del programa para la prevención, manejo y control de las IAAS.
- Apoyar al Sub Comité de RH en la implementación del programa para la Gestión y Manejo de los residuos hospitalarios.
- Apoyar al Sub Comité de SP en la implementación del programa de SP
- Apoyar al Sub Comité de ED en la implementación de acciones de preparación para responder en casos de emergencias y desastres
- Promover las normas sobre exámenes básicos de laboratorio y otros mecanismos de medición y control.
- Promover el cumplimiento las normas sobre profilaxis.

- Disponer de una base de datos actualizada con la información del Comité.
- Medir y reportar resultados de indicadores de evaluación en materia de bioseguridad y seguridad hospitalaria.
- Elaborar los mecanismos de coordinación con la Corporación Municipal para la recolección, transporte y disposición final de los residuos hospitalarios peligrosos.
- Elaborar y enviar el informe mensual para la UGI, al Director (a) del Hospital y al Consejo Consultivo.
- Llevar un control de las reuniones y elaborar ayudas memoria en el formato establecido por el DH.
- Coordinar acciones con los otros comités de apoyo a la gestión.

La estructura funcional del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres se aprecia en el siguiente esquema:

Figura 5- Estructura Funcional del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres



La gestión de la Bioseguridad y Seguridad Hospitalaria se realizará en función de la complejidad hospitalaria, el desarrollo organizacional y los recursos humanos disponibles.

Funciones básica del subcomité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)

- Planificar y ejecutar actividades de supervisión, monitoria y evaluación de la Vigilancia Epidemiológica de las IAAS de las diferentes salas y servicios del hospital para el análisis y toma de decisiones oportunas.
- Vigilar el cumplimiento de las normas y protocolos para la prevención y control de las IAAS en todos los servicios clínicos, servicios de apoyo y administrativos del hospital.
- Coordinar acciones con los subcomités de RH, SP y ED, para la implementación del programa para el manejo, prevención y control de las IAAS.

- Promover y/o participar en las investigaciones de IAAS con equipos multidisciplinario de las diferentes salas para identificar problemas y sus posibles soluciones.
- Realizar el análisis mensual del comportamiento de las IAAS.
- Coordinar la investigación y control de brotes de IAAS en el Hospital.
- Identificar los factores de riesgo asociados a IAAS por salas y brindar las recomendaciones pertinentes.
- Evaluar los resultados de las acciones preventivas adoptadas en función de los problemas identificados.
- Monitorizar indicadores relacionados a las IAAS y elaborar el reporte con su análisis respectivo.
- Promover el uso racional de los antibióticos.
- Diseñar e implementar programas de educación continua para la prevención de las IAAS, para el personal de los servicios y departamentos del hospital.
- Enviar reporte de resultados y análisis de indicadores, investigaciones y estudios epidemiológicos y sus recomendaciones al Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- Otras que le asigne el Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres, relacionadas con su competencia.

Actividades:

- Elaborar el plan de trabajo del Sub comité de IAAS.
- Socializar el plan de vigilancia, prevención y control de las IAAS.
- Implementar programas de prevención y control de IAAS en las diferentes salas y servicios del hospital para aplicar medidas específicas que sean apropiadas a la situación.
- Elaborar el plan de capacitación continua para el personal los servicios y departamentos del hospital.
- Vigilar y dar el seguimiento al tratamiento de las patologías registradas como IAAS.
- Efectuar un estudio de prevalencia anual de las IAAS para evaluar los resultados de la vigilancia, utilizando el protocolo estandarizado.
- Supervisar, monitorear y evaluar la toma de muestras en pacientes que se sospecha una IAAS.
- Mantener vigilancia centinela de las IAAS en las salas definidas como prioritarias.
- Realizar un análisis sistemático y mensual del comportamiento de los agentes patógenos aislados y comunicar los resultados al comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres y éste a quien corresponda.
- Identificar necesidades institucionales con el fin de desarrollar programas de capacitación, actualización o implementación de nuevas tecnologías, guías y procedimientos, relacionada con el abordaje de las IAAS.
- Llevar un registro sistemático de las IAAS tanto de pacientes como del personal laborante en la institución.
- Elaborar informes técnicos requeridos por las autoridades superiores del establecimiento.
- Elaborar y enviar informes mensuales de la vigilancia Epidemiológica de las IAAS para el Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.

Funciones del Sub Comité de Residuos Hospitalarios (RH)

- Elaborar e implementar el plan de gestión y manejo de los RH.
- Gestionar los recursos humanos, financieros y logísticos para implementar el plan de gestión de RH.
- Diseñar e implementar programas de capacitación e información permanente para el personal, los pacientes y comunidad en general en el manejo de los RH.
- Diseñar e implementar los protocolos que deben aplicarse en la administración y control de los RH en todos los servicios clínicos y de apoyo (diagnóstico, terapéutico, generales y administrativos).
- Vigilar el estricto cumplimiento de las normas y protocolos para el manejo de los RH.
- Monitorizar el cumplimiento de actividades establecidas en los términos contractuales establecidos en el contrato de los servicios de limpieza higienización y manejo de los RH.
- Coordinar con el Subcomité de IAAS y el subcomité de SP, para la implementación del programa de RH.
- Implementar un plan de Monitoreo y evaluación del Plan de manejo de RH.
- Monitorizar los indicadores establecidos para el manejo adecuado de los RH.
- Enviar reporte de resultados y análisis de indicadores y sus recomendaciones al Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- Informar periódicamente al Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- Otras asignadas por el Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres relacionadas al manejo de los RH.

Actividades generales:

- Hacer el diagnóstico de la situación actual del manejo de los RH.
- Socializar el Reglamento del Manejo de los RH.
- Elaborar el Plan de Gestión y manejo de los RH.
- Socializar el Plan de gestión hospitalaria de los RH, en los servicios y departamentos.
- Implementar el plan de manejo de RH.
- Desarrollar un plan de capacitación para todo el personal en el manejo de los RH.
- Sostener reuniones con los subcomités de IAAS, SP y ED para coordinar acciones.
- Elaborar informes técnicos requeridos por las autoridades superiores del establecimiento.
- Implementar el plan de información y sensibilización del personal, pacientes y público en general a través de programas radiales en medios de comunicación, charlas educativas, afiches, hojas volantes, otras.
- Apoyar al comité de compras en el proceso de adjudicación de los insumos para el manejo de los RH, asimismo en la recepción y control de la calidad de dichos insumos, cuando estos ingresen al almacén.
- Implementar el plan de monitoreo, supervisión y evaluación del manejo de los RH en los diferentes departamentos y servicios del hospital definiendo los indicadores que permitan medir los avances del plan.
- Elaborar informes técnicos mensuales para el Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.

Funciones del Subcomité de Seguridad del Paciente (SP)

- Promover la implementación de un Programa para la SP en el ámbito del hospital.
- Establecer e implementar mecanismos efectivos de reportes de eventos adversos, errores en la atención clínica e incidentes.
- Establecer mecanismos orientados a prevenir los errores en la atención clínica.
- Promover la implementación de las normas y guías para la estandarización de los procesos clínicos.
- Coordinar acciones para integrar comisiones, normas y todos los aspectos relativos al manejo de riesgo médico legal y error.
- Establecer mecanismos de vigilancia para la SP.
- Coordinar acciones con los subcomités de IAAS, RH y ED para la implementación del programa de SP.
- Monitorizar y reportar indicadores sobre SP, con su respectivo análisis y recomendaciones.
- Otras asignadas por el Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres relacionadas con su competencia.

Actividades

- Solicitar, analizar y evaluar la información clínica, estadística, epidemiológica, asistencial y de cualquier otra naturaleza producida por el hospital y que tenga relación con los objetivos del subcomité.
- Identificar las áreas de intervención prioritarias relacionadas a la SP y la calidad de la atención en el establecimiento de salud y efectuar una planificación anual de actividades relacionadas con esas áreas.
- Programar, implementar y evaluar todas aquellas actividades destinadas a la capacitación del recurso humano del hospital y a los usuarios de los servicios de salud en relación con la seguridad y la calidad de la atención.
- Programar, implementar y evaluar todas aquellas actividades destinadas a intervenir en los procesos y tareas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud y que tengan relación con la SP y la calidad de la atención en el hospital.
- Elaborar y enviar al Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres informes y estudios estadísticos, asistenciales y evaluativos con relación a la SP y la calidad de la atención en el hospital.
- Evaluar técnicamente e intervenir en todos los eventos relacionados con la SP y la calidad de la atención en el hospital, exclusivamente con objetivo docente y de investigación y nunca punitivo.
- Planificar y desarrollar un proceso de reportes de eventos adversos.
- Desarrollar encuestas y/o entrevistas y/o grupos focales sobre SP y calidad de la atención.

Funciones del Subcomité de Emergencias y Desastres (ED)

- Coordinar la evaluación del nivel de seguridad del hospital, mediante la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH).
- Elaborar, actualizar y socializar el Plan de Emergencias y Desastres del hospital en base a los resultados del ISH.

- Gestionar los recursos humanos, financieros y logísticos para implementar el plan de intervención.
- Implementar un plan de monitoreo y evaluación de los planes elaborados.
- Definir los lineamientos para la organización y funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencia del Hospital (COE).
- Diseñar y desarrollar procesos de capacitación permanente en Gestión de Riesgos.
- Enviar el reporte de resultado y análisis del indicador y sus recomendaciones al Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- Otras funciones asignadas por el Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres, relacionadas con la seguridad hospitalaria.

Actividades generales:

- Asesorar al director (a) del hospital para decretar alertas frente posibles eventos.
- Gestionar un espacio físico para el funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencias (COE).
- Realizar simulaciones y simulacros relacionados con posibles eventos adversos y emergencias.
- Coordinar con las instancias internas del hospital las acciones necesarias para dar respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.
- Vigilar el estricto cumplimiento de la normativa y especificación técnica vigente, para la preservación de los sistemas constructivos, equipamiento y servicios vitales del hospital.
- Gestionar la disponibilidad de medicamentos, insumos, instrumental y equipo para situaciones de desastres.
- Elaborar informes técnicos requeridos por las autoridades superiores del establecimiento.
- Apoyar al comité de compras en el proceso de adjudicación de los insumos para la seguridad hospitalaria, asimismo en la recepción y control de la calidad de dichos insumos, cuando estos ingresen al almacén.
- Elaborar informes técnicos mensuales para el Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- Coordinar por delegación del director (a) con organizaciones y autoridades locales las acciones necesarias para dar respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.



*“La transformación del sistema de salud de Honduras,
proporcionará un mejor acceso y calidad de los servicios de salud para su población.”*



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico
para Salud - HONDURAS