



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

Segunda Fase

HONDURAS



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 Isabel Izaguirre
- Ing. Oscar Adán Herrera
- Licda. Edelma Isabel Salgado
- 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

"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

Jefa del Departamento de Hospitales.

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.

Secretaría 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 Secretaria 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 comprehensivo 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. AMORÓS 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 del Hospital
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

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	10
2. ANTECEDENTES	11
MARCO LEGAL DEL RGH:	11
MARCO TÉCNICO DEL REORDENAMIENTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA (RGH)	12
3. LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS TRES NIVELES DE GESTIÓN HOSPITALARIA Y SUS RESPONSABILIDADES	13
3.1 NIVEL DE CONDUCCIÓN	16
3.1.1 Dirección.....	15
3.1.2 Consejo Consultivo.....	16
3.1.3 Comité de Apoyo Externo.....	18
3.2 NIVEL DE INSTANCIAS INTERMEDIAS	19
3.2.1 Unidad de Gestión de la Información (U.G.I.).....	20
3.2.2 Instancias Administrativas.....	22
3.2.3 Servicios de Apoyo Terapéutico y Diagnóstico	24
3.2.4 Comités de Apoyo a la Gestión	26
3.3 NIVEL DE LOS SERVICIOS FINALES.....	35
4. MECANISMOS DE RELACIONAMIENTO PARA MEJORAR LA GESTIÓN	36
4.1 RELACIONAMIENTO EN TODOS LOS NIVELES DEL HOSPITAL	36
4.1.1 A Nivel de Servicios Finales.....	36
4.1.2 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.....	37
4.1.3 A Nivel de la Dirección del Hospital.....	40
4.2 RELACIONAMIENTO CON EL NIVEL INTERMEDIO Y CENTRAL	41
4.2.1 Con el Nivel Intermedio (Región Sanitaria).....	41
4.2.2 Con el Nivel Central.....	42
4.3 ENTRE INSTANCIAS DEL NIVEL CENTRAL.....	42
5. INSTRUMENTOS GERENCIALES Y FLUJO DE LA INFORMACIÓN	43
5.1 INSTRUMENTOS GERENCIALES	43
5.1.1 ESTRUCTURA DE LOS INSTRUMENTOS GERENCIALES.....	45
5.1.1.1 BASE DE DATOS	45
5.1.1.2 TABLERO DE MEDICION DE INDICADORES Y SUS GRAFICAS.....	45
5.1.1.2.1 Tablero de Tabulación de Indicadores:.....	44
5.1.1.2.2 Tablero de Resultado de Indicadores.....	45
5.1.1.2.3 Cuadro de Mando Gerencial (CMG)	45
5.1.1.2.4 Gráficas de los Tablero de Medicion de Indicadores	47
5.1.1.3 DOCUMENTOS DE APOYO Y FORMATOS GERENCIALES	48
5.1.1.3.1 DOCUMENTOS DE APOYO.....	47
5.1.1.3.1.1 Cuadro de Descripción de Indicadores.....	47
5.1.1.3.1.2 Instrumentos de Monitoreo.....	47
5.1.1.3.2 FORMATOS GERENCIALES.....	¡Error! Marcador no definido.
5.1.1.3.2.1 Listas de Chequeo Diaria (por el Médico de Guardia, Enfermería y Administración).....	¡Error! Marcador no definido.
5.1.1.3.2.2 Ayuda Memoria para los Servicios Finales y Consejo Consultivo	49

5.1.1.3.2.3 Reporte Narrativo para el Cuadro de Mando Gerencial.....	46
5.2 FLUJO DE LA INFORMACIÓN.....	50
6. LINEAMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACION Y LA TOMA DE DECISIONES.....	52
7. LINEAMIENTOS PARA EL ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES.....	51
8. MECANISMOS PARA EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS BASADO EN EL ENFOQUE DE BUENAS PRÁCTICAS.....	55
9. LINEAMIENTOS PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL REORDENAMIENTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA.....	57
10. ANEXOS:.....	58
10.1 CUADRO DE MANDO GERENCIAL.....	59
10.2 CUADRO DE DESCRIPCIÓN DE INDICADORES POR SERVICIOS.....	65
10.3 FORMATOS GERENCIALES.....	103
10.3.1 AYUDA MEMORIA PARA EL CONSEJO CONSULTIVO.....	103
10.3.2 AYUDA MEMORIA PARA LOS SERVICIOS E INSTANCIAS INTERMEDIAS.....	108
10.3.3 REPORTE NARRATIVO DEL CUADRO DE MANDO GERENCIAL.....	112
10.3.4 LISTAS DE CHEQUEO DIARIA.....	116
10.3.5 GUIA DE RETROALIMENTACION PARA LOS SERVICIOS E INSTANCIAS INTERMEDIAS.....	122
10.4 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LOS COMITÉS DE APOYO A LA GESTIÓN.....	144

I. 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 las Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria en su segunda fase, la cual incorpora cambios en los contenidos actuales y nuevos enfoques tanto en la parte estratégica como en el componente operativo.

El documento contiene 9 capítulos, dentro de los cuales se establecen disposiciones importantes como ser “El Funcionamiento de los tres niveles de Gestión Hospitalaria y sus Responsabilidades”, Los “Mecanismos de relacionamiento para mejorar la gestión” y “Los instrumentos gerenciales y el respectivo flujo de la información”.

Finalmente 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).

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 los lineamientos y directrices del 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 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:

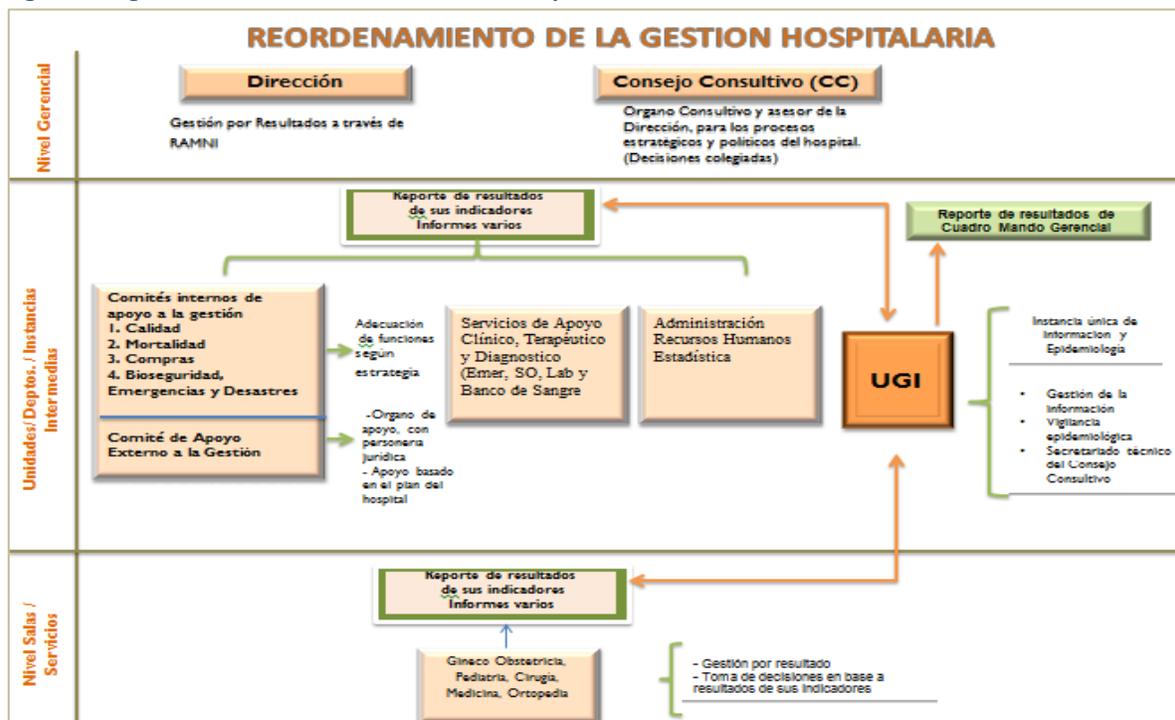
- La ejecución del Proyecto de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos de Salud (PRIESS) 2002-2006, que impulsó el programa de modernización de la gestión hospitalaria con énfasis en 12 hospitales.
- La “Política de Reordenamiento Hospitalario, Honduras 2002-2006”, que establece 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).
- Los lineamientos y directrices para el RGH, mediante acuerdo ministerial 201 del 16 de enero del 2009.

MARCO TÉCNICO DEL REORDENAMIENTO DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA (RGH)

La Secretaría de Salud definió Las Directrices y Lineamientos destinados a establecer las responsabilidades específicas para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria introduciendo cambios a través de la gestión por resultados, que además contribuyan al cumplimiento de los objetivos de Reducción Acelerada Mortalidad Materna e Infantil, de las Políticas de Reordenamiento Hospitalario y del proceso de Reforma del Sector Salud, para fortalecer la gerencia de los hospitales, recuperando la cultura del trabajo y la excelencia del hospital como organización social destinada a recuperar la salud de la población.

En la figura siguiente se muestra esquemáticamente el Reordenamiento Hospitalario

Figura 1- Organización Gerencial Reordenamiento Hospitalario



El Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) se implementó en su primera fase Desde el enero de 2009, acumulándose importantes enseñanzas y lecciones. En abril 2012 se realizó la evaluación del (RGH), 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, intermedio y los niveles de conducción de los hospitales).

3. 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.

El nivel de conducción es responsable de la gestión hospitalaria en todos sus sistemas organizacionales y en sus niveles gerenciales. Está constituido por la Dirección del Hospital y su Consejo Consultivo.

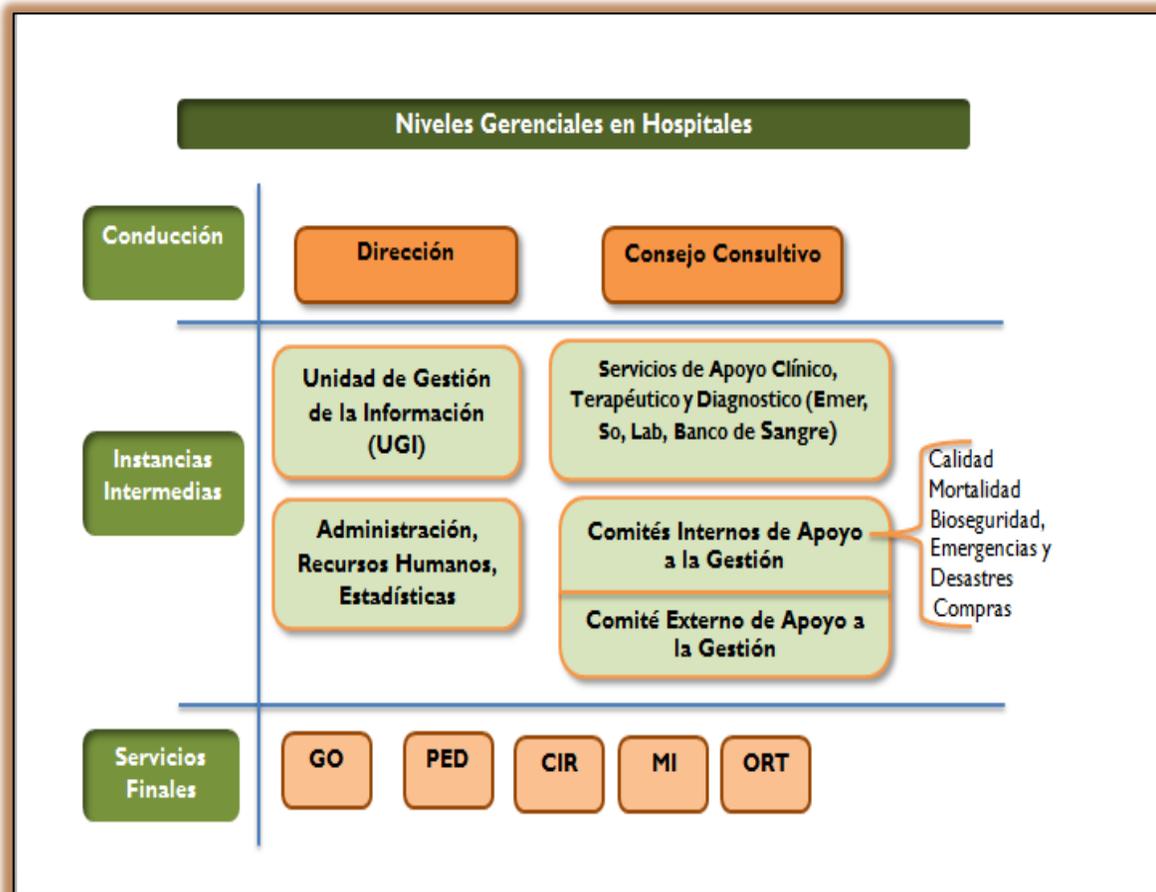
El nivel de instancias intermedias en la organización está conformado por aquellas estructuras responsables de apoyar la gestión de los servicios finales para asegurar la atención oportuna y adecuada de los pacientes y apoya el nivel de conducción para garantizar la gestión exitosa del hospital.

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 gestionar correctamente todos los procesos de atención clínica, para que los productos establecidos cumplan con estándares de calidad con miras a lograr resultados positivos procurando una mayor equidad y accesibilidad a dichos servicios.

A continuación la Fig. 1, 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 2- 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.

3.1 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. Asegurando que se ejecute la gestión hospitalaria de manera oportuna, eficiente, eficaz, con calidad y equidad. 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 estas instancias:

- A. Dirección
- B. Consejo Consultivo

3.1.1 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, cuyas funciones se describen en el siguiente cuadro:

Cuadro I-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.	Unidad de Gestión de la Información. (UGI)
Las decisiones que se tomen en las reuniones de Consejo Consultivo deben ser transmitidas a los servicios y mandos intermedios, con el apoyo de la coordinación Unidad de Gestión de la Información. (UGI)	Jefaturas de servicios, departamentos y coordinadores de comités.
Cuando el caso lo amerite, las decisiones deben ser transmitidas hacia el nivel superior (Nivel Intermedio o Central).	Nivel Intermedio o Central.
Asegurar el monitoreo de los procesos y la evaluación de la gestión hospitalaria.	Jefaturas de servicios, departamentos y coordinadores de comités.
Asegurar el funcionamiento de: <ul style="list-style-type: none"> • Consejo Consultivo • Comités de apoyo a la gestión: Calidad, Bioseguridad, Emergencias y Desastres, Mortalidad y Compras. 	Instancias correspondientes dentro del hospital.
Promover y coordinar la organización y	Comité de Apoyo Externo

Funciones del Director (a)	Instancia con quien Coordina
funcionamiento del Comité de Apoyo Externo.	
Coordinar acciones de apoyo financiero con el Comité de Apoyo Externo.	Comité de Apoyo Externo
Asegurar el funcionamiento de la Unidad de Gestión de la Información. (UGI)	Unidad de Gestión de la Información. (UGI)
Promover el desarrollo de las capacidades técnicas del responsable de la coordinación de la Unidad de Gestión de la Información. (UGI)	Unidad de Gestión de la Información. (UGI) Departamento de Hospitales
Crear las condiciones y asegurar que se realicen las reuniones en los Servicios Finales e Instancias Intermedias de acuerdo a lo establecido en los lineamientos de este documento.	Jefaturas de Servicios Finales e Instancias Intermedias.
Asegurar la aplicación de las listas de chequeo diarias	Jefaturas médicas y de enfermería de los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
Tomar decisiones inmediatas sobre los problemas reportados en las listas de chequeo diarias.	Jefaturas médicas y de enfermería de los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
Remitir los resultados del Cuadro de Mando Gerencial, el análisis y la toma de decisiones respectivas, utilizando las herramientas gerenciales definidas en los lineamientos de este documento.	Unidad de Gestión de la Información. (UGI)
Remitir propuestas de modificación de estándares del Cuadro de Mando Gerencial y Tableros Internos.	Departamento de Hospitales.
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 y Comité de Apoyo Externo.
Coordinar las actividades relacionadas con el intercambio de experiencias en base a buenas prácticas.	Unidad de Gestión de la Información y Departamento de Hospitales

3.1.2 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 de Nivel Intermedio 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.
• Brindar recomendaciones para el alcance de los objetivos planteados por el hospital.
• Participar en la elaboración del plan estratégico y operativo del hospital, brindando opiniones y planteamientos técnicos.
• Monitorear y evaluar la ejecución del plan estratégico del hospital y su plan operativo y definir las acciones a tomar de acuerdo a los resultados obtenidos.
• Participar en la reunión de la tercera semana de cada mes, para analizar los resultados de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial.
• 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.
• 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el nivel intermedio a fin de conocer los avances y los mecanismos de integración en el desarrollo de las redes integradas de servicios de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Proponer la creación de grupos de trabajo para el estudio de temas concretos, los cuales tendrán la composición y funciones determinadas en cada caso.
<ul style="list-style-type: none"> • Proponer a la dirección la contratación 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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 el Director (a) del Hospital

- El Director (a) debe conducir la discusión y el análisis de los resultados del Cuadro de Mando Gerencial la tercera semana de cada mes. Además deberá conducir el resto de reuniones.

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 interno de indicadores reflejados en el Cuadro de Mando Gerencial y demás instrumentos establecidos para este fin. Toda situación de alta complejidad y urgencia que esté fuera de su ámbito de competencia, serán canalizarlos a la dirección del hospital, las cuales deberán abordarse en reuniones de 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.

Con Otras instancias

- Brindará un espacio a los grupos de trabajo, consultores y asesores externos para temas concretos, para evaluar los avances en los planes de trabajo de cada uno, así como para efectuar las respectivas recomendaciones.

3.1.3 COMITÉ DE APOYO EXTERNO

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

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 físicas 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 el comité estime necesarias, 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 con respecto al apoyo al hospital, serán las que se acuerden con la dirección del mismo, asegurándose que se establezcan en el marco legal, gerencial y técnico correspondiente.

3.2 NIVEL DE INSTANCIAS INTERMEDIAS

Este nivel lo integran 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 y está conformado por:

- La Unidad de Gestión de la Información (UGI).
- Instancias Administrativas:
 - Departamento de Administración
 - Departamento de Recursos Humanos
 - Departamento de Registros Médicos y Estadística
- Instancias de Apoyo Clínico, Diagnóstico y Terapéutico
 - Servicio de Emergencia
 - Sala de Operaciones
 - 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

3.2.1 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 cuyo objetivo fundamental es el análisis de la información para apoyar la toma de decisiones para la dirección y el Consejo Consultivo a través de la gestión de los resultados del Cuadro de Mando Gerencial, alimentado de los tableros internos de indicadores de los Servicios Finales e Instancias Intermedias del hospital.

Es importante resaltar que el epidemiólogo o la persona que realiza las funciones de epidemiología, ya tiene definidas sus funciones específicas establecidas por la Dirección de Vigilancia de la Salud, sin embargo en las Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH), se amplía estas funciones hacia la coordinación de La Unidad de Gestión de la Información (UGI), como un eje importante dentro de la gestión del Hospital.

Ambas funciones se describen a continuación:

Funciones del coordinador de la UGI en su condición de Epidemiólogo

- 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:
 - Enfermedades de notificación obligatoria
 - Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)
 - Lesiones de causa externa
 - Mortalidad Materna e Infantil
 - Salud Ocupacional

Funciones del coordinador de la UGI en su condición de Epidemiólogo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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).
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar y facilitar la capacitación al personal de salud en los aspectos normativos y operativos de los procesos críticos de la vigilancia.
<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la confiabilidad y oportunidad del subsistema de información para la vigilancia en el hospital.
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar al mejoramiento de la calidad del registro del diagnóstico de egreso hospitalario (morbilidad y mortalidad según CIE-10).
Funciones como coordinador de la UGI, dentro del proceso del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH):
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la calidad en los procesos de captación, registro y consolidación de los datos para la elaboración de los tableros de indicadores.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los mecanismos más apropiados para la difusión y retroalimentación de la información a los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
<ul style="list-style-type: none"> • Generar la discusión y consolidar la información de los tableros de indicadores proveniente de los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el llenado de la guía de retroalimentación y remitir la misma a los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar en la Dirección, las listas de chequeo diario remitidas por los responsables de turno, una vez que sean revisadas por el director (a)
<ul style="list-style-type: none"> • Manejar la base de datos (software) para recolectar toda la información proveniente de los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
<ul style="list-style-type: none"> • Reportar indicadores propios de la unidad de gestión de la información.
<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar la información y elaborar el Cuadro de Mando Gerencial para el Consejo Consultivo con el respectivo reporte narrativo.
<ul style="list-style-type: none"> • Enviar a la Dirección del Hospital el Cuadro de Mando Gerencial y el reporte narrativo en la segunda semana del mes.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Llevar un registro electrónico de los diferentes informes que son enviados tanto a la Dirección como a

Funciones del coordinador de la UGI en su condición de Epidemiólogo
los Servicios Finales e Instancias Intermedias.
<ul style="list-style-type: none"> • 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.

El director (a) es el responsable directo del funcionamiento de la Unidad de Gestión de la Información y debe asignarle los recursos humanos 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 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 Logísticos 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.

También el Director debe garantizar las condiciones de espacio físico y equipamiento para el función de esta importante Unidad.

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.

3.2.2 INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS

Las instancias administrativas del hospital son las siguientes:

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

3.2.2.1 ADMINISTRACION:

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 RGH tendrá las siguientes funciones:

Funciones del Administrador (a) dentro del proceso del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH):

- El Jefe (a) de administración es miembro activo del Consejo Consultivo y obligatoriamente debe participar en las reuniones del mismo.
- Participar en las reuniones con el director (a) del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
- Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en los primeros dos días de la segunda semana del mes (lo que no invalida que se pueda enviar en la primera semana) a la Unidad de Gestión de la Información.
- Revisar y ajustar, si fuese necesario, los procesos y flujos de trabajo vinculados al 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.
- Facilitar los lineamientos administrativos y de procedimientos al Comité de Compras para que este asuma sus funciones.
- 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.

3.2.2.2 RECURSOS HUMANOS (RRHH):

Es la instancia responsable de la gestión de los recursos humanos en el hospital. En el proceso de reordenamiento tiene las siguientes responsabilidades:

Funciones del Jefe (a) de Recursos Humanos dentro del proceso del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH):

- El Jefe (a) de Recursos Humanos es miembro activo del Consejo Consultivo y obligatoriamente debe participar en las reuniones del mismo.
- Participar en las 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 de los servicios de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina Interna, Ortopedia, Sala de Operaciones y Emergencia, a través de los roles de turno.
- Desarrollar los mecanismos que le permitan recopilar la información en todos los departamentos y servicios para monitorear el ausentismo del personal del hospital.
- Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en los primeros dos días de la segunda semana del mes (lo que no invalida que se pueda enviar en la primera semana) a la Unidad de Gestión de la Información.
- 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.

3.2.2.3 DEPARTAMENTO DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS:

Es la instancia 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 RGH tendrá las siguientes funciones:

Funciones del Jefe (a) del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas dentro del proceso del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH):
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en las reuniones con el director (a) del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar la consolidación de datos de producción de servicios del hospital y realizar la medición de los indicadores de producción establecidos en su tablero interno y en el Cuadro de Mando Gerencial.
<ul style="list-style-type: none"> • Enviar a todos los Servicios Finales e Instancias Intermedias, el informe de producción para la construcción de los indicadores de sus tableros internos y los indicadores del CMG, dentro de los primeros cuatro días del mes.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en los primeros dos días de la segunda semana del mes (lo que no invalida que se pueda enviar en la primera semana) a la Unidad de Gestión de la Información.
<ul style="list-style-type: none"> • Remitir una copia del expediente clínico foliado de las muertes maternas e infantiles a la UGI.
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar el Equipo de Mejora Continua de la Calidad (EMCC) de su departamento para la implementación de planes de mejora que incluya la organización y llenado correcto del expediente clínico.

3.2.3 SERVICIOS DE APOYO CLÍNICO, TERAPÉUTICO Y DIAGNOSTICO

3.2.3.1. Emergencia y Sala de operaciones

Emergencia: Es el servicio que brinda atención a los y las usuarios que acuden por un accidente o suceso que acontece de manera absolutamente imprevista

Sala de Operaciones: Brinda atención individualizada con equipo inter disciplinario de acuerdo a las necesidades del paciente.

Funciones de Jefe (a) del Servicio de Emergencia y Sala de Operaciones dentro del proceso del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH):
<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo reuniones con la dirección del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar oportunamente los insumos críticos para responder a las necesidades del servicio.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en los primeros dos días de la segunda semana del mes (lo que no invalida que se pueda enviar en la primera semana) a la Unidad de Gestión de la Información.
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar al Departamento de Recursos Humanos, la información referente al ausentismo no justificado para la construcción de sus indicadores.
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar el Equipo de Mejora Continua de la Calidad (EMCC) de su departamento para la

Funciones de Jefe (a) del Servicio de Emergencia y Sala de Operaciones dentro del proceso del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH):

implementación de planes de mejora en su ámbito de actuación

- En la reunión semanal previa a la reunión del Consejo Consultivo (segunda semana del mes) debe:
 - 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:
 - 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.

3.2.3.2 Laboratorio

Es la instancia técnica cuyo objetivo es la de realizar los análisis clínicos que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los usuarios (as).

Además de cumplir con las funciones ya establecidas para su departamento, en el proceso de RGH tendrá las siguientes funciones:

Funciones de Jefe (a) de Laboratorio dentro del proceso del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH):

- Llevar a cabo reuniones con la dirección del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
- Gestionar oportunamente los insumos críticos para responder a las necesidades de los servicios.
- Contar y cumplir con la normativa o lineamientos establecidos para la entrega oportuna de resultados de acuerdo a condiciones de urgencia.
- Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en los primeros dos días de la segunda semana del mes (lo que no invalida que se pueda enviar en la primera semana) a la Unidad de Gestión de la Información.
- Proporcionar al Departamento de Recursos Humanos, la información referente al ausentismo no justificado para la construcción de sus indicadores.
- 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.

3.2.3.3 Banco de Sangre y Servicio de Transfusión

Es una unidad técnica cuyo objetivo es organizar e implantar el proceso que asegure la entrega oportuna de sangre.

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 Jefe (a) Banco de Sangre y Servicio de Transfusión dentro del proceso del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH):
<ul style="list-style-type: none"> Llevar a cabo reuniones con la dirección del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
<ul style="list-style-type: none"> Gestionar oportunamente los insumos críticos para responder a la solicitud de sangre por parte de los servicios.
<ul style="list-style-type: none"> Contar y cumplir con la normativa o lineamientos establecidos para la entrega oportuna de sangre de acuerdo a la categoría de urgencia.
<ul style="list-style-type: none"> Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en los primeros dos días de la segunda semana del mes (lo que no invalida que se pueda enviar en la primera semana) a la Unidad de Gestión de la Información.
<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar al Departamento de Recursos Humanos, la información referente al ausentismo no justificado para la construcción de sus indicadores.
<ul style="list-style-type: none"> 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.
<ul style="list-style-type: none"> Participar en el subcomité de IAAS y contribuir en la construcción de los indicadores de este subcomité.

3.2.4 COMITÉS DE APOYO A LA GESTIÓN

Son instancias conformadas por personal de diferentes unidades del hospital cuyo objetivo principal es contribuir a garantizar la gestión de 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 de Anexo 10.4

3.2.4.1 COMITÉ DE CALIDAD:

Es una instancia de apoyo a la gestión hospitalaria y de coordinación con los demás comités constituidos en el centro hospitalario, que tiene como objetivo 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 e instancias 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.

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

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

El Comité de Calidad se reunirá ordinariamente una vez al mes, y levantará una ayuda memoria por cada reunión. Dicha reunión será conducida por el coordinador (a) del mismo.

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.

3.2.4.2 COMITÉ DE MORTALIDAD

Es una instancia de apoyo a la gestión hospitalaria y de coordinación con los demás comités constituidos en el centro hospitalario, 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 la Dirección General de Vigilancia de la Salud del Nivel Central.

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

El Comité de Mortalidad estará integrado por:
• Un coordinador (a) nombrado por el director (a) del hospital con asesoría del Consejo Consultivo, 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.

El Comité de Mortalidad se reunirá ordinariamente una vez al mes, y levantará una ayuda memoria por cada reunión. Dicha reunión será conducida por el coordinador (a) del mismo.

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.

3.2.4.3 COMITE DE BIOSEGURIDAD, EMERGENCIAS Y DESASTRES

Es una instancia de apoyo a la gestión hospitalaria y de coordinación con los demás comités constituidos en el centro hospitalario, que tiene como objetivo general apoyar el establecimiento de los programas y las medidas que contribuyan a prevenir y controlar los riesgos relacionados con las condiciones de bioseguridad de los trabajadores, usuarios, 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.

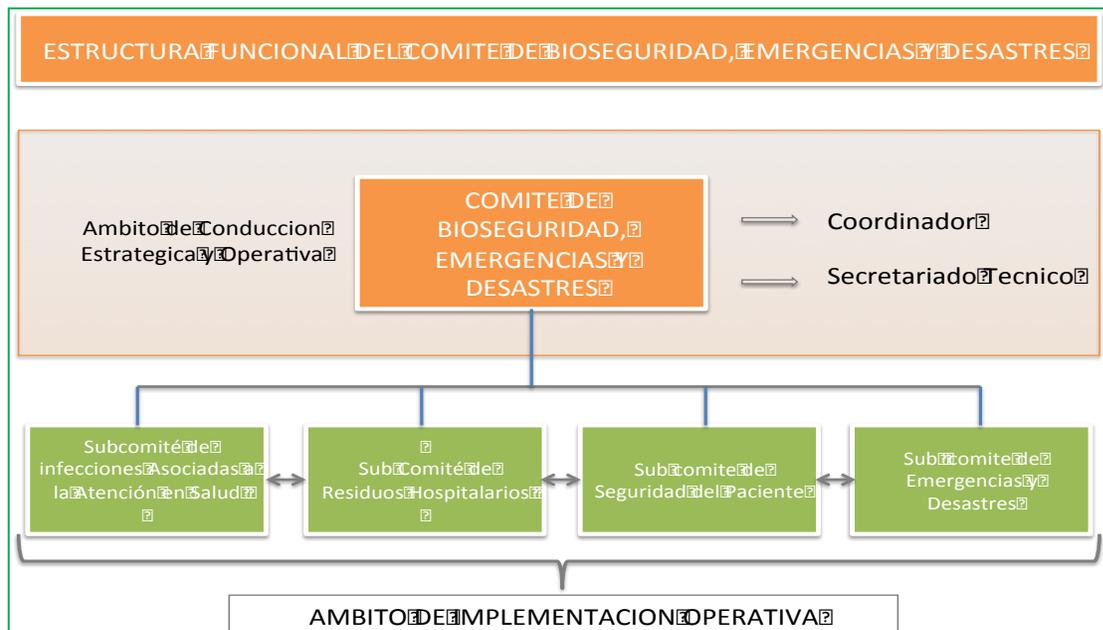
Ámbito de implementación de los procesos:

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 Residuos Hospitalarios (RH)
- Sub-Comité de Seguridad del Paciente (SP)
- Sub-Comité de Emergencias y Desastres (ED)

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

Figura 3- Estructura Funcional del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres



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

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.

Integrantes del Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres
• 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 (IAAS)
• El Coordinador (a) del sub comité de Residuos Hospitalarios (RH)
• El Coordinador (a) del sub comité de Seguridad del Paciente (SP)
• El Coordinador (a) del sub comité de Emergencias y Desastres (ED)

El Comité de Bioseguridad, Emergencia y Desastres se reunirán 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, estos subcomités son:

1. Sub Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)
2. Sub Comité de Residuos Hospitalarios (RH)
3. Sub Comité de Seguridad del Paciente (SP)
4. Sub Comité de Emergencias y Desastres (ED)

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.

3.2.4.3.1 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 usuarios 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 usuario y de la comunidad en general.

Objetivos Específicos

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 Sub comité:

Integrantes del Subcomité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS):
1. Jefatura de Infectología (a) (donde exista).
2. Jefatura del departamento de radiodiagnóstico.
3. Jefatura del servicio de dietética o representante.
4. Jefatura o responsable de la sección de central de equipos.
5. Jefatura del departamento de odontología.
6. Representante médico de cada uno de los departamentos o servicios con que cuenta el hospital.
7. Representante designado por la dirección del departamento de enfermería del hospital.
8. Representante de laboratorio clínico.
9. Representante de banco de sangre y servicio de transfusión (donde exista).
10. Representante de estadística.
11. Representante de farmacia.
12. 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.

3.2.4.3.2 Sub Comité de Residuos Hospitalarios (RH)

El Subcomité de Residuos 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 Residuos Hospitalarios.

Objetivo General

El objetivo general del subcomité es implementar el programa de gestión y manejo de los Residuos Hospitalarios, contribuyendo con ello a incrementar la seguridad y evitar el riesgo a la exposición

de residuos 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 residuos peligrosos generados en el hospital.
2. Promover y vigilar el cumplimiento de las normas establecidas en el “Reglamento de Manejo de Residuos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud”.
3. Promover la elaboración de los protocolos para el manejo de los residuos peligrosos para reducir los riesgos en los pacientes y empleados.
4. Implementar un programa para reducir el volumen y la masa de los residuos peligrosos producidos.
5. Promover las medidas de seguridad e higiene en el centro hospitalario.

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

Integrantes del Subcomité de Residuos 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.

3.2.4.3.3 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. Programar, implementar y evaluar las actividades de capacitación y las estrategias de intervención para la SP y la calidad de la atención en el hospital.

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

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.

3.2.4.3.4 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 Sub comité:

Integrantes del Subcomité de Emergencias y Desastres:
• Jefe/a 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/a 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.

3.2.4.4 COMITÉ DE COMPRAS

Es una instancia de apoyo a la gestión hospitalaria y de coordinación con los demás comités constituidos en el centro hospitalario, que tiene como objetivo 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.
• Directora (o) 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.

El Comité de Compras se reunirá ordinariamente una vez al mes, y levantará una ayuda memoria por cada reunión, dicha reunión será conducida por el coordinador (a) del mismo.

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.

3.3 NIVEL DE LOS SERVICIOS FINALES

Es una instancia de apoyo, que tiene como objetivo gestionar correctamente todos los procesos de atención clínica, para que los productos establecidos cumplan con estándares de calidad con miras a lograr resultados positivos procurando una mayor equidad y accesibilidad a dichos servicios.

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 por los Jefes (as) de los servicios finales dentro del proceso del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH):

- Organizar y dirigir las reuniones semanales programadas para el servicio.
 - Identificar con su equipo de trabajo los problemas encontrados y las posibles soluciones dentro de su ámbito de competencia. ej. procesos de trabajo, modificación de flujos de procesos, capacitación, etc.
 - Identificar con su equipo de trabajo las soluciones que están fuera del ámbito de su competencia y cuyas decisiones deben ser tomadas a nivel de la dirección con el apoyo del Consejo Consultivo; ej. solicitud de equipo, recurso humano, infraestructura, etc.
 - Brindar con su equipo de trabajo propuestas de solución a los problemas encontrados en las listas de chequeo relacionados al servicio.
- Previa a la reunión de discusión y análisis de los resultados del Cuadro de Mando en el Consejo Consultivo de la tercera semana del mes, el Jefe (a) del servicio debe:
 - Asegurar que el EMCC realice la medición de los indicadores de su tablero interno.
 - Garantizar que la información esté disponible para la reunión de análisis del resultado de indicadores y asegurar la elaboración del tablero interno mensual en coordinación con su equipo de trabajo.
 - Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en los primeros dos días de la segunda semana del mes (lo que no invalida que se pueda enviar en la primera semana) a la Unidad de Gestión de la Información.
- Dar seguimiento permanente y oportuno a:
 - Los compromisos obtenidos en las reuniones semanales del servicio establecido en la matriz de seguimiento.
 - Los acuerdos contraídos por el Jefe (a) del servicio en las reuniones del Consejo Consultivo.
- Mantener un registro mensual de la información correspondiente a los resultados de indicadores y de ayudas memorias de las reuniones.
- Acudir al llamado del director del hospital para discusión de la lista de chequeo cuando ocurra algún evento en especial en relación a su servicio.

- 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. 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.

4.1 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, para garantizar las actividades de recolección, análisis y envío de información por las diferentes instancias (Servicios finales, Instancias intermedias y Nivel de conducción).

A continuación se describen los mecanismos que se deberán usar al interior de cada uno de los servicios e instancias del hospital así como entre la dirección y ellos:

4.1.1 A NIVEL DE SERVICIOS FINALES

En los servicios clínicos se concretiza la misión del hospital, ya que es ahí donde se atiende directamente a los usuarios (as) y sus familiares, por lo tanto es fundamental que los jefes de los 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 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 establecer la hora más conveniente) y deben participar:

- Jefe (a) médico del servicio/departamento.
- Jefes (as) 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, es decir de 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 las siguientes actividades, agregando 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 que incumple los compromisos o las normas de atención del servicio, en caso de ser necesario proceder con el departamento de Recursos humanos 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.

4.1.2 A NIVEL DE LAS INSTANCIAS INTERMEDIAS: COMITÉS DE APOYO A LA GESTIÓN, APOYO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO 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 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 la esperada 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: Los subcomités de IASS, RH, SP y ED se reunirán cada 15 días para analizar su problemática y cada uno de ellos nombrará un secretario (a) quien convocará a reuniones, llevará la ayuda memoria y la matriz de compromisos por cada reunión.

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 Emergencia, Sala de Operaciones, 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 actividades:

- 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 una solución a la misma.
- Hacer llamados de atención al personal responsable que incumple los compromisos o las normas de atención del servicio; en caso de ser necesario proceder con el departamento de Recursos Humanos según la falta cometida.
- Verificar que las actividades de relacionamiento con los otros servicios e instancias y con el nivel de conducción se ejecutan de acuerdo a lo normado.
- Discutir los problemas de las instancias intermedias que sean informados por los miembros del equipo.

La reunión de la segunda semana de cada mes del equipo de las instancias intermedias 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 de las instancias intermedias y cuáles serán las propuestas de mejora 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 instancias intermedias 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 de cada instancia intermedia de seguimiento a los compromisos para asegurar que se estén ejecutando a conformidad, para ello deberá utilizar la ayuda memoria de las reuniones.

4.1.3 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 servicios e instancias intermedias 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, Registros Médicos y Estadística, Unidad de Gestión de la Información (UGI).

Estas reuniones se efectuarán de acuerdo a las características de cada hospital, por lo tanto el director (a) debe realizarlas de acuerdo a su agenda y en función de cómo ha organizado sus procesos gerenciales.

Con el Administrador:

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

Con el Jefe de Recursos Humanos:

- a) Verificar que los procesos de RRHH se estén desarrollando de acuerdo a lo normado (Reclutamiento, selección, etc.)
- b) Seguimiento a los procesos de contratación y disciplinarios que estén gestionando.
- a) Analizar los avances en los procesos de relacionamiento con los niveles intermedio y central.
- c) 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.
- d) 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).
- e) Brindar respuestas que se están dando a los problemas identificados en la lista de chequeo diaria.
- f) Realizar supervisiones continuas al personal del hospital para verificar la veracidad del ausentismo justificado y disminuir el injustificado.
- g) Cualquier otro tema identificado en la problemática de RRHH del hospital.

Con el jefe de Registros Médicos y Estadística:

- a) Identificar las limitantes 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 e instancias intermedias involucradas en los problemas encontrados para la discusión de las soluciones.
- b) Se instruye para que al menos una vez al mes se realice una reunión con el propósito de:
 - a. Revisar preliminarmente los resultados identificados a través de la medición de los indicadores del CMG.
 - b. Preparar la reunión del Consejo Consultivo en la que se discutirá el CMG.
- c) Reuniones periódicas cada vez que sea necesario, para revisar situaciones que se presenten con:
 - a. Funcionamiento del Consejo Consultivo.
 - b. Funcionamiento de los comités de apoyo a la gestión.
 - c. Funcionamiento del comité de apoyo externo.
 - d. Cualquier eventualidad relacionada con el RGH.
 - e. Dificultades en el manejo del sistema de información.
 - f. Cualquier emergencia epidemiológica o de otra índole que amenacen el funcionamiento del hospital.
 - g. Cualquier otro tema que consideren importante.

Importante: El RGH no establece reuniones obligatorias entre los jefes de servicios finales y las instancias intermedias, sin embargo, es fundamental que este tipo de reuniones se realice para la discusión y solución de problemas o situaciones especiales que deban resolverse a ese nivel.

4.2 RELACIONAMIENTO DEL HOSPITAL CON EL NIVEL INTERMEDIO Y CENTRAL

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

4.2.1 CON EL NIVEL INTERMEDIO (REGIÓN SANITARIA)

- En la reunión semanal del Consejo Consultivo del hospital, es obligatoria la participación del Jefe (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 usuarios (as) 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 Jefes regionales 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 jefes 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.

4.2.2 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.
 - Informar sobre las decisiones gerenciales tomadas por el nivel técnico- político en base a los hallazgos identificados en el RGH.
- El Departamento de Hospitales visitará a todos los hospitales al menos 2 veces en el año 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 nuevos directores (as) y/o coordinadores (as) de la UGI de los hospitales, que les permita asumir sus funciones en condiciones apropiadas de entendimiento de los principales procesos administrativos y gerenciales del hospital.

4.3 ENTRE INSTANCIAS DEL NIVEL CENTRAL

Con los resultados del 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 nivel intermedio para analizar los avances en los procesos impulsados por el RGH.
 - Reuniones del consejo de directores (as).
 - Reuniones específicas con los directores (as) de hospitales que la Sub Secretaría de Redes y Servicios decida hacerlo 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.

5. 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, que miden, 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 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.

5.1 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 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 a este hacia una gestión más eficiente, de mejor calidad y basada en resultados.

Figura 4 - Estructura de los Instrumentos Gerenciales y sus niveles de Aplicación



5.1.1 ESTRUCTURA DE LOS INSTRUMENTOS GERENCIALES

5.1.1.1 BASE DE DATOS:

Es un conjunto de datos pertenecientes a un mismo contexto, almacenados sistemáticamente que se encuentran agrupados y estructurados para su posterior uso.

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 de los servicios finales e instancias intermedias se consolidan automáticamente en los tableros de indicadores de resultados de los mismos, de los cuales algunos indicadores trazadores constituyen el Cuadro de Mando Gerencial (CMG). A continuación una breve descripción de cada uno:

5.1.1.2 TABLEROS DE MEDICIÓN DE INDICADORES Y SUS GRAFICAS

5.1.1.2.1 TABLERO DE TABULACIÓN DE INDICADORES:

Es el instrumento que permite ingresar los datos 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,

de los cuales algunos indicadores trazadores constituyen el Cuadro de Mando Gerencial y los gráficos de tendencia mensual y trimestral.

El responsable del llenado de estos tableros 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 (UGI) del hospital en la base de datos.

5.1.1.2.2 TABLERO DE RESULTADO DE INDICADORES

Es una herramienta para la consolidación de resultado de los 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.

5.1.1.2.3 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 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 la toma de decisiones por el Director (a) y su 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 brinda 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 el manejo clínico de las principales causas de egreso en los nuevos servicios incluidos, El Departamento de hospitales facilitara técnicamente la elaboración de los protocolos para empezar la medición de estos indicadores.

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

Cuadro 5 - 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)	6	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		67	27
Total Indicadores Tableros Internos		173	
Total Indicadores CMG			42

Importante: El número de indicadores es de 173 y algunos de estos se aplican en dos o más servicios finales e instancias intermedias. Tales como: UGI-09, UGI-10, UGI-11, RH-08, EST-01, EST-02, EST-03, EST-04 entre otros. El Cuadro de Mando Gerencial se encuentra en el anexo N° 10.1

5.1.1.2.4 GRAFICAS DE LOS TABLERO 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 del Cuadro de Mando Gerencial, con el fin de facilitar el análisis y reporte de los mismos. Cada grafico se encuentra configurado para mostrar el nombre, código y los resultados obtenidos de acuerdo a la periodicidad establecida para cada indicador.

Importante: Los siguientes instrumentos gerenciales se incluyen en el Anexo 10: Cuadro de Mando Gerencial (CMG) anexo 10.1, Cuadro de Descripción de Indicadores anexo 10.2, Ayuda Memoria para el Consejo Consultivo anexo 10.3, Ayuda Memoria para Servicios Finales e Instancias Intermedias anexo 10.4, Reporte Narrativo anexo 10.5 y Listas de Chequeo Diarias anexo 10.6.

5.1.1.3 DOCUMENTOS DE APOYO Y FORMATOS GERENCIALES

Con el fin de facilitar la comprensión y el análisis de los distintos indicadores, así como 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. 4.

A continuación se describen brevemente estos instrumentos:

5.1.1.3.1 DOCUMENTOS de APOYO

5.1.1.3.1.1 CUADRO DE DESCRIPCIÓN DE INDICADORES

Es el instrumento de referencia que contiene las descripciones y definiciones completas para cada uno de los indicadores diseñados, compuesto por los siguientes ítems: número, código, 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° 10.2

5.1.1.3.1.2 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 para la construcción del indicador.

5.1.1.3.2 FORMATOS GERENCIALES

5.1.1.3.2.1 LISTAS DE CHEQUEO DIARIAS (POR EL MÉDICO DE GUARDIA, ENFERMERÍA Y ADMINISTRACIÓN)

Son instrumentos gerenciales que le permiten 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, estas listas deben aplicarse durante las jornadas vespertinas y nocturnas de lunes a viernes y los fines de semana, días feriados o festivos; en los turnos A, B, y C. Estas se dividen en:

- Informe del turno medico (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).

En cada lista se encuentran los espacios para informar; todo evento o acontecimiento ocurrido en torno al personal, insumos o equipos, incidente y sus causas, cualquier otro problema no incluido en las secciones anteriores y las decisiones tomadas en torno a los mismos.

5.1.1.3.2.2 AYUDA MEMORIA PARA LOS SERVICIOS FINALES E INSTANCIAS INTERMEDIAS Y AYUDA MEMORIA PARA EL CONSEJO CONSULTIVO

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

5.1.1.3.2.3 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.

La Ayuda Memoria para las Instancias Intermedias, Ayuda Memoria para el Consejo Consultivo y Reporte Narrativo del Cuadro de Mando Gerencial son instrumentos para el seguimiento de acuerdos, que reflejan y recogen los principales temas abordados y los compromisos establecidos dentro del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.

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 5.2 relacionado con el flujo de la información.

5.1.1.3.2.4 GUÍA DE RETROALIMENTACIÓN PARA LOS SERVICIOS E INSTANCIAS INTERMEDIAS

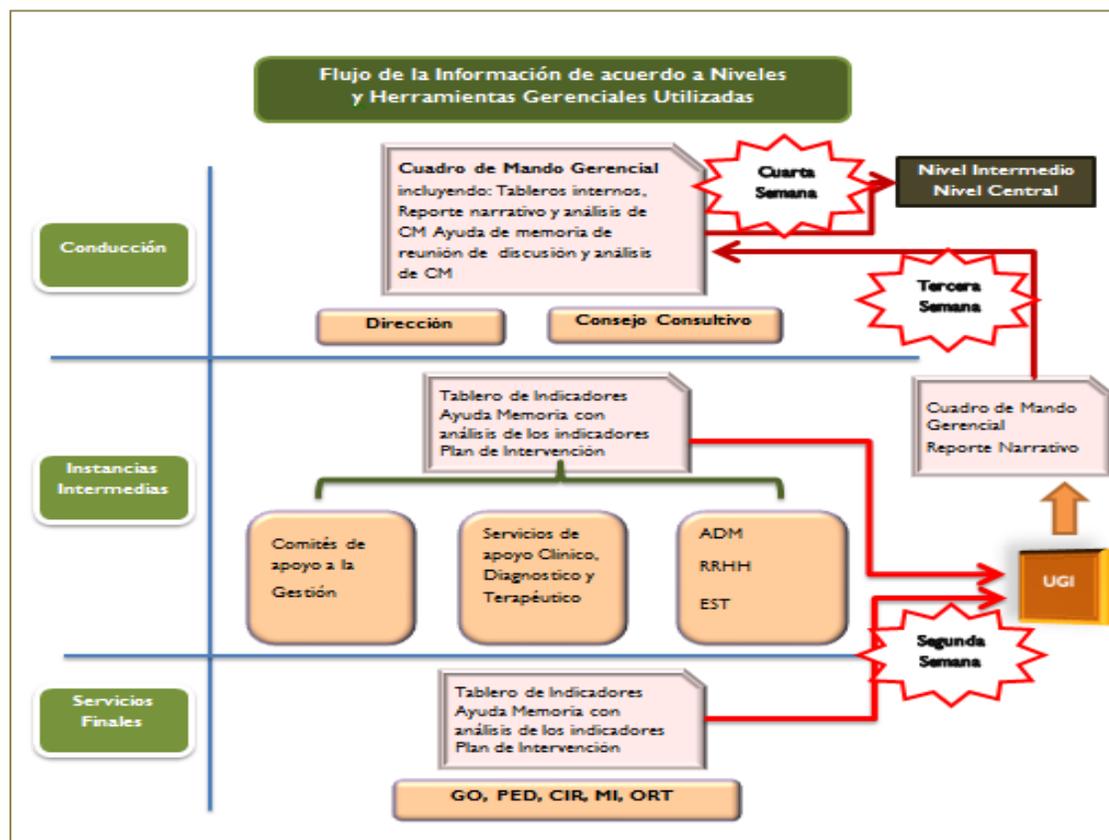
Es el instrumento que utiliza el coordinador (a) de la UGI para retroalimentar a los servicios finales e instancias intermedias sobre los hallazgos en la recepción y análisis de la información enviada por los mismos.

5.2 FLUJO DE LA INFORMACIÓN

Toda información y datos recolectados como producto de la medición de los avances de los procesos 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 la siguiente figura se observa el flujo de la información dentro del Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.

Figura 5 - 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 para la construcción de tableros de tabulación.

Los Equipos de Mejora Continua de la Calidad (EMCC) realizan la medición de los indicadores de los servicios finales e instancias intermedias, analizan la información, y elaboran el reporte respectivo, el que es remitido al Comité de Calidad con copia a los servicios.

- a. El departamento de registros médicos y estadística envía la información referente a la producción a los servicios.
- b. Los comités de apoyo a la gestión envían los indicadores respectivos 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 (EMCC), 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, toman las decisiones que corresponden a su nivel, emiten las recomendaciones respectivas para el Consejo Consultivo de toda situación de alta complejidad y urgencia que esté fuera de su ámbito de competencia, elaboran ayuda memoria y esta información es enviada a la UGI.
- d. La coordinación de la Unidad de Gestión de la Información (UGI) revisa todos los tableros de indicadores y las Ayuda Memoria de las reuniones de los servicios finales y las instancias intermedias, además llena la guía de retroalimentación y la remite a los mismos.
- e. 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.
- f. La coordinación de la UGI envía el Cuadro de Mando Gerencial con el Reporte Narrativo en los tres últimos días de 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 y su 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 su 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 y 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 al Nivel Intermedio y al Departamento de Hospitales la Base de Datos (CMG, Reporte Narrativo y Ayuda Memoria del Consejo Consultivo), también deberá ser enviada al Departamento de Calidad, Departamento de Atención Integral a la Familia (DAIF), Dirección General de la Vigilancia de la Salud y las instancias normativas que el nivel político decida.

6. LINEAMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y LA TOMA DE DECISIONES

En esta segunda fase la implementación de las Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria tiene como uno de sus principales objetivos el **fortalecimiento de las capacidades de análisis de la información para la toma de decisiones** en todos los niveles de la gestión hospitalaria.

Para impulsar este objetivo, el Departamento de Hospitales ha identificado la necesidad de la elaboración una **Guía** que aborde los pasos, tareas, actividades y procedimientos, para que el personal en todos los niveles de la gestión hospitalaria, tenga una herramienta para realizar el análisis de la información, y así obtener de manera progresiva mayores niveles de oportunidad y calidad en la toma de decisiones.

A continuación se presentan las pautas generales para el análisis de la información y la toma de decisiones:

6.1. Niveles de Análisis de la Información y Toma de Decisiones

1. **Servicios Finales:** *análisis de los datos producidos en los servicios clínicos para la toma de decisiones que corresponden a resolución de problemas de la gestión clínica y para la abogacía ante las otras instancias de la gestión en caso de problemas que superan la capacidad de los servicios.*
2. **Instancias Intermedias y Comités de Apoyo a la Gestión:** *análisis de los datos para la toma de decisiones vinculadas a la resolución de problemas concernientes a los procesos de gestión administrativa y de Gestión clínica que no se pueden resolver en los servicios y para la abogacía frente a problemas que superan su capacidad de resolución.*
3. **UGI:** *análisis de los indicadores propios de la UGI, analiza los resultados del cuadro de mando gerencial, el análisis del reporte narrativo que incluye las propuesta de intervenciones para la toma de decisiones en el Consejo Consultivo.*
4. **Dirección y Consejo Consultivo:** *análisis de los datos del cuadro de mando gerencial para la toma de decisiones que resuelvan los problemas factibles con los recursos del hospital y para la*

abogacía a los niveles superiores frente a problemas que superen las capacidades de resolución del hospital.

5. **Nivel Intermedio:** análisis de los datos para la toma de decisiones para resolver los problemas de salud viendo al hospital como una unidad en RED de SS y para la abogacía ante las instancias superiores de problemas que superan las capacidades de la región.
6. **Nivel Central:** Análisis de los datos para la toma de decisiones normativas del más alto nivel y para la abogacía en la resolución de problemas que superan las capacidades de la Región.

6.2. Lineamientos Generales para la Metodología de Análisis de la Información

Los pasos generales para realizar el análisis de la información son los siguientes:

1. Convocatoria y participación de los profesionales expertos en el tema en el análisis (por nivel).
2. Clasificación de los indicadores según resultados obtenidos en el período de análisis
3. Ordenamiento de los indicadores por orden de prioridad para el análisis
4. Revisión del resultado del indicador según causa – efecto (*pregunta clave: ¿Por qué?*)
5. Clasificar las respuestas obtenidas en la revisión de los resultados del indicador en aquellas factibles de resolver en el nivel y aquellas factibles de resolver en otros niveles.
6. Elaboración y remisión del informe de manera oportuna.

6.3. Criterios de Calidad de la Información para el Análisis y la Toma de Decisiones

1. Oportunidad de los Datos: La toma de decisiones debe realizarse con base en el análisis de datos que se presentan de manera oportuna.
2. Confiabilidad de los Datos: Para la toma de decisiones es imprescindible disponer de datos confiables. La confiabilidad de los datos se fundamenta en que todas las personas que participan en el análisis, manejan los mismos entendimientos sobre la utilidad y los conceptos básicos del indicador.
3. Calidad de los Datos: Una excelente calidad de los datos permite tomar las mejores decisiones. Para ello se solicitará que los datos tengan al menos dos (2) de los múltiples criterios de la calidad.
 - a. Veracidad de la información: Los datos que permiten elaborar la mejor toma de decisiones son aquellos que se respaldan con una **Evidencia Comprobable**.
 - b. Consistencia de la Información: Los datos requeridos para la mejor toma de decisión son aquellos que teniendo dos o más fuentes de información el dato coincide (es el mismo)

6.4. Toma de Decisiones

Como producto del Análisis de la Información se obtiene un informe que contiene aquellas propuesta de intervenciones que son factibles de resolver en los diferentes niveles de la gestión hospitalaria. Cada nivel de gestión deberá elaborar un **plan de intervención** con aquellas decisiones que se pueden resolver con sus recursos. Los problemas cuya resolución se observen en otro nivel, deberán definirse y sustentarse en el informe técnico de la reunión de análisis y enviar al nivel que corresponda según el flujo de información definido.

En esta segunda fase del RGH, la Dirección General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (DGDSSS) garantizara las reuniones de Análisis de la Información y Toma de Decisiones con los/as jefes/as o representantes de las Unidades Técnicas Normativas (UTN), que tienen estrategias operativas vinculadas a los resultados de los indicadores del Cuadro de Mando Gerencial, para que estas sean las que analicen los indicadores pertinentes a su especialidad, y desarrollen planes o proyectos que den respuestas a la problemática que ni los niveles intermedios, ni los hospitales tienen a su alcance.

Es recomendable que en estas reuniones de análisis de la información y toma de decisiones del Nivel Central deberán participar de forma sistemática, las siguientes Unidades Técnico Normativas (UTN):

1. Departamento de Hospitales
2. Departamento de Garantía de la Calidad
3. Departamento de Atención Integral a la Familia
4. Dirección de Vigilancia de la Salud
5. Dirección de Enfermería
6. Gerencia Administrativa
7. Subgerencia de Recursos Humanos
8. Registros Médicos y Estadísticas
9. Otras UTN, Agentes de Cooperación Externa; a fin de definir y fortalecer las estrategias para resolver la problemática hospitalaria.

7. LINEAMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA MODIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES

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 ajustes basado en la práctica cotidiana, cambios en la realidad objetiva, evidencias, actualización de los mismos. El presente capítulo resume los lineamientos para la actualización y ajuste de los estándares.

Se revisaran dos conceptos fundamentales; Estándar e Indicador:

- **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; sin embargo existen situaciones donde no se cumple lo esperado por lo cual el monitoreo constante y sistemático de los estándares a través del comportamiento de los indicadores del CMG, 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). Significa que no se cumple con el compromiso de calidad y se debe actuar en consecuencia (o bien la meta fue demasiado ambiciosa para los medios disponibles)
- Se alcanzan o sobrepasan con relativa facilidad (ej. el estándar correspondiente al indicador EST-05). Si se está por encima, o bien se tendrá que redefinir el criterio.

Los responsables del monitoreo de los estándares son fundamentalmente los hospitales en donde se implementa el RGH. El Departamento de Hospitales también puede identificar dificultades en el comportamiento de los estándares, así como los equipos Departamentales 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).

Metodología

Los servicios, instancias intermedias y los Equipos de Mejora Continua de la Calidad, son los actores clave en la identificación de necesidad de modificación de los estándares en los hospitales.

El procedimiento para la gestión en la modificación de los estándares del CMG incluye:

A nivel del Hospital

- Un procedimiento permanente de aseguramiento de la calidad del dato.
- El tiempo de la medición transcurrido para observar el comportamiento del indicador no debe ser menor a un año.
- Documentación de la situación dada (Con el apoyo de la UGI).

El director (a) del hospital enviara la solicitud de la propuesta de modificación del estándar, con la documentación respectiva al Departamento de Hospitales.

A nivel del 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 y en caso que proceda hará el adendum respectivo, notificando a toda la red de inmediato.

8. 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 espacios, para obtener resultados similares.

El concepto de buenas prácticas, se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos que ha dado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto, 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 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.

La conducción del intercambio de experiencias estará bajo la responsabilidad de la Sub Secretaría de Redes y Servicios (SSRS), a través del Departamento de Hospitales, para lo cual se establecen las siguientes actividades:

- Definición de criterios basados en estándares e indicadores que permitan identificar los hospitales que han desarrollado buenas prácticas en el marco de la implementación del RGH.
- 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 equipo técnico 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 identificara 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 las mismas 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 RGH 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 proceso 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 las mismas.
- 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.
- Apoyo 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.
- Todas las acciones relacionadas con el intercambio de buenas prácticas deberán ser aprobadas por la SSRS y conducidas técnicamente por el Departamento de Hospitales, quien elaborará un cronograma de trabajo anual y lo comunicará oportunamente a todas las instancias de la SESAL y otras instituciones involucradas en su realización.

Criterios para el análisis de una Buena Práctica

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

1. Pertinencia: La experiencia responde a una necesidad identificada por medio de diagnóstico. 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: Formas de organización, uso de los recursos, aspectos de la gestión, estrategias concretas de intervención, fomento de la participación, 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. Generando procesos sostenibles en el mediano y largo plazo.

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

Para asegurar que el RGH 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 recibida (CMG, tableros internos y gráficos, Ayuda Memoria y Reporte Narrativo)
- El equipo técnico del Departamento de Hospitales realizará una revisión mensual de indicadores del CMG, 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, utilizando guías específicas que posibiliten la verificación del funcionamiento del RGH y estandarice el análisis como la toma de decisiones.
- Reuniones trimestrales de los Consejos de Directores (as) de hospitales.
- Evaluación periódica de la estrategia.
- Monitoreo de buenas prácticas: identificación, sistematización e intercambio de experiencias.

Importante: Durante el periodo de implementación se irán documentando todas las observaciones que se vayan obteniendo.

10. ANEXOS:

10.1 CUADRO DE MANDO GERENCIAL

HOSPITAL		Indicador	Mes que Informa:	CUADRO DE MANDO GERENCIAL											
N°	Código		Periodicidad	MESES											
				EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
Producto 1: Mujer atendida por Emergencia Obstétrica manejada de acuerdo a la norma materno - neonatal.															
1	GO-01	% de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Hemorragia, Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica, Eclampsia y Endometritis que fueron manejadas de acuerdo a criterios, seleccionados de la norma.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2	GO-05	% de usuarias en las que la curva de la dilatación cervical de la parturienta rebasó la curva de alerta o presentaron evidencia de desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal y que se tomó una decisión en base a información del partograma.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3	GO-06	% de partos Vaginales y por Cesárea en las que se realizó el Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP)	Mensual	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Producto 2: Niña/o atendido por Emergencia Peri-natal manejados de acuerdo a norma materno - neonatal															
4	PED-01	% de los recién nacidas (os) con emergencia neonatales que fueron manejados de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Producto 3: Niña/o atendido por problemas de diarrea y neumonía manejados de acuerdo a los lineamientos/norma Vigente.															
5	PED-06	% de niñas (os) 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.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6	PED-07	% de niñas (os) menores de 5 años de edad atendidos con diagnóstico de Neumonía Grave que recibieron tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Hospital		Mes que Informa:	CUADRO DE MANDO GERENCIAL												
N°	Código	Indicador	Periodicidad	MESES											
				EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
Producto 4: Usuaría/o atendido por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de cirugía de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.															
7	CIR-01	% 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.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Producto 5: Usuaría/o atendida por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de medicina interna de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.															
8	MI-01	% 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.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Producto 6: Usuaría/o atendida por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de ortopedia de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.															
9	ORT-01	% 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.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Producto 7: Usuaría/o atendida por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de Emergencia de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.															
10	EMER-01	% de pacientes con (cinco primeras causas más frecuentes) atendidos en el Servicio de Emergencia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Producto 8: Usuaría/o clasificado según TRIAGE															
11	EMER-07	% de pacientes atendidos en emergencias que fueron clasificados según triage.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Producto 9: Usuaría/o cuyo procedimiento quirúrgico se realiza de manera oportuna, según protocolos o guías de atención oficiales, tanto en las cirugías electivas como en las de emergencia y en las complicaciones del acto.															
12	SO-01	% de cirugías con complicaciones ocurridas durante el acto quirúrgico.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
13	SO-03	% de horas quirófanos disponibles durante el mes.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Hospital		Indicador	Mes que Informa:	CUADRO DE MANDO GERENCIAL											
N°	Código		Periodicidad	MESES											
				EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
Producto 10: Usuario/a que presentó una emergencia es evaluado por el especialista de manera inmediata.															
14	UGI-11	% de pacientes que presentaron una emergencia que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Producto 11: Usuario/a están Satisfechos con todos los servicios del hospital.															
15	CAL-01	% de Usuarios (as) que recibieron atención en el hospital que están satisfechos (as) con la atención recibida.	Trimestral			0%			0%			0%			0%
Producto 12: Usuario/a que recibe los servicios de apoyo de manera oportuna y de acuerdo a normas.															
16	UGI-09	% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en los diferentes servicios.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
17	LAB-02	% de Determinaciones Laboratoriales de Emergencia Seleccionados y Entregados dentro de los Treinta (30) minutos de haber sido solicitados.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Producto 13: Usuario/a ó pareja que recibe métodos de Planificación Familiar de acuerdo a programación y norma vigente.															
18	GO-09	% de cumplimiento de la programación de parejas protegidas con método de planificación familiar.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
19	GO-11	% de usuarias (os) post evento obstétrico o de Intervalo a las cuales se les realizó una AQV femenina y masculina (Vasectomías) y que tiene su hoja de consentimiento informado llena, según norma.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Hospital			Mes que Informa:	CUADRO DE MANDO GERENCIAL											
N°	Código	Indicador	Periodicidad	MESES											
				EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
Producto 14: Usuaría/o tiene garantizado a través de la gestión hospitalaria la disponibilidad del recurso cama.															
20	EST-01	Índice ocupacional (IO)	Mensual	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
21	EST-02	Promedio días estancia	Mensual	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
22	EST-03	Giro Cama	Mensual	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
23	EST-04	Intervalo de Sustitución (IS)	Mensual	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Producto 15: Usuaría/o recibe las medidas que garantizan una atención libre de riesgo dentro del hospital.															
24	BIO-IAAS-02	Prevalencia mensual de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
25	BIO-RH-02	% 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.	Trimestral			0.00%			0.00%			0.00%			0.00%
26	BIO-ED-01	Valor Numérico del Índice de Seguridad Hospitalaria.	Semestral		0.00						0.00				
Producto 16: Usuaría/o que recibe una atención oportuna y continua para restaurar la salud y evitar la muerte.															
27	MORT-02	N° de muertes maternas evitables.	Mensual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	MORT-03	N° de muertes neonatales evitables por Asfixia, Sepsis y Prematurez.	Mensual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29	MORT-04	N° de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.	Mensual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	MORT-07	Letalidad Neonatal.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
31	MORT-14	% de Mortalidad Total	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
32	UGI-10	% de pacientes atendidos en los servicios que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Hospital		Mes que Informa:	CUADRO DE MANDO GERENCIAL												
N°	Código	Indicador	Periodicidad	MESES											
				EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
Producto 17: Hospital con reuniones efectivas. (Se toma decisiones y se cumplen acuerdos)															
33	UGI-02	% de compromisos definidos en las reuniones del Consejo Consultivo, que fueron finalizados.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
34	UGI-04	% de compromisos definidos en la reunión del Comité de apoyo externo que fueron finalizados.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Producto 18: Hospital realiza la gestión financiera de forma eficiente y de acuerdo a leyes y normativas vigentes.															
35	ADM-02	% de ejecución de la cuota presupuestaria Asignada.	Trimestral			0.00%			0.00%			0.00%			0.00%
36	ADM-03	Cantidad de dinero comprometido con fondos recuperados.	Mensual	L.0.00											
37	ADM-04	% de abastecimiento de medicamentos críticos para la atención de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE).	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
38	ADM-05	% de abastecimiento de medicamentos críticos para la atención Médico-Quirúrgico.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
39	ADM-06	% de abastecimiento de material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria.	Mensual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
40	CMP-01	% de recomendaciones realizadas por el Comité de Compras sobre las adjudicaciones que fueron cumplidas.	Trimestral			0.00%			0.00%			0.00%			0.00%
Producto 19: Hospital con disponibilidad de médicos especialistas las 24 horas del día y resuelve el ausentismo no justificado para garantizar y asegurar la calidad en la atención															
41	RRHH-01	% de disponibilidad las 24 horas de especialistas en los servicios finales básicos del hospital.	Trimestral			0.00%			0.00%			0.00%			0.00%
42	RRHH-08	% de Ausentismo sin Justificado.	Mensual	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

10.2 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, Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica, Eclampsia y Endometritis deberá ser manejada de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Hemorragia, Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica, Eclampsia y Endometritis que fueron manejadas de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	N° de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Hemorragia, Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica, Eclampsia y Endometritis que fueron manejadas de acuerdo a criterios seleccionados de la norma. Total de mujeres embarazadas, de parto o postparto que presentaron una complicación obstétrica por (Hemorragia, Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica, Eclampsia y Endometritis 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, Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica, Eclampsia y Endometritis. Pre eclampsia Atípica: Se desarrolla menor de 20 semanas de gestación y mayor de 48 horas post-parto y presenta algunos de los signos y síntomas de pre eclampsia 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 (Endometritis)	Mensual
2	GO-02	Toda mujer que presenta una complicación obstétrica por hemorragia (en la primera y segunda mitad del embarazo y post-parto) 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 post-parto) 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 post-parto) 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 Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica y Eclampsia deberá ser manejada de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de mujeres que presentaron Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a criterios seleccionados de la normas.	N° de mujeres que presentaron una complicación obstétrica por Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a los criterios seleccionados de la norma. Total de mujeres con una complicación obstétrica por Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica y Eclampsia de la muestra en el periodo a medir x 100	Específicamente para fines de este proceso se refiere a: Pre eclampsia Leve, Pre eclampsia Severa, Pre eclampsia Atípica y Eclampsia. Pre eclampsia Atípica: Se desarrolla menor de 20 semanas de gestación y mayor de 48 horas postparto y presenta algunos de los signos y síntomas de pre eclampsia clásica, sin la hipertensión usual o proteinuria	Libro de Egresos de Estadística, SIP actualizado, Expediente Clínico	Mensual

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Gineco-Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
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.	En el denominador se incluirán todas las Endometritis hospitalarias y las extra hospitalarias.	Libro de Ingresos y Egresos, Expediente Clínico y HCPB	Mensual
				Total de Mujeres con una complicación obstétrica por Endometritis de la muestra en el periodo a medir x 100			
5	GO-05	100% de usuarias en que la curva de dilatación cervical de la parturienta rebasó la curva de alerta o presentaron evidencia de desaceleración de la frecuencia cardiaca 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 presentaron evidencia de desaceleración de la frecuencia cardiaca 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 presentaron evidencia de desaceleración de la frecuencia cardiaca fetal y que se tomó una decisión en base a información del partograma.	Se tomaran todas las usuarias que rebasaron la curva de alerta o que tenían desaceleración de la frecuencia cardiaca fetal.	Expediente clínico (Notas de evolución y Partograma) HCPB	Mensual
				Total de usuarias que rebasaron la curva de alerta o que tenían desaceleración de la frecuencia cardiaca fetal de la muestra en el periodo a medir x 100			
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)	Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP), registrado en la HCPB y reportado en el SIP.	SIP actualizado	Mensual
				Total de partos vaginales y por cesárea de la muestra atendida en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Gineco-Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
7	GO-07	100% de las usuarias postparto (vía vaginal y por cesárea) a las cuales se les controló y registro los signos vitales en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) 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.	% de las usuarias postparto (vía vaginal y por cesárea) a las cuales se les controló y registro los signos vitales en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) 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.	N° de usuarias postparto (vía vaginal y por cesárea) a las cuales se les controló y registro los signos vitales en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) 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	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia para manejo de hemorragias, son recibidas y transfundidas en el servicio.	% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia para manejo de hemorragias, son recibidas y transfundidas en el servicio.	N° de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia para manejo de hemorragias, son recibidas y transfundidas en el servicio. Total de las unidades de sangre solicitadas para manejo de hemorragias obstétricas de la muestra en el periodo a medir x 100	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 Gineco-Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
9	UGI-10	Las referencias realizadas por el Servicio de Gineco Obstetricia, de mujeres atendidas en los servicios de Emergencia, GO, Maternidad, y Labor partos, a un nivel de mayor resolución no sobrepasan el 5%	% de mujeres atendidas, que fueron referidas por el servicio de Gineco-Obstetricia a un nivel de mayor resolución.	N° de mujeres atendidas por el servicio de Gineco-Obstetricia que fueron referidas a un nivel de mayor resolución.	Se consideran todas las referencias de las salas del servicio de Gineco-Obstetricia en su conjunto y las referencias Gineco-Obstétricas del servicio de emergencia, exceptuando las referencias de consulta externa	SIP actualizado, Libro de registro de referencias	Mensual
				Total de mujeres egresadas del servicio de Gineco-Obstetricia de la muestra del periodo a medir x 100			
10	UGI-11	100% de mujeres que presentaron una emergencia Obstétrica son evaluadas por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	% de mujeres con emergencia obstétrica que fueron evaluadas por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	N° de mujeres que presentaron una complicación obstétrica que fueron evaluadas 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 (impronto), y para la hora de atención por el especialista se utilizan las anotaciones en el expediente.	Hoja de Urgencia (impronto), SIP actualizado y Expediente Clínico	Mensual
				Total de mujeres con una complicación obstétrica, de la muestra en el periodo a medir x 100			
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.	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
				Total de insumos del listado en el periodo a medir x 100			
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.	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 período. 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 Monitoria mensual de programación y ejecución de planificación familiar en hospitales)	Mensual
				Total de parejas que programó proteger en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Gineco-Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
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%	Se requiere saber el número de usuarias PEO que egresaron del hospital con un método de PF (ACO, Inyectables, DIU, Condonos y AQV Femenina). 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 Monitoria mensual de programación y ejecución de planificación familiar en hospitales)	Mensual
				N° de métodos por tipo que oferta el servicio en el periodo a medir x 100			
14	GO-11	100% de usuarias post evento obstétrico o de Intervalo a las cuales se les realizo una AQV 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 realizo una AQV femenina y masculina (Vasectomías) y que tiene su hoja de consentimiento informado llena, según norma.	N° de usuarias (os) que se les realizó AQV femenina y masculina que firmaron el consentimiento informado.	Se requiere tener el número de hojas de las usuarias PEO que firmaron voluntariamente el Consentimiento Informado para realizarse AQV después de la consejería recibida.	Expedientes Clínicos de usuarias (os) a las que se les practico AQVs, SIP actualizado y Hoja de consentimiento informado firmada.	Mensual
				Total de AQV realizadas en el periodo a medir x 100			
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.	Del total de muertes maternas solo seleccionar las relacionadas al embarazo, parto y puerperio.	Expediente: (Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia), Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones e Informe del Comité de Mortalidad.	Mensual

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Gineco-Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
16	MORT-02	Cero 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 tomaran las muertes por: Hemorragia, Endometritis, y Pre eclampsia y Síndrome de HELLp	Expediente: Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia, Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones e Informe del Comité de Mortalidad	Mensual
17	BIO-IAAS-03	Tasa General de Endometritis puerperal es menor al 4%	Tasa General de Endometritis.	N° de endometritis post-parto vaginal y cesáreas ocurridas en el hospital.	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
				Total de partos vaginales + cesáreas realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100			
18	BIO-IAAS-04	Tasa de Endometritis post Cesárea es menor al 2%	Tasa de Endometritis Post-Cesárea.	N° de endometritis post-cesárea ocurridas en el hospital.	Se tomaran solo los partos vía cesáreas realizadas en el hospital.	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
				Total de cesáreas realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100			
19	BIO-IAAS-05	Tasa de Endometritis Post Parto Vaginal es menor al 2%	Tasa de Endometritis Post-Parto Vaginal.	N° de endometritis Post-Parto Vaginal ocurridas en el hospital.	Se tomaran solo los partos vaginales atendidos en el hospital.	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
				Total partos vaginales atendidos de la muestra en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Gineco-Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
20	BIO-IAAS-06	Tasa de infección de Herida Operatoria Post Cesárea es menor al 5%	Tasa de Infección de Herida Operatoria Post-Cesárea.	N° de Infecciones de Herida Operatoria post-cesárea ocurridas en el hospital.	Se tomaran todas las infecciones de herida operatoria post cesáreas realizadas en el hospital.	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
				Total de cesáreas realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100			
21	RRHH-08	Cero Ausencias sin Justificación.	% de Ausentismo sin Justificación.	N° de 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. El jefe (a) de la sala deberá registrar diariamente las ausencias sin justificación del personal, en el cuadro respectivo y enviara el informe al Departamento de Recursos Humanos en forma mensual. (ver cuadro anexo: Formato de registro de días ausente sin justificación).	Registro de días ausente sin justificación	Mensual
22	EST-01	El aprovechamiento del recurso cama del servicio de Gineco-Obstetricia oscila entre el 85% y el 100%.	Índice Ocupacional (IO)	Total días-cama ocupada en un periodo determinado.	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
				Total de días-cama disponible del periodo x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Gineco-Obstetricia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
23	EST-02	En el Servicio de Gineco-Obstetricia, las mujeres son atendidas en un Promedio de estancia que oscila entre 2 y 4 días.	Promedio Días Estancia	Total días-cama ocupada en un periodo determinado.	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, 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
				Total de egresos en ese periodo.			
24	EST-03	En el servicio de Gineco-Obstetricia cada cama nos permite atender entre 8 y 12 egresos al mes.	Giro Cama	Total de Egresos en un 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
				Total de Camas Censables en ese periodo determinado.			
25	EST-04	En el Servicio de Gineco Obstetricia, el tiempo que una cama pasa desocupada oscila entre cero y 0.5 día	Intervalo de Sustitución(IS)	(Total de días-cama disponible del periodo) - (Total de días cama ocupada en un periodo determinado)	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
				Total de Camas Censables en ese periodo.			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Pediatría

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	PED - 01	100% de recién nacidas (os) con emergencia neonatal, son manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de recién nacidas (os) con emergencia neonatales que fueron manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	N° de recién nacidas (os) con emergencia neonatal que fueron manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	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
				Total de recién nacidas (os) con emergencia neonatal de la muestra en el periodo a medir x 100			
2	PED - 02	100% de recién nacidas (os) con diagnóstico de Asfixia son manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de recién nacidas (os) con diagnóstico de Asfixia que fueron manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	N° de recién nacidas (os) con diagnóstico de Asfixia que fueron manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	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 la norma materno neonatal 2010.	Expediente Clínico, HCPB de las Embarazadas, SIP actualizado y la Hoja Neonatal.	Mensual
				Total de recién nacidas (os) de la muestra en el periodo a medir x 100			
3	PED - 03	100% de recién nacidas (os) con diagnóstico de Sepsis son manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de recién nacidas (os) con diagnóstico de Sepsis que fueron manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	N° de recién nacidas (os) con diagnóstico de Sepsis que fueron manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	Se requiere conocer el número de recién nacidas (os) con diagnóstico de Sepsis que recibieron atención en el hospital y fueron manejados de acuerdo a la norma materno neonatal 2010.	Expediente Clínico, HCPB de las Embarazadas, SIP actualizado y la Hoja Neonatal.	Mensual
				Total de recién nacidas (os) de la muestra en el periodo a medir x 100			
4	PED - 04	100% de recién nacidas (os) con diagnóstico de Prematuridad son manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de recién nacidas (os) con diagnóstico de Prematuridad, que fueron manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	N° de recién nacidas (os) con diagnóstico de Prematuridad, que fueron manejados de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	Se requiere conocer el número de recién nacidas (os) con diagnóstico de Prematuridad que recibieron atención en el hospital y fueron manejados de acuerdo a la norma materno neonatal 2010.	Expediente Clínico HCPB de las Embarazadas, SIP actualizado y la Hoja Neonatal.	Mensual
				Total de recién nacidas (os) de la muestra en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Pediatría

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
5	PED - 05	100% de recién nacidas (os) deben recibir en el hospital una atención inmediata al nacimiento, de acuerdo a criterios seleccionados de la norma y registrar los datos encontrados en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)	% de recién nacidas (os) que recibieron en el hospital una atención inmediata al nacimiento, de acuerdo a criterios seleccionados de la norma y se registraron los datos encontrados en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)	N° de recién nacidas (os) que recibieron en el Hospital una atención inmediata al nacimiento, de acuerdo a criterios seleccionados de la norma y se registraron los datos encontrados en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) Total de recién nacidas (os) vivos de la muestra del periodo a medir x 100	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. Recién nacido vivo, se refiere a todo recién nacido con signos vitales evidentes (P/A, FC, FR, T°) independientemente si tuvo o no complicaciones.	SIP actualizado, Expediente Clínico HCPB de las Embarazadas y la Hoja Neonatal.	Mensual
6	PED - 06	100% de niñas (os) 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 niñas (os) 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.	N° de niñas (os) 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. Total de niñas (os) menores de cinco (5) años con diagnóstico de diarrea con deshidratación grave atendidos en el hospital, de la muestra en el periodo a medir x 100	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 cinco (5) años con diagnóstico de diarrea con deshidratación grave.	Libro de egresos y Expediente Clínico	Mensual
7	PED - 07	100% de niñas (os) menores de cinco (5) años atendidos con diagnóstico de Neumonía Grave reciben tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	% de niñas (os) menores de cinco (5) años de edad atendidos con diagnóstico de Neumonía Grave que recibieron tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	N° de niñas (os) menores de 5 años atendidos con diagnóstico de Neumonía Grave que recibieron tratamiento de acuerdo a criterios seleccionados de la norma. Total de niñas (os) menores de cinco (5) años con diagnóstico de Neumonía Grave atendidos en el hospital, de la muestra en el periodo a medir x 100	Este indicador mide únicamente los casos de niñas (os) con Neumonía Grave que fueron diagnosticados y manejados en el hospital en el área de hospitalización de acuerdo a criterios seleccionados de la norma.	HCPB y Expediente Clínico.	Mensual

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Pediatría

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
8	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	<p>N° de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas.</p> <p>Total de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Pediatría de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	<p>Categoría de urgencia de la solicitud de sangre o componente sanguíneo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de producto sanguíneo • Expediente • Libro de salida de laboratorio • Hoja de transfusión 	Mensual
9	UGI-10	Las referencias realizadas por el Servicio de Pediatría, a un nivel de mayor resolución no sobrepasan el 5%	% de niñas (os) en el Servicio de Pediatría que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	<p>N° de niñas (os) en el Servicio de Pediatría que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.</p> <p>Total de niñas (os) egresados por el servicio de Pediatría, de la muestra en el periodo a medir x 100</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.	SIP actualizado, Hoja de referencia agregada al expediente clínico y Libro de registro de referencias del servicio.	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 evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	<p>N° de niñas(os) con emergencia pediátrica que fueron evaluados 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>	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.	Hoja de Urgencia (impronto) y Expediente Clínico	Mensual

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Pediatría

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
11	MORT-03	Cero muertes neonatales evitables en el hospital.	N° de muertes neonatales evitables por asfixia, sepsis y prematuridad.	N° de muertes neonatales evitables por asfixia, sepsis y prematuridad.	Se tomarán las muertes por: Asfixia, Prematuridad y Sepsis.	Expediente: (Hojas de hospitalización, Hojas de Impronta en el caso del servicio de emergencia), Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones e Informe del Comité de Mortalidad	Mensual
12	BIO-IAAS-07	Tasa General de Sepsis neonatal Asociada a la Atención en Salud es menor al 10%	Tasa General de Sepsis Neonatal Asociada a la Atención en Salud. (IAAS)	<p>N° de recién nacidas (os) con sepsis ocurridas durante su hospitalización Asociada a la Atención en Salud. (IAAS)</p> <p>Total de recién nacidas (os) en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	En el numerador se incluyen todos los neonatos nacidos en el hospital.	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
13	RRHH - 08	Cero Ausencias sin Justificación.	% de Ausentismo sin Justificación	N° de 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. El jefe (a) de la sala deberá registrar diariamente las ausencias sin justificación del personal, en el cuadro respectivo y enviara el informe al Departamento de Recursos Humanos en forma mensual. (ver cuadro anexo: Formato de registro de días ausente sin justificación).	Registro de días ausente sin justificación	Mensual

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Pediatría

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
14	EST-01	El aprovechamiento del recurso cama del servicio de Pediatría (incluyendo neonatología) oscila entre el 85% y el 100%.	Índice Ocupacional (IO)	Total días-cama ocupada en un periodo determinado.	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
				Total días-cama disponible del periodo x 100%			
15	EST-02	En el Servicio de Pediatría (Incluyendo neonatología) las niñas/os y neonatos son atendidas en un Promedio de estancia que oscila entre 3 y 6 días.	Promedio Días Estancia	Total días-cama ocupada en un periodo determinado.	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
				Total de egresos en ese periodo			
16	EST-03	En el servicio de Pediatría (Incluyendo neonato) de nuestro hospital cada cama nos permite atender entre 8 y 12 egresos al mes.	Giro Cama	Total de egresos en un 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
				Total de Camas Censables en ese periodo determinado.			
17	EST-04	En el Servicio de Pediatría el tiempo que una cama pasa desocupada oscila entre cero y 1.5 día	Intervalo de Sustitución (IS)	(Total de días-cama disponible del periodo) - (Total días cama ocupada en un periodo determinado)	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
				Total de egresos hospitalarios en ese periodo.			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Cirugía

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	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.	<p>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.</p> <p>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</p>	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	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 más frecuente) atendidos en el servicio de Cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (primera causa más frecuente) atendidos en el servicio de Cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	<p>N° de pacientes con (primera causa más frecuente) atendidos en el servicio de Cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.</p> <p>Total de pacientes con (primera causa más frecuente) egresados de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	Se tomaran los pacientes con (primera causa más frecuente) egresados de la sala de cirugía.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las sala de Cirugía.	Mensual
3	CIR - 03	100% de pacientes con (segunda causa más frecuente) atendidos en el servicio de Cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial	% de pacientes con (segunda causa más frecuente) atendidos en el servicio de Cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	<p>N° de pacientes con (segunda causa más frecuente) y manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.</p> <p>Total de pacientes con (segunda causa más frecuente) egresados de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	Se tomaran los pacientes con (segunda causa más frecuente) egresados de la sala.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las sala de Cirugía.	Mensual
4	CIR - 04	100% de pacientes con (tercera causa más frecuente) atendidos en el servicio de cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial	% de pacientes con (tercera causa más frecuente) atendidos en el servicio de cirugía, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	<p>N° de pacientes con (tercera causa más frecuente) y manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.</p> <p>Total de pacientes con (tercera causa más frecuente) egresados de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	Se tomaran los pacientes con (tercera causa más frecuente) egresados de la sala.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las sala de Cirugía.	Mensual

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Cirugía

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
5	CIR - 05	100% de pacientes con (cuarta causa más frecuente), atendidos en el servicio de cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial	% de pacientes con (cuarta causa más frecuente) atendidos en el servicio de cirugía, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (cuarta causa más frecuente) y manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Se tomaran los pacientes con (cuarta causa más frecuente) egresados de la sala.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de la sala de Cirugía.	Mensual
				Total de pacientes con (cuarta causa más frecuente) egresados de la muestra en el periodo a medir x 100			
6	CIR - 06	100% de pacientes con (quinta causa más frecuente), atendidos en el servicio de cirugía, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial	% de pacientes con (quinta causa más frecuente) atendidos en el servicio de cirugía, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (quinta causa más frecuente) y manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Se tomaran los pacientes con (quinta causa más frecuente) egresados de la sala.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de la sala de Cirugía.	Mensual
				Total de pacientes con (quinta causa más frecuente) egresados de la muestra en el periodo a medir x 100			
7	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	N° de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas.	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
				Total de unidades de sangre solicitadas por el Servicio de Cirugía de la muestra en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Cirugía

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
8	UGI-10	Las referencias realizadas por el Servicio de Cirugía a un nivel de mayor resolución no sobrepasan el 10%	% de pacientes atendidos en el Servicio Cirugía, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	N° de pacientes atendidos en el Servicio de 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 SIP	Mensual
				Total de pacientes egresados del 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 evaluados 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 (impronto), y para la hora de atención por el especialista se utilizan las anotaciones en el expediente.	Hoja de Urgencia (impronto) 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.		Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones y Reporte Estadístico de defunciones e Informe de Comité de Mortalidad.	Mensual
				Total de egresos del Servicio de Cirugía en el periodo a medir 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Cirugía

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
11	BIO-IAAS-08	Tasa de infección de herida operatoria (excluyendo post-cesárea) es menor al 5%.	Tasa de infección de herida operatoria (excluyendo post cesárea).	<p>N° de infecciones de herida operatoria (excluyendo post cesáreas) ocurridas en el hospital.</p> <p>Total de cirugías realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	Se excluyen las heridas post-cesáreas, porque ya se mide a través de un indicador específico.	Numerador: La fuente de información es el consolidado de los informes mensuales de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud. Denominador: Registro de total de Cirugías realizadas durante el mes.	Mensual
12	RRHH-08	Cero Ausencias sin Justificación.	% de Ausentismo sin Justificación	N° de 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 o de Personal. El jefe (a) de la sala deberá registrar diariamente las ausencias sin justificación del personal, en el cuadro respectivo y enviara el informe al Departamento de Recursos Humanos en forma mensual. (ver cuadro anexo: Formato de registro de días ausente sin justificación).	Registro de días ausente sin justificación	Mensual
13	EST-01	El aprovechamiento del recurso cama del servicio de Cirugía oscila entre el 85% y el 100%.	Índice Ocupacional (IO)	<p>Total días-cama ocupada en un periodo determinado.</p> <p>Total de días-cama disponible del periodo x 100</p>	<p>Índice 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>	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 Cirugía

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
14	EST-02	En el Servicio de Cirugía, las personas son atendidas en un Promedio de estancia que oscila entre 3 y 6 días.	Promedio Días Estancia	Total días-cama ocupada en un periodo determinado.	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
				Total de egresos en ese periodo			
15	EST-03	En el servicio de Cirugía cada cama nos permite atender entre 3 a 7 egresos por mes.	Giro Cama	Total de Egresos en un 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
				N° promedio de Camas Censables en ese periodo determinado.			
16	EST-04	En el Servicio de Cirugía el tiempo que una cama pasa desocupada oscila entre 0 y 1 día	Intervalo de Sustitución(IS)	(Total de días cama del periodo) - (total de días paciente)	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
				Total de egresos hospitalarios en ese periodo			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Medicina Interna

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	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.	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
				Total de pacientes de las cinco causas de egreso más frecuentes de la muestra en el periodo a medir x 100			
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 más frecuente) atendidos en el Servicio de Medicina Interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Se tomaran los pacientes con diagnóstico, 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
				Total de pacientes de la muestra en el periodo a medir x 100			
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 más frecuente) atendidos en el servicio de Medicina Interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Se tomaran los pacientes con diagnóstico, 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
				Total de pacientes de la muestra en el periodo a medir x 100			
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 más frecuente) atendidos en el Servicio de Medicina Interna que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Se tomaran los pacientes con diagnóstico 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
				Total de pacientes de la muestra en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Medicina Interna

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
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 más 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 diagnóstico 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 más 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 diagnóstico 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
7	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	N° de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas. Total de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Medicina de la muestra en el periodo a medir x 100	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 Medicina Interna

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
8	UGI-10	Las referencias realizadas por el Servicio de Medicina Interna a un nivel de mayor resolución no sobrepasan el 10%	% 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.	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
				Total de pacientes egresados por el servicio de Medicina Interna de la muestra del periodo a medir x 100			
9	UGI-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.	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.	Hoja de Urgencia (impronto) y Expediente Clínico	Mensual
				Total de pacientes que presentaron una emergencia de la muestra en el periodo a medir x100			
10	MORT-11		% de muertes ocurridas en el servicio de Medicina Interna	N° de muertes en el Servicio de Medicina Interna.		Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones y Reporte Estadístico de defunciones e Informe de Comité de Mortalidad.	Mensual
				Total de egresos del servicio de Medicina Interna en el periodo a medir x 100			
11	BIO-IAAS-09	Tasa de IAAS en el servicio de Medicina Interna es menor al 5%	Tasa de infección por causas a vigilar ocurridas en el Servicio de Medicina Interna	N° de infecciones por causas a vigilar ocurridas en el Servicio de Medicina Interna.	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.	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
				Total de pacientes atendidos durante el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Medicina Interna

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
12	RRHH-08	Cero Ausencias sin justificación.	% de Ausentismo sin Justificación	N° de 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. El jefe (a) de la sala deberá registrar diariamente las ausencias sin justificación del personal, en el cuadro respectivo y enviara el informe al Departamento de Recursos Humanos en forma mensual. (Ver cuadro anexo: Formato de registro de días ausente sin justificación).	Registro de días ausente sin justificación	Mensual
13	EST-01	El aprovechamiento del recurso cama en el Servicio de Medicina Interna oscila entre el 85% y el 100%.	Índice Ocupacional (IO)	Total días-cama ocupada en un periodo determinado.	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
				Total días-cama disponible del periodo x 100			
14	EST-02	En el Servicio de Medicina Interna, las mujeres son atendidas en un Promedio de estancia que oscila entre 3 y 7 días.	Promedio días estancia	Total días-cama ocupada en un periodo determinado.	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
				Total de egreso en ese periodo.			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Medicina Interna

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
15	EST-03	En el servicio de Medicina Interna cada cama nos permite atender entre 5 a 10 egresos cada mes.	Giro Cama	Total de egresos en un 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
				Total de Camas Censables en ese periodo determinado.			
16	EST-04	En el Servicio de Medicina Interna el tiempo que una cama pasa desocupada oscila entre 0.5 y 2 días.	Intervalo de Sustitución (IS)	(Total de días-cama disponible del periodo) - (total días cama ocupada en un periodo determinado)	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
				Total de egresos hospitalarios en ese periodo			

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.	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
				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			
2	ORT-02	100% de pacientes con (primera causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (primera causa más 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 más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Se tomaran los pacientes con (primera causa más frecuente) atendidos en el hospital.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas donde fue atendido el paciente.	Mensual
				Total de pacientes con (primera causa más frecuente) atendidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100			
3	ORT-03	100% de pacientes con (segunda causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (segunda causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (segunda causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Se tomaran los pacientes con (segunda causa más frecuente) atendidos en el hospital.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas donde fue atendido el paciente.	Mensual
				Total de pacientes con (segunda causa más frecuente) atendidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100			
4	ORT-04	100% de pacientes con (tercera causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (tercera causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (tercera causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Se tomaran los pacientes con (tercera causa más frecuente) atendidos en el hospital.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas donde fue atendido el paciente.	Mensual
				Total de pacientes con (tercera causa más frecuente) atendidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Ortopedia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
5	ORT-05	100% de pacientes con (cuarta causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con (cuarta causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes con (cuarta causa más frecuente) atendidos en el servicio de ortopedia, que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	Se tomaran los pacientes con (cuarta causa más frecuente) atendidos en el hospital.	Expedientes Clínicos y Libro de Egresos de las salas donde fue atendido el paciente.	Mensual
				Total de pacientes con (cuarta causa más frecuente) atendidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100			
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) atendidos en el servicio de ortopedia, que fueron manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	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
				Total de pacientes con (quinta causa más frecuente) atendidos en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100			
7	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	N° de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas.	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
				Total de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Ortopedia de la muestra en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Ortopedia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
8	UGI-10	Las referencias realizadas por el Servicio de Ortopedia a un nivel de mayor resolución no sobrepasan el 15%	% de pacientes atendidos en el Servicio Ortopedia, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	<p>N° de pacientes atendidos en el Servicio Ortopedia, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.</p> <p>Total de pacientes egresados del servicio de Ortopedia del periodo a medir x 100</p>	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.	<p>N° de pacientes que presentaron una emergencia ortopédica 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 ortopédica en el periodo a medir X 100</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 expediente.	Tableros internos de los servicios del hospital identificados.	Mensual
10	MORT-12		% de muertes ocurridas en el servicio de ortopedia.	<p>N° de muertes ocurridas en el servicio de Ortopedia</p> <p>Total de egresos del servicio de Ortopedia en el periodo a medir x 100</p>		Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones y Reporte Estadístico de defunciones e Informe de Comité de Mortalidad.	Mensual
11	BIO-IAAS-08	Tasa de infección de herida operatoria (excluyendo post-cesárea) es menor al 5%.	Tasa de Infección de Herida Operatoria (excluyendo post cesárea)	<p>N° de infecciones de herida operatoria (excluyendo post cesáreas) ocurridas en el hospital.</p> <p>Total de cirugías realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	Se excluyen las heridas post-cesáreas, porque ya se mide a través de un indicador específico.	Numerador: Informe mensuales de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud. Denominador: Registro de total de Cirugías realizadas durante el mes.	Equipo Mejora Continua de la Calidad

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Ortopedia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
12	RRHH-08	Cero Ausencias sin Justificación	% de Ausentismo sin Justificación	N° de 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 o de Personal. El jefe (a) de la sala deberá registrar diariamente las ausencias sin justificación del personal, en el cuadro respectivo y enviara el informe al Departamento de Recursos Humanos en forma mensual. (ver cuadro anexo: Formato de registro de días ausente sin justificación).	Registro de días ausente sin justificación	Equipo Mejora Continua de la Calidad
13	EST-01	El aprovechamiento del recurso cama en el servicio de ortopedia oscila entre el 85% y el 100%.	Índice Ocupacional (IO)	Total días-cama ocupada en un periodo determinado.	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	Equipo Mejora Continua de la Calidad
				Total días-cama disponible del periodo x 100			
14	EST-02	En el Servicio de Ortopedia, las personas atendidas tienen una estancia hospitalaria promedio que oscila entre 5 y 9 días.	Promedio días estancia	Total días-cama ocupada en un periodo determinado.	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	Equipo Mejora Continua de la Calidad
				Total de egreso en ese periodo.			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Servicio de Ortopedia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
15	EST-03	En el servicio de Ortopedia cada cama nos permite atender entre 3 a 5 egresos cada mes.	Giro Cama	Total de egresos en un 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	Equipo Mejora Continua de la Calidad
				Total de Camas Censables en ese periodo determinado.			
16	EST-04	En el Servicio de Ortopedia el tiempo que una cama pasa desocupada es en promedio de un día.	Intervalo de Sustitución(IS)	(Total de días- cama disponible del periodo) - (total días cama ocupada en un periodo determinado)	Tiempo promedio de cama desocupada	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Equipo Mejora Continua de la Calidad
				Total de egresos hospitalarios en ese periodo			

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Emergencia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	EMER - 01	100% de pacientes con (cinco primeras causas más frecuentes) atendidos en el servicio de emergencia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes con) cinco primeras causas más 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 más frecuentes) atendidos en el servicio de emergencia, son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	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
				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			
2	EMER - 02	100% de pacientes que consultan por (primera causa más frecuente) al servicio de emergencias son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes que consultan por (primera causa más frecuente) al servicio de emergencias, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes que consultan por (primera causa más frecuente) al servicio de emergencia, manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	En el numerador se incluyen los pacientes que consultan por (primera 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 y/o Expedientes Clínicos	Mensual
				Total de pacientes que consultan por (primera causa más frecuente) en el servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100			
3	EMER - 03	100% de pacientes que consultan por (segunda causa más frecuente) al servicio de emergencias son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes que consultan por (segunda causa más frecuente) al servicio de emergencias, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes que consultan por (segunda causa más frecuente) al servicio de emergencia, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	En el numerador se incluyen los pacientes que consultan por (segunda 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
				Total de pacientes que consultan por (segunda causa más frecuente) al servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Emergencia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
4	EMER - 04	100% de pacientes que consultan por (tercera causa más frecuente) al servicio de emergencias son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes que consultan por (tercera causa más frecuente) al servicio de emergencias, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes que consultan por (tercera causa más frecuente) al servicio de emergencia, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	En el numerador se incluyen los pacientes que consultan por (tercera 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 impronto	Mensual
				Total de pacientes que atendidos por (tercera causa más frecuente) en el servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100			
5	EMER - 05	100% de pacientes que consultan por (cuarta causa más frecuente) al servicio de emergencias son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes que consultan por (cuarta causa más frecuente) al servicio de emergencias, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes que consultan por (cuarta causa más frecuente) al servicio de emergencia, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	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 impronto	Mensual
				Total de pacientes que consultan por (cuarta causa más frecuente) en el servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100			
6	EMER - 06	100% de pacientes que consultan por (quinta causa más frecuente) al servicio de emergencias son manejados de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	% de pacientes que consultan por (quinta causa más frecuente) al servicio de emergencias, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	N° de pacientes que consultan por (quinta causa más frecuente) al servicio de emergencia, manejado de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	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 impronto	Mensual
				Total de pacientes que consultan por (quinta causa más frecuente) al servicio de emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100			
7	EMER - 07	En el servicio de emergencia, se clasifican y atienden al 100% de los y las usuarias cumpliendo los lineamientos y normativa del TRIAGE	% de pacientes atendidos en emergencias que fueron clasificados según triage.	N° de pacientes atendidos en emergencias que fueron clasificados según triage.	Se hará la normativa y se empezara a medir en los hospitales que se vaya implementando		Mensual
				Total de pacientes atendidos en la emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Emergencia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
8	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	N° de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas.	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
				Total de unidades de sangre solicitadas por el servicio de Emergencia de la muestra en el periodo a medir x 100			
9	UGI-10	Las referencias realizadas por el Servicio de Emergencia (excluyendo las emergencias obstétricas), a un nivel de mayor resolución no sobrepasan el 25%	% de pacientes atendidos en el Servicio Emergencia, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	N° de pacientes atendidos en el Servicio Emergencia, que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	Se consideran todas las referencias de las salas del servicio de Emergencia	Expediente clínico, Libro de referencia y SIP	Mensual
				Total de pacientes atendidos del servicio de emergencia del periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de indicadores del Servicio de Emergencia

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
10	MORT - 13		% de Muertes ocurridas durante las primeras 24 horas de ingresado el paciente en el servicio de Emergencia.	N° 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 e Informe de Comité de Mortalidad.	Mensual
				Total de pacientes atendidos en el periodo a medir x 100			
11	RRHH-08	Cero Ausencias sin Justificación	% de Ausentismo sin Justificación	N° de 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 o de Personal. El jefe (a) de la sala deberá registrar diariamente las ausencias sin justificación del personal, en el cuadro respectivo y enviara el informe al Departamento de Recursos Humanos en forma mensual. (Ver cuadro anexo: Formato de registro de días ausente sin justificación).	Registro de días ausente sin justificación	Mensual

Cuadro de Descripción de Indicadores de Sala de Operaciones

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	SO-01		% de cirugías con complicaciones ocurridas durante el acto quirúrgico.	N° de cirugías con complicaciones ocurridas durante el acto quirúrgico.	En el numerador este indicador se registraran todas las cirugías con complicaciones ocurridas durante el acto quirúrgico. 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. Acto Quirúrgico: se considera desde que el paciente ingresa a la sala de operaciones hasta que egresa de sala de recuperación.	Registro de cirugías Complicaciones quirúrgicas.	Mensual
				Total de cirugías realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100			
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.	N° de eventos quirúrgicos que fueron cancelados por falta de equipo, insumo, recurso humano y otras causas.	Se excluyen los eventos quirúrgicos inherentes al usuario (a). Otras causas se refiere a: causas atribuibles a la institución Falla eléctrica, Contaminación de quirófano y otras institucionales.	libro de programación de cirugías como fuente primaria y la hoja de solicitud de sala de operaciones como fuente secundaria	Mensual
				Total de eventos quirúrgicos que fueron programados de la muestra en el periodo a medir x 100			
3	SO-03	Pendiente de definir estándar	% de horas quirófanos utilizadas durante el mes.	N° de horas quirófano utilizadas	Se tomaran las horas quirófano durante el mes. Hora quirófano utilizado: 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. 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.	Libro de registro de eventos quirúrgicos realizados	Mensual
				Total de horas quirófano disponible durante el mes x100			

Cuadro de Descripción de Indicadores de Sala de Operaciones

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
4	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en el servicio.	% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en Sala de Operaciones.	<p>N° de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas.</p> <p>Total de unidades de sangre solicitadas por Sala de Operaciones de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	<p>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.</p>	<p>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</p>	Mensual
5	RRHH-08	Cero Ausencias sin Justificación	% de Ausentismo sin Justificación	N° de empleados que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada	<p>Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos o de Personal. El jefe (a) de la sala deberá registrar diariamente las ausencias sin justificación del personal, en el cuadro respectivo y enviara el informe al Departamento de Recursos Humanos en forma mensual. (ver cuadro anexo: Formato de registro de días ausente sin justificación).</p>	Registro de días ausente sin justificación	Mensual

Cuadro de Descripción de Indicadores del Departamento de Administración

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	ADM - 01	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	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, por lo que puede ser variable o cambiante para todo el año. Representa el presupuesto vigente sin el monto de la planilla de servicios de personal.	Reporte del SIAFI	Trimestral
				Presupuesto vigente aprobado sin el monto de la planilla del grupo de Servicios Personales x 100			
2	ADM - 02	100% de ejecución de la Cuota Mensual asignada.	% de ejecución de la cuota presupuestaria asignada.	Cuota presupuestaria Ejecutada menos el grupo de Servicios Personales.	El Presupuesto Vigente Ejecutado corresponde a los montos comprometidos por procesos de adquisición acumulado durante el periodo. La cuota presupuestaria no incluye el monto de la planilla del grupo de servicios personales.	Reporte del SIAFI	Mensual
				Cuota Presupuestaria Mensual Asignada menos el Grupo de Servicios Personales x 100			
3	ADM - 03	Cero endeudamientos por fondos recuperados.	Cantidad de dinero comprometido con fondos recuperados.	Cantidad de dinero comprometido.	Fondos comprometidos por compras de insumos o servicios al crédito considerando una proyección de ingresos por fondos recuperados.	Registros Contables de fondos recuperados	Mensual
4	ADM - 04	100 % de abastecimiento de medicamentos críticos para la atención Cuidado Obstétrico Neonatal Esencial (CONE)	% de abastecimiento de medicamentos críticos para la atención Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE)	N° de medicamentos críticos existentes para el manejo de CONE en el hospital.	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 CONE. Este listado será verificado en almacén en forma mensual, y así identificar en caso de no contar con la reserva mínima requerida para el periodo.	Listado de verificación más kardex	Mensual
				Total de medicamentos críticos seleccionados de acuerdo a la norma (CONE) en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de Indicadores del Departamento de Administración

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
5	ADM - 05	100% de abastecimiento de medicamentos críticos para la Atención Médico-Quirúrgico.	% de abastecimiento de medicamentos críticos para la Atención Médico-Quirúrgico.	N° de medicamentos críticos existentes para la Atención Médico-Quirúrgico.	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 más kardex	Mensual
				Total de medicamentos críticos seleccionados x 100			
6	ADM - 06	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 material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria.	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.	Listado de verificación más kardex	Mensual
				Total de material médico quirúrgico programado en el periodo a medir.			
7	CMP-01	100 % de cumplimiento de las recomendaciones realizadas por el Comité de Compras.	% de cumplimiento de las recomendaciones realizadas por el Comité de Compras.	N° de adjudicaciones que corresponden a las recomendaciones del Comité de Compras.	Recomendaciones realizadas cumplidas: Todas aquellas recomendaciones por el comité de compras realizadas que fueron tomadas en cuenta por la administración del hospital para la compra de insumos programados.	Ayuda de memoria de las reuniones	Trimestral
				Total de adjudicaciones de las recomendaciones del Comité de Compras en el periodo x 100.			
8	RRHH-08	Cero Ausencias sin Justificación.	% de Ausentismo sin Justificación.	N° de 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. El jefe (a) de la sala deberá registrar diariamente las ausencias sin justificación del personal, en el cuadro respectivo y enviara el informe al Departamento de Recursos Humanos en forma mensual. (Ver cuadro anexo: Formato de registro de días ausente sin justificación).	Registro de días ausente sin justificación	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.	<p>N° de días con disponibilidad de especialista las 24 horas en el hospital.</p> <hr/> <p>Total de días del periodo a medir x 100</p>	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)	Para el consolidado del indicador RR-HH-01, es la sumatoria de los resultados de los indicadores de RR.HH 02 Gineco-Obstetricia, RRHH-03 Pediatría, RRHH-04 Cirugía, RRHH-05 Medicina Interna, y Ortopedia RR-HH-06. Para el resto de los indicadores se tomara como fuente los roles de turno.	Trimestral
2	RRHH-02	100 % de disponibilidad de Gineco-Obstetra en los servicios finales básicos del hospital.	% de Disponibilidad de Gineco-Obstetra	<p>N° de días con disponibilidad de Gineco-Obstetra las 24 horas en el hospital.</p> <hr/> <p>Total de días del periodo a medir x 100</p>	Días disponibles- se considera si existe el Recurso Humano de especialista (Gineco-Obstetra) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial o 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	<p>N° de días con disponibilidad de Pediatra las 24 horas en el hospital.</p> <hr/> <p>Total de días del periodo a medir x 100</p>	Días disponibles- se considera si existe el Recurso Humano de especialista (Pediatra) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial o 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	<p>N° de días con disponibilidad de Cirujano las 24 horas en el hospital.</p> <hr/> <p>Total de días del periodo a medir x 100</p>	Días disponibles- se considera si existe el Recurso Humano de especialista (Cirujano) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial o 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 Médico Internista en los servicios finales básicos del hospital.	% de Disponibilidad de Médico Internista	N° de días con disponibilidad de Médico Internista las 24 horas en el hospital.	Días disponibles- se considera si existe el Recurso Humano de especialista (Médico Internista) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial o por llamado.(Los médicos en disfrute de Vacaciones, Incapacidades, o con permisos no participan en la disponibilidad.)	Rol de Turnos	Trimestral
				Total de días del periodo a medir x 100			
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.	Días disponibles: Se considera si existe el Recurso Humano de especialista (Ortopeda) requerido para las 24 horas ya sea en turno presencial o por llamado.(Los médicos en disfrute de Vacaciones, Incapacidades, o con permisos no participan en la disponibilidad)	Rol de Turnos	Trimestral
				Total de días del periodo a medir x 100			
7	RRHH-07	Ausentismo justificado no mayor al 12%.	% de Ausentismo Justificado	N° de empleados que no asistieron 1 día a su turno parcial o totalmente con causa justificada.	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 con justificación del empleado.	Archivo de control de permisos incapacidad y vacaciones.	Mensual
				Total de empleados del Hospital x 28, 29, 30 o 31 días en el periodo a medir x 100			
8	RRHH-08	Cero Ausencias sin Justificación.	% de Ausentismo sin Justificación	N° de 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 o de Personal. Días Empleado: Representa el N° de días de ausencia sin justificación del empleado. NOTA: En el numerador se tomaran en cuenta las ausencias sin justificación de todo el hospital.	Numerador: registro de días ausentes sin justificación del empleado recibida de los servicios. Archivo de control de reporte de ausencias y Listas de Chequeo. Denominador: Registro del total de empleados	Mensual
				Total de Empleados del hospital en el mes en el periodo a medir x 100			

Cuadro de Descripción de indicadores del Departamento de Estadística

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
1	EST-01	El Porcentaje de Ocupación:	Índice Ocupacional (IO)	Total días-cama ocupada en un periodo determinado.	Días cama: Periodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria, ocupada o no, se mantiene dispuesta para los pacientes internados.	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
		Para un Hospital Tipo I y II: De un 70% a un 80%		Total días cama en ese periodo x 100	Día Paciente: Es el periodo de servicio prestado a un paciente hospitalizado, comprendido entre las horas de dos (2) censos consecutivos		
2	EST-02	El Promedio Días Estancia:	Promedio Días Estancia	Total días-cama ocupada en un periodo dado.	Permite conocer y monitorear el tiempo promedio que toma el brindar atención a un paciente hospitalizado.	Censo diario como fuente primaria, resumen mensual de actividades hospitalarias (AH 2002; HH2002), informe mensual o informe de actividades	Mensual
		Para un Hospital Tipo I: Sera de 4 a 6 días Para un Hospital Tipo II: Sera de 6 a 8 días Para un Hospital Tipo III: * Hospital Agudo: de 10 a 15 días * Hospital Crónico: Hasta 50 días		Total de egresos en ese periodo.	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.		
3	EST-03		Giro Cama	Total de Egresos en un periodo determinado	Día Cama: Es la disponibilidad de una cama Censables 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
				N° de Camas Censables en ese periodo determinado.			

Cuadro de Descripción de indicadores del Departamento de Estadística

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
4	EST-04		Intervalo de Sustitución(IS)	<p>(Total de días-cama disponibles del periodo) - (total días-cama ocupada en un periodo determinado.)</p> <p>Total de egresos hospitalarios en ese periodo</p>	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
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.	<p>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.</p> <p>Total de expedientes de la muestra en el periodo a medir x 100</p>	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 sin Justificación.	N° de empleados que no asistieron un día a su turno parcial o totalmente sin causa justificada.	<p>Causa No Justificada: Representa aquellas ausencias del personal que no han sido autorizadas por los jefes inmediatos o de Personal.</p> <p>El jefe (a) de la sala deberá registrar diariamente las ausencias sin justificación del personal, en el cuadro respectivo y enviara el informe al Departamento de Recursos Humanos en forma mensual. (ver cuadro anexo: Formato de registro de días ausente sin justificación).</p>	Registro de días ausente sin justificación	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> <hr/> <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> <hr/> <p>Total de EMCC constituidos u organizados en el periodo x 100</p>	<p>Para el numerador se entenderá 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 estará en función del número de EMCC que estén organizados o constituidos en el hospital.</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 Denominador: Informe trimestral de la Coordinación de Calidad a la Dirección del Hospital	Trimestral

Cuadro de Descripción de Indicadores del Comité de Calidad

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
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 será 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 establecidas.	% de muertes maternas y neonatales por causas seleccionadas reportadas e investigadas de acuerdo Normas de Vigilancia de la salud establecidas.	<p>N° de muertes maternas y neonatales por causas seleccionadas, reportadas e investigadas de acuerdo a normas de Vigilancia de la Salud establecidas.</p> <p>Total de muertes maternas y neonatales ocurridas en el periodo a medir x 100</p>	Las muertes a investigar son: Obstétricas (Hemorragia, Endometritis, y Pre eclampsia) y en las Neonatales (Asfixia, Prematurez y Sepsis).	Protocolos de Investigación normados por la Dirección de Vigilancia.	Mensual
2	MORT-02	Cero muertes maternas evitables en el hospital.	N° de muertes maternas evitables.	N° de muertes maternas evitables por Hemorragia, Sepsis, Pre-Eclampsia, Eclampsia y Síndrome de HELLP.	Se tomaran las muertes por: Hemorragia, Endometritis, y Pre eclampsia y Síndrome de HELLP.	Expediente: (Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia) Libro de egresos hospitalarios, libro de defunciones e Informe de Comité de Mortalidad.	Mensual
3	MORT-03	Cero muertes neonatales evitables en el hospital.	N° de muertes neonatales evitables por asfixia, sepsis y prematurez.	N° de muertes neonatales evitables por asfixia, sepsis y prematurez.	Se tomaran las muertes por: Neonatales: Asfixia, Prematurez y Sepsis.	Expediente: (Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia) Libro de egresos hospitalarios, libro de defunciones e Informe de Comité de Mortalidad.	Mensual

Cuadro de Descripción de Indicadores del Comité de Mortalidad

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
4	MORT-04	Cero muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio	N° de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.	N° de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.	Del total de muertes de mujeres en Edad Fértil (MEF) solo seleccionar las relacionadas al embarazo, parto y puerperio.	Expediente: (Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia) Libro de egresos hospitalarios e Informe de Comité de Mortalidad.	Mensual
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.	Se tomaran todos los egresos hospitalarios por neumonía en menores de 5 años en el periodo a medir.	Expediente: (Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia), Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones e Informe del Comité de Mortalidad.	Mensual
				Total de casos de neumonía en menores de 5 años en el periodo a medir x 100			
6	MORT-06	Letalidad por Diarrea en menores de 5 años.	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 diagnostico de diarrea se tomaran las muertes por la misma causa en el periodo a medir	Expediente:(Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia),Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones e Informe del Comité de Mortalidad.	Mensual
				Total de casos de diarrea en menores de 5 años 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
7	MORT-07		Letalidad Neonatal.	N° de muertes en niños menores de 28 días	De todos los egresos hospitalarios se tomaran las muertes neonatales	Expediente: (Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia), Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones e Informe del Comité de Mortalidad.	Mensual
				Total de egresos de niños menores de 28 días en el periodo a medir 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	Se excluyen solo las muertes por Neumonía y Diarrea.	Expediente: (Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia), Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones e Informe del Comité de Mortalidad.	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 por neumonía + diarreas + otras causas. El total de egresos es la suma de los egresos por neumonía + diarreas + otras causas. No sumar la letalidad neonatal.	Expediente: (Hojas de hospitalización, Hojas de Impronto en el caso del servicio de emergencia), Libro de egresos hospitalarios, Libro de defunciones e Informe del Comité de Mortalidad	Mensual
				Total de egresos en menores de 5 años 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
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			
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 muertes ocurridas en el hospital		Libro de egresos hospitalarios, Libro de funciones y Reporte Estadístico de defunciones.	Mensual
				Total de egresos del hospital en el periodo a medir x 100			

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

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	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)	N° de usuarios (as) con infecciones asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en la fecha en que se realizó la prevalencia puntual.	Numerador: Se tomaran todos los usuarios (as) que presenten una IAAS en el momento que se realizó la prevalencia. Denominador: Se tomara los usuarios (as) hospitalizados en el momento de la prevalencia.	Formulario lleno de Vigilancia de las IAAS para la determinación de la Prevalencia Puntual de las salas.	Anual (Mes de Octubre)
				Total de usuarios(as) hospitalizados en la fecha en que se realizó la prevalencia puntual en el periodo a medir x 100			
2	BIO-IAAS-02	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 usuarios (as) con IAAS ocurridas en el hospital.	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 periodo. Denominador: Se tomaran todos los usuarios (as) hospitalizados durante el mes a evaluar.	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.(IASS)	Mensual
				Total de usuarios (as) hospitalizados durante el período a medir x 100			
3	BIO-IAAS-03	Tasa General de Endometritis puerperal menor al 4%.	Tasa General de Endometritis puerperal.	N° de endometritis post-parto vaginal y cesáreas ocurridas en el hospital	Este indicador es la sumatoria de los indicadores: BIO-IAAS-04 y BIO-IAAS-05 El numerador incluye todas usuarias con endometritis post cesárea y post parto vaginal cuyo parto ocurrió en el hospital y que fue adquirida en el mismo.	Es el resultado de los indicadores: BIO-IAAS-04 y BIO-IAAS-05	Mensual
				Total de partos vaginales + cesáreas realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100			
4	BIO-IAAS-04	Tasa de Endometritis post Cesárea es menor al 2%.	Tasa de Endometritis Post-Cesárea.	N° de endometritis post-cesárea ocurridas en el hospital.	Se tomaran solo los partos vía cesáreas realizadas en el hospital.	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
				Total de cesáreas realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100			

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

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
5	BIO-IAAS-05	Tasa de Endometritis Post Parto Vaginal es menor al 2%.	Tasa de Endometritis Post-Parto Vaginal.	N° de endometritis post-parto vaginal ocurridas en el hospital.	Se tomaran solo los partos vaginales atendidos en el hospital.	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
				Total partos vaginales atendidos de la muestra en el periodo a medir x 100			
6	BIO-IAAS-06	Tasa de Infección de Herida Operatoria Post Cesárea menor al 5%.	Tasa de Infección de Herida Operatoria Post Cesárea.	N° de infecciones de Herida Operatoria post-cesárea ocurridas en el hospital.	Se tomaran todas las infecciones de herida operatoria post cesáreas realizadas en el hospital.	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
				Total de cesáreas realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100			
7	BIO-IAAS-07	Tasa General de Sepsis Neonatal Asociada a la Atención en Salud menor al 10%.	Tasa General de Sepsis Neonatal Asociada a la Atención en Salud. (IAAS)	N° de recién nacidos con sepsis neonatal Asociada a la Atención en Salud. (IAAS) ocurridas durante su hospitalización.	En el numerador se incluyen solo los neonatos nacidos en el hospital.	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
				Total de recién nacidos (as) en el hospital de la muestra en el periodo a medir x 100			
8	BIO-IAAS-08	Tasa de Infección de Herida Operatoria (Excluyendo post-cesárea) menor al 5%.	Tasa de Infección de Herida Operatoria (excluyendo post cesárea).	N° de infecciones de Herida Operatoria (Excluyendo post cesáreas) ocurridas en el hospital.	Se excluyen las heridas post-cesáreas, porque ya se mide a través de un indicador específico.	Numerador: Informe mensuales de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud. Denominador: Registro de total de Cirugías realizadas durante el mes.	Mensual
				Total de cirugías realizadas de la muestra en el periodo a medir x 100			
9	BIO-IAAS-09	Tasa de Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) en el servicio de Medicina Interna menor al 5%.	Tasa de Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) en el servicio de Medicina Interna.	N° de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en el servicio de Medicina Interna.	En el numerador se incluyen todas las infecciones ocurridas en el servicio de Medicina Interna	Informe mensual de episodios de infecciones asociadas a la atención en salud.	Mensual
				Total de usuarios (as) hospitalizados de la muestra en el periodo a medir x 100			

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

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
10	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 x 100.	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
11	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
12	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% ó 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
13	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

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

N°	Código	Estándar	Indicador	Construcción de la Formula	Entendimiento	Fuente	Periodicidad
14	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. Vía 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 x 100	Revisar en los expedientes de los servicios 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
15	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
16	BIO-ED-01	El índice de Seguridad del Hospital se mantiene en la categoría A (entre los valores 0.66 y 1)	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 asignara la categoría que se indica en el instrumento de monitoreo.	Informe final de la evaluación y cálculo del Índice de Seguridad Hospitalaria.	Anual (Mes de octubre)

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.	N° de reactivos e insumos existentes en el hospital para el laboratorio.		Kardex de almacén y laboratorio	Mensual
				Total de reactivos e insumos programados en el periodo a medir x 100			
2	LAB - 0 2	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.	N° de Determinaciones Laboratoriales de Emergencia Seleccionados y Entregados dentro de los Treinta (30) minutos de haber sido solicitados.	Exámenes Seleccionados:	Libro de determinaciones de Emergencia, Boleta de solicitud de exámenes	Mensual
				Total de Determinaciones de Laboratoriales de Emergencia solicitados en el periodo a medir x 100			
3	RRHH-08	Cero Ausencias sin Justificación.	% de Ausentismo sin Justificación.	N° de 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 o de Personal. El jefe (a) de la sala deberá registrar diariamente las ausencias sin justificación del personal, en el cuadro respectivo y enviara el informe al Departamento de Recursos Humanos en forma mensual. (ver cuadro anexo: Formato de registro de días ausente sin justificación).	Registro de días ausente sin justificación	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
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.	Se estima una reunión por semana (4 o 5 reuniones, según N° de semanas del mes)	Ayudas memorias de las reuniones.	Mensual
				Total de reuniones programadas en el periodo a medir x 100			
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.	En el numerador se tomará el total de compromisos finalizados en la casilla de la matriz de seguimiento a compromisos. En el denominador se tomaran tanto los compromisos del mes que se están evaluando de la reunión actual más los compromisos de los meses anteriores que no han sido finalizados.	Ayudas memorias de las reuniones.	Mensual
				Total de compromisos definidos en las reuniones de Consejo Consultivo en el periodo a medir x 100			
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)	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
				Total de comités organizados (4 comités según Reordenamiento Hospitalario) x100			
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.	En el numerador se tomaran los Compromisos ejecutados, establecidos en la ayuda memoria de la reunión del Comité de apoyo externo.	Ayudas memorias de las reuniones.	Mensual
				Total de compromisos establecidos en las ayudas memorias del Comité de Apoyo Externo en el periodo a medir x 100			

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)	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
				Total de días del periodo a medir x 100			
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.	Lista de Chequeo medica diaria son las listas aplicadas durante periodos de guardia	Listas de chequeo medica diaria aplicadas y llenas	Mensual
				Total de días del mes x 100			
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.	Lista de Chequeo diaria- son las listas aplicadas durante periodos de guardia	Listas de chequeo diaria aplicadas y llenas	Mensual
				Total de días del mes x 100			
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.	Lista de Chequeo diaria- son las listas aplicadas durante los turnos que no hay jefatura	Listas de chequeo diaria aplicadas y llenas	Mensual
				Total de días del mes x 100			

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
9	UGI-09	100% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en los diferentes servicios.	% de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en los diferentes servicios.	N° de las unidades de sangre solicitadas de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas en los diferentes servicios.	Para este indicador se realizara 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 de acuerdo a la categoría de urgencia, son recibidas y transfundidas (En el servicio de Gineco-Obstetricia de deberán tomar las hemorragias Obstétricas)	Tableros internos de los servicios del hospital.	Mensual
				Total de las unidades de sangre solicitadas por los diferentes servicios x 100			
10	UGI-10	En el hospital las referencias realizadas en los servicios a un nivel de mayor resolución no sobrepasan el 25%.	% de pacientes atendidos en los servicios que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	N° de pacientes atendidos en los servicios que fueron referidos a un nivel de mayor resolución.	Para este indicador se realizara 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.	Mensual
				Total de pacientes atendidos en el hospital del periodo a medir x 100			
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.	N° de pacientes que presentaron una emergencia que fueron evaluados por el especialista en los primeros treinta (30) minutos desde que fue llamado.	Para este indicador se realizara 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.	Mensual
				Total de pacientes que presentaron una emergencia, de la muestra en el periodo a medir x 100			

10.3 FORMATOS GERENCIALES

10.3.1 FORMATO PARA LA AYUDA MEMORIA DEL CONSEJO CONSULTIVO

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 _____ Nivel Intermedio: _____

Mes Evaluado: _____ Hora de Inicio _____ Hora de Finalización _____ Fecha _____

A. DATOS DE LOS PARTICIPANTES				
N°	Participantes	Cargo	Ausentes	Justificación
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
B. OBJETIVO DE LA REUNIÓN				

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.

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. Mujer atendida por Emergencia Obstétrica manejada de acuerdo a la norma materno - neonatal.	GO-01, GO-05, GO-06				
2. Niña/o atendido por Emergencia Peri-natal manejados de acuerdo a norma materno - neonatal.	PED-01				
3. Niña/o atendido por problemas de diarrea y neumonía manejados de acuerdo a los lineamientos/norma Vigente.	PED-06 y PED-07				
4. Usuaría/o atendido por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de cirugía de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	CIR-01				
5. Usuaría/o atendido por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de Medicina Interna de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	MI-01				
6. Usuaría/o atendida por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de ortopedia de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	ORT-01				
7. Usuaría/o atendida por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de Emergencia de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial..	EMER-01				
8. Usuaría/o clasificado según TRIAGE	EMER-07				
9. Usuaría/o cuyo procedimiento quirúrgico se realiza de manera oportuna, según protocolos o guías de atención oficiales, tanto en las cirugías electivas como en las de emergencia y en las complicaciones del acto.	SO-01, SO-03				
10. Usuaría/o que presentó una emergencia es evaluado por el	UGI-11				

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
especialista de manera inmediata.					
11. Usuaría/o están Satisfechos con todos los servicios del hospital.	CAL-01				
12. Usuaría/o que recibe los servicios de apoyo de manera oportuna y de acuerdo a normas.	UGI-09, LAB-02				
13. Usuaría/o ó pareja que recibe métodos de Planificación Familiar de acuerdo a programación y norma vigente.	GO-09, GO-11				
14. Usuaría/o tiene garantizado a través de la gestión hospitalaria la disponibilidad del recurso cama.	EST-01 al EST-04				
15. Usuaría/o recibe las medidas que garantizan una atención libre de riesgo dentro del hospital.	BIO-02, BIO-RH-02 BIO-ED-02				
16. Usuaría/o que recibe una atención oportuna y continua para restaurar la salud y evitar la muerte.	MORT-02, MORT-03, MORT-04, MORT-07, MORT-14, UGI-10				
17. Hospital con reuniones efectivas. (Se toma decisiones y se cumplen acuerdos)	UGI-02, UGI-04				
18. Hospital realiza la gestión financiera de forma eficiente y de acuerdo a leyes y normativas vigentes.	ADM-02, ADM-03, ADM-04, ADM-05, ADM-06.				
19. Hospital con disponibilidad de médicos especialistas las 24 horas del día y resuelve el ausentismo no justificado para garantizar y asegurar la calidad en la atención.	RH-01, RH-08				

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.

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.							

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 programó 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): ¿Cuál es el grado de avance en la gestión y en qué fecha se espera finalizar?
 - 6.3 Si el compromiso fue cumplido (F): Consignar ¿Cuál 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.

10.3.2 FORMATO PARA LA AYUDA MEMORIA DE LOS SERVICIOS E INSTANCIAS INTERMEDIAS

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 _____ Nivel Intermedio: _____

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				
<p>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)</p>				

C. DESARROLLO DE LA REUNION								
C.1. Análisis de resultado de Indicadores y decisiones tomadas para mejorarlos								
Indicador	%	Estándar	Análisis de causas (Por qué 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:

1. El tema se refiere por ejemplo a las emergencias obstétricas, emergencias perinatales, PF, ejecución presupuestaria, financieros, etc.)

2. Tendencia de los indicadores con respecto a los estándares y las causas

En este ítem 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.)

3. **Toma de las decisiones oportunas y pertinentes** para mejorar los resultados de los indicadores (Lo que esta dentro del ámbito del servicio poder resolver)

4. **Compromisos:** Las acciones que se ejecutaran para dar cumplimiento al compromiso

5. **Soluciones recomendaciones al Director** sobre aquellas acciones que están fuera del ámbito del servicio poder resolver

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:

7. 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

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)

8. 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.
9. Asimismo se agregarán a esta matriz, los nuevos compromisos resultantes de la reunión actual
10. Responsable: Se consignan los nombres de la (as) persona (as) responsables de cada compromiso.
11. Fecha a iniciar: Se consigna la fecha que se programó para iniciar.
12. 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
13. **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 ¿Cuál fue el logro: En que contribuyó a mejorar los resultados de los indicadores?

10.3.3 FORMATO DEL REPORTE NARRATIVO DEL CUADRO DE MANDO GERENCIAL

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.

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: c) Soluciones y Recomendaciones d) Matriz de Compromisos o Acciones 3. Análisis de los resultados de los indicadores.	Cirugía							
1. Tablero mensual de indicadores 2. Ayuda de Memoria con: e) Soluciones y Recomendaciones f) Matriz de Compromisos o Acciones 3. Análisis de los resultados de los indicadores.	Medicina Interna							
1. Tablero mensual de indicadores 2. Ayuda de Memoria con: g) Soluciones y Recomendaciones	Ortopedia							

<p>h) Matriz de Compromisos o Acciones</p> <p>3. Análisis de los resultados de los indicadores.</p>								
<p>1. Tablero mensual de indicadores</p> <p>2. Ayuda de Memoria con:</p> <p>i) Soluciones y Recomendaciones</p> <p>j) Matriz de Compromisos o Acciones</p> <p>3. Análisis de los resultados de los indicadores.</p>	Emergencia							
<p>1. Tablero mensual de indicadores</p> <p>2. Ayuda de Memoria con:</p> <p>k) Soluciones y Recomendaciones</p> <p>l) Matriz de Compromisos o Acciones</p> <p>3. Análisis de los resultados de los indicadores.</p>	Sala de Operaciones							
<p>1. Tablero mensual de indicadores</p> <p>2. Ayuda de Memoria con:</p> <p>m) Soluciones y Recomendaciones</p> <p>n) Matriz de Compromisos o Acciones</p> <p>3. Análisis de los resultados de los indicadores.</p>	Administración							
<p>1. Tablero mensual de indicadores</p> <p>2. Ayuda de Memoria con:</p> <p>o) Soluciones y Recomendaciones</p> <p>p) Matriz de Compromisos o Acciones</p> <p>3. Análisis de los resultados de los indicadores.</p>	RR HH							
<p>1. Tablero mensual de indicadores</p> <p>2. Ayuda de Memoria con:</p> <p>a) Soluciones y Recomendaciones</p> <p>b) Matriz de Compromisos o Acciones</p> <p>3. Análisis de los resultados de los</p>	Registros Médicos y Estadísticas							

indicadores.								
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	Calidad							
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	Mortalidad							
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	Bioseguridad							
1. Tablero mensual de indicadores 2. Ayuda de Memoria con: c) Soluciones y Recomendaciones d) Matriz de Compromisos o Acciones 3. Análisis de los resultados de los indicadores	Laboratorio							

1. Tablero mensual de indicadores	UGI							
2. Ayuda de Memoria con: e) Soluciones y Recomendaciones f) Matriz de Compromisos o Acciones								
3. Análisis de los resultados de los indicadores								

B. REPORTE DEL ANÁLISIS 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

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.

Columna 1. Colocar el código del indicador; ejemplo GO-01.

Columna 2. Colocar el resultado del indicador.

Columna 3. Colocar el estándar establecido para el indicador.

Columna 4. Escribir las causas por las cuales el indicador no alcanzó el estándar.

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).

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)

C. ANALISIS DEL COORDINADOR DE LA UGI			
Productos	Indicadores	Análisis por Producto	Recomendaciones para el Director y su Consejo Consultivo.
20. Mujer atendida por Emergencia Obstétrica manejada de acuerdo a la norma materno - neonatal.	GO-01, GO-05, GO-06		
21. Niña/o atendido por Emergencia Peri-natal manejados de acuerdo a norma materno - neonatal.	PED-01		
22. Niña/o atendido por problemas de diarrea y neumonía manejados de acuerdo a los lineamientos/norma Vigente.	PED-06 y PED-07		
23. Usuaría/o atendido por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de cirugía de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	CIR-01		
24. Usuaría/o atendido por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de Medicina Interna de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	MI-01		
25. Usuaría/o atendida por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de ortopedia de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	ORT-01		
26. Usuaría/o atendida por una de las cinco causas más frecuentes en el servicio de Emergencia de acuerdo al protocolo o guía de atención oficial.	EMER-01		
27. Usuaría/o clasificado según TRIAGE	EMER-07		

C. ANALISIS DEL COORDINADOR DE LA UGI			
Productos	Indicadores	Análisis por Producto	Recomendaciones para el Director y su Consejo Consultivo.
28. Usuaría/o cuyo procedimiento quirúrgico se realiza de manera oportuna, según protocolos o guías de atención oficiales, tanto en las cirugías electivas como en las de emergencia y en las complicaciones del acto.	SO-01, SO-03		
29. Usuaría/o que presentó una emergencia es evaluado por el especialista de manera inmediata.	UGI-11		
30. Usuaría/o están Satisfechos con todos los servicios del hospital.	CAL-01		
31. Usuaría/o que recibe los servicios de apoyo de manera oportuna y de acuerdo a normas.	UGI-09, LAB-02		
32. Usuaría/o ó pareja que recibe métodos de Planificación Familiar de acuerdo a programación y norma vigente.	GO-09, GO-11		
33. Usuaría/o tiene garantizado a través de la gestión hospitalaria la disponibilidad del recurso cama.	EST-01 al EST-04		
34. Usuaría/o recibe las medidas que garantizan una atención libre de riesgo dentro del hospital.	BIO-02, BIO-RH-02 BIO-ED-02		
35. Usuaría/o que recibe una atención oportuna y continua para restaurar la salud y evitar la muerte.	MORT-02, MORT-03, MORT-04, MORT-07, MORT-14, UGI-10		
36. Hospital con reuniones efectivas. (Se toma decisiones y se cumplen acuerdos)	UGI-02, UGI-04		
37. Hospital realiza la gestión financiera	ADM-02, ADM-03,		

C. ANALISIS DEL COORDINADOR DE LA UGI			
Productos	Indicadores	Análisis por Producto	Recomendaciones para el Director y su Consejo Consultivo.
de forma eficiente y de acuerdo a leyes y normativas vigentes.	ADM-04, ADM-05, ADM-06.		
38. Hospital con disponibilidad de médicos especialistas las 24 horas del día y resuelve el ausentismo no justificado para garantizar y asegurar la calidad en la atención.	RH-01, RH-08		
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.			

10.3.4 FORMATO PARA LAS LISTAS DE CHEQUEO DIARIA

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 B y C, 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.

INFORME DE TURNO ENFERMERIA

Hospital _____ Nombre de Enfermera Supervisora _____

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:

4. 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.
5. Tomar las decisiones oportunas basadas en la evidencia generada por las listas de chequeo.
6. 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)					
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.

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

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.

10.3.5 FORMATO PARA LA GUÍA DE RETROALIMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS E INSTANCIAS INTERMEDIAS

GUIA DE RETROALIMENTACION PARA LOS SERVICIOS E INSTANCIAS INTERMEDIAS

Servicio o Instancia Intermedia:

N°	Aspectos Revisados	Hallazgos de la Información
Recepción de la información		
1	Los resultados del tablero interno son concordantes con la ayuda memoria.	
2	Indicadores no reportados.	
Análisis de la información		
3	La ayuda memoria evidencia la discusión y el análisis (causas) por las	

	cuales el indicador no alcanzó el estándar establecido.	
4	La ayuda memoria evidencia las decisiones tomadas de intervención oportuna que contribuyen a la mejora de los indicadores con resultados bajos.	
5	La ayuda memoria evidencia los compromisos adquiridos y el responsable para su cumplimiento.	
6	La ayuda memoria evidencia las recomendaciones al director y su consejo consultivo.	
Seguimiento a Compromisos		
7		

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

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 Calidad

- Llevar a cabo reuniones con la dirección del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
- Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en la primera semana del mes a la Unidad de Gestión de la Información.
- 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 e instancias 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 e instancias.
- Apoyar a la administración del Hospital en procesos de auditoría, solicitados por la UGI.
- Apoyar a los jefes de los servicios e instancias 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 del nivel intermedio 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 e instancias.
 - 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(as) 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.
 - 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.
 - Elaborar el informe trimestral para la Unidad de Calidad del nivel intermedio.
 - Participar en las reuniones del Consejo Consultivo una vez mes según lo establecido y cuando sea necesario para lograr la efectividad de su misión.

Funciones del Comité de Mortalidad

- Llevar a cabo reuniones con la dirección del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
- Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en la primera semana del mes a la Unidad de Gestión de la Información.
- 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 el nivel intermedio 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 coordinador (a) UGI o 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 intermedio y Central.
- Participar en las reuniones del Consejo Consultivo una vez mes según lo establecido y cuando 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 Bioseguridad, Emergencias y Desastres

- Participar en las reuniones con el director (a) del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
- Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en los primeros dos días de la semana del mes a la Unidad de Gestión de la Información.
- Monitorizar los indicadores de evaluación en materia de bioseguridad y seguridad hospitalaria.
- Disponer de una base de datos actualizada con la información del Comité.
- 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.
- Gestionar el apoyo financiero con el director del hospital.
- 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 sub-comités (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 sub-comités 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 y de las prácticas de trabajo que pueden afectar a la salud de los usuarios (as) y trabajadores.
- Promover y controlar la ejecución de estudios de investigación y aplicar los resultados de los mismos.
- Diseñar e implementar capacitaciones continuas para el personal, los usuarios (as) y comunidad en general sobre Bioseguridad.
- 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.
- Identificar necesidades institucionales con el fin de desarrollar capacitaciones, actualización o implementación de nuevas tecnologías, guías y procedimientos, relacionada con el abordaje de IAAS, RH, SP y ED.
- 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 Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- 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 la Seguridad del Paciente.
- Apoyar al Sub-Comité de ED en la implementación de acciones de preparación para responder en casos de Emergencias y Desastres.
- Promover el cumplimiento de las normas sobre exámenes básicos de laboratorio y otros mecanismos de medición y control.
- Promover el cumplimiento las normas sobre profilaxis.
- 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 Departamento de Hospitales.
- Coordinar acciones con los otros comités de apoyo a la gestión.
- Participar en las reuniones del Consejo Consultivo una vez mes según lo establecido y cuando sea necesario para lograr la efectividad de su misión.

La gestión de la Bioseguridad y Seguridad Hospitalaria se realizará en función al desarrollo organizacional y los recursos humanos disponibles de acuerdo a la complejidad del hospital.

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.
- Monitorear y enviar mensualmente los resultados de los indicadores con su respectivo análisis y las recomendaciones pertinentes al Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- Enviar reporte de investigaciones y estudios epidemiológicos con las recomendaciones pertinentes al Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- 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 de incidencias de las IAAS.
- Coordinar y participar en 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.
- Promover el uso racional de los antibióticos.
- Participar en el diseño e implementación de capacitación continua para la prevención de las IAAS, para el personal de los servicios y departamentos del hospital.
- 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 y el manual de las IAAS.
- Implementar programas de prevención y control de IAAS en los diferentes servicios del hospital para aplicar medidas específicas que sean apropiadas a la situación.
- Elaborar el plan de capacitación continua para el personal los servicios e instancias 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.

- Llevar un registro sistemático de las IAAS tanto de usuarios (as) como del personal laborante en la institución.
- Elaborar informes técnicos requeridos por las autoridades superiores del establecimiento.
- Desarrollar un plan de capacitación para todo el personal en las IAAS.
- 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)

- Monitorear y enviar mensualmente los resultados de los indicadores con su respectivo análisis y las recomendaciones pertinentes al Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- 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.
- Participar en el diseño e implementación de la capacitación continua para el personal, los usuarios (as) 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 Sub-comité 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.
- Otras asignadas por el Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres relacionadas al manejo de los RH.

Actividades generales:

- Realizar 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.
- Implementar el plan de manejo de RH.
- Socializar el Plan de gestión hospitalaria de los RH, en los servicios e instancias.
- 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, usuarios (as) 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 servicios e instancias 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)

- Monitorear y enviar mensualmente los resultados de los indicadores con su respectivo análisis y las recomendaciones pertinentes al Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- Promover la implementación de un Programa para la SP en el ámbito del hospital.
- Participar en el diseño e implementación de la capacitación continua para el personal, los usuarios (as) y comunidad en general en SP.
- 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 sub-comités de IAAS, RH y ED para la implementación del programa de SP.
- 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 sub-comité.
- 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 y a la intervención 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.
- Planificar y desarrollar un proceso de reportes de eventos adversos.
- Desarrollar un plan de capacitación para todo el personal sobre seguridad del Paciente.
- Desarrollar encuestas utilizando las técnicas de entrevistas a profundidad y grupos focales sobre SP y calidad de la atención.

Funciones del Subcomité de Emergencias y Desastres (ED)

- Monitorear y enviar mensualmente los resultados de los indicadores con su respectivo análisis y las recomendaciones pertinentes al Comité de Bioseguridad, Emergencias y Desastres.
- Coordinar la evaluación del nivel de seguridad del hospital, mediante la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH).
- Participar en el diseño e implementación de la capacitación continua para el personal, los pacientes y comunidad en general ante situaciones de emergencias y Desastres.
- 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 ante el Comité de Bioseguridad Emergencias y Desastres.
- 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 mensuales para el Comité de Bioseguridad, Emergencias y 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.
- Desarrollar un plan de capacitación para todo el personal sobre 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.

Funciones del Comité de Compras

- Llevar a cabo reuniones con la dirección del hospital de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria.
- Realizar la medición en forma mensual de los indicadores de su tablero interno y elaborar la ayuda memoria con su respectivo análisis y las recomendaciones a discutir en el Consejo Consultivo, enviándolo en los primeros dos días de la segunda semana del trimestre del periodo a medir a la Unidad de Gestión de la Información.
- 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.
- Dar seguimiento al proceso de adjudicaciones de acuerdo a las recomendaciones emanadas por este comité que fueron cumplidas.

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 recibidos 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.
- Participar en las reuniones del Consejo Consultivo una vez mes según lo establecido y cuando sea necesario para lograr la efectividad de su misión.

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 realizara 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, elaborando el reporte mensual sobre los niveles de abastecimiento del hospital.



