

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTA DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA  
ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL



**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA NORMATIVA DE  
ACREDITACIÓN HOSPITALARIA PROPUESTA POR EL  
MINSAL CON NORMAS INTERNACIONALES EN  
BÚSQUEDA DE LA EXCELENCIA**

PRESENTADO POR:

**JORGE ENRIQUE ARÉVALO ROMERO**

**FERNANDO JOSÉ MEJÍA ARTIGA**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

**INGENIERO INDUSTRIAL**

CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO DE 2019

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

RECTOR:

**MSc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO**

SECRETARIO GENERAL:

**MSc. CRISTÓBAL HERNAN RÍOS BENÍTEZ**

**FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA**

DECANO:

**ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL**

SECRETARIO:

**ING. JULIO ALBERTO PORTILLO**

**ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

DIRECTOR :

**ING. MANUEL ROBERTO MONTEJO SANTOS**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA  
ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

Trabajo de Graduación previo a la opción al Grado de:

**INGENIERO INDUSTRIAL**

Título :

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA NORMATIVA DE  
ACREDITACIÓN HOSPITALARIA PROPUESTA POR EL  
MINSAL CON NORMAS INTERNACIONALES EN  
BÚSQUEDA DE LA EXCELENCIA**

Presentado por:

**JORGE ENRIQUE ARÉVALO ROMERO**

**FERNANDO JOSÉ MEJÍA ARTIGA**

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Asesor:

**ING. JEANNETTE DE POCASANGRE**

**SAN SALVADOR, AGOSTO DE 2019**

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Asesor:

**ING. JEANNETTE DE POCASANGRE**

## AGRADECIMIENTOS

No hay nada imposible para el maestro de maestros, ya que este día lo veía como un imposible, como algo que nunca iba a llegar, como un tren que piensas que nunca abordarás pero hasta hoy comprendo que los procesos no son fáciles, no tienen un tramo sencillo o cómodo, ya que la felicidad y la satisfacción estarán siempre en paralelo, pueden estar cerca pero nunca juntarse, recorrí caminos que no eran el mejor lugar para lo académico pero sin embargo me llenaron de felicidad y me hicieron sentir que el mundo es para gozarlo y no pensar en el mañana, a ese sentimiento le llame felicidad mucho tiempo, hasta que me di cuenta que no me sentía satisfecho con lo que estaba haciendo con mi vida y tenía que encontrar un equilibrio entre la satisfacción y la felicidad, ese pensamiento se lo atribuyo a mi gran consejero **Dios** que me hizo sentir que la ley de los humanos no es la ley por la cual él te califica como bueno o malo, todo está en la mente y cuando por fin Dios me ayudo a vencer mi mente comencé a probar el sabor de la satisfacción, a entender que los logros se disfrutan más cuando te esfuerzas y superas tus límites.

El ejemplo de mi vida es mi Madre **Sandra Margarita Romero** a la cual le he dado más tristezas que alegrías, una persona que luchó día con día a mi lado, levantándose de madrugada a preparar panes con huevo, con frijoles, por cierto los mejores panes de mi vida, tenían un sabor único que me llenaba de aliento, ánimo y empuje a toda situación, llegaba de noche y ahí estaba mi viejita esperándome con una linda cena, para poder platicar de cómo había estado mi día, mi mejor amiga se levantaba y se dormía al ritmo de un estudiante, en las desveladas estaba preparando un café u otra cosa que me levantara el ánimo, sin duda mi madre la razón por la cual mi ambición creció enormemente, no fui el mejor hijo estuve lejos de ser uno bueno pero sin duda mi conciencia noche tras noche, reflexionaba y sabía que un día podría devolverle tanto de lo que me dio, sabiendo que la vida no la devuelve nada y ella me dio su tiempo de vida, algo que en la tienda no lo puedes encontrar, hasta aquí llegamos juntos y este éxito es para ella... desde un comienzo tuve una tía **Betty Romero** que soñó a mi lado, era mi segunda madre, una persona que no pudo estudiar y realizaba un sueño a través de mi persona, entonces comprendí que mi sueño se había convertido en el sueño de ellas dos, mi madre y mi tía, ellas eran felices con mi satisfacción, con los buenos resultados, fueron el pilar que me sostuvo cuando solo quería rendirme, las mayores responsables de que hoy este escribiendo esto son ellas, gracias madres por nunca dejarme rendir.

Sin olvidar a mi padre **Jorge Arevalo** que ha estado conmigo desde siempre, que desde el cielo intercedió en cosas que nunca podría explicar, simplemente era él desde el cielo que cuidaba a su cachorro, gracias por traerme al mundo viejo.

Ser un hijo de la Minerva tiene su costo, los encargados de mostrarte ese valor deben luchar contra una infinidad de situaciones que los estudiantes muchas veces creemos que por cumplir una tarea o un proyecto ya está hecho todo, muchas cosas que aprendí nunca las olvidare pues puedo ir a un libro y fácilmente recordarlas, pero las lecciones que algunos catedráticos dejaron en mí fueron invaluable, al final somos el reflejo de ellos, algo que pulieron y pulieron, agradezco mayormente a 5 catedráticos que marcaron mi vida universitaria y me hicieron sentir que querían un bien para mi persona, el primero el Ing. **Julio** de mate I que me enseñó que iba a pasar triste toda mi carrera universitaria ya que si no estaba dispuesto a caer y levantarme que mejor buscara otro lugar, el Ing. **Rafael Rodríguez** que me mostro que por muy duro que sea, es alguien que sabe reconocer el esfuerzo y la entrega, el Ing. **Mario Fernández** quien me mostro que la educación no es solo cumplir una tarea sino crecer como ser humano, el Ing. **Rene Monge** quien me mostro

valores como la paciencia y la solidaridad, la Ing. **Sonia García** a quien le agradezco muchísimo pues me ayudo a vencer miedos y controlar emociones y convertirlas en algo positivo.

Los malos y buenos momentos no hubieran sido lo mismo si no hubiera estado rodeado de personas leales y honestas, agradezco a los amigos que me dejo la Universidad, Fernando y Beto que me brindaron buenos consejos y grandes momentos, al **Monkey Alex** con el cual siempre compartimos la perspectiva de la vida, a Cesar, Vladi, Sensei, Chiqui, Robertillo y otro montón más, sumando en este espacio al Ing. **Roberto Rodas** que fue primero un amigo y luego el encargado de nosotros.

Finalmente agradezco a mi asesor que fue la única persona que me brindo un cariño especial desde el primer día que recibí clases con ella la Ing. **Jeannette de Pocasangre**, fue la única persona que me motivaba siempre a participar a dejar el miedo atrás, a saber que no está mal equivocarse, a comprender que en el mundo siempre habrá alguien bueno, su formación y amistad me las llevare el resto de mi vida, gracias por tanto.

**Jorge Enrique Arévalo Romero**

Primeramente, a Dios, por regalarme la vida y permitirme llegar a este punto, y haberme dado la oportunidad de cumplir ésta meta. A la Virgencita auxiliadora por siempre presentarse en mi vida para brindarme su manto y cuidado desde que la conozco, gracias por tus bendiciones.

A mi Madre Alba Patricia Artiga de Mejía por todo lo que hizo por mí y encaminarme a este gran logro que es de ambos, se logró mama y seguiré adelante! Gracias por todo lo que hiciste por mí y el amor con el que criaste amada madre y por el impulso para entrar a este camino, a inscribir en la universidad de el salvador, a inscribir en esta carrera y a apoyarme con todas tus fuerzas hasta el final. Gracias mamá.

A mi Padre Francisco Fernando Mejía Salazar por su apoyo y consejos durante toda mi carrera que ha sido vital para conseguir esta meta. Gracias por tu comprensión y ayudarme en los momentos más difíciles. A mi querida Hermano, que siempre ha estado para ayudar en lo que se pueda y cuando se pueda, he aprendido mucho de ti. Gracias de igual manera el apoyo de toda mi familia quienes de una u otra forma siempre estuvieron pendientes de mi formación y me mostraron su apoyo incondicional cada uno en un momento crucial de la carrera, esfuerzos que nunca olvidare.

A mi compañero de Tesis, Jorge Enrique Arévalo Romero con el que emprendimos esta última etapa de la carrera y el camino que es la vida nos llevó por muchos obstáculos y con creatividad y lo aprendido durante la carrera pudimos realizar este proyecto de gran envergadura y profundidad en un tema que al inicio era nuevo, como lo es el tema de salud. Llevo conmigo muchas experiencias y consejos que espero sirvan para proyectos futuros y para la vida misma. A todos los Catedráticos de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura por haber compartido su conocimiento y experiencia que han servido de base para desenvolverme en la vida y será un pilar fundamental en esta nueva etapa al haber culminado los estudios de la carrera de ing. Industrial y ahora toca ejercer los aprendido en el mundo.

A todos mis compañeros y compañeras que he conocido a lo largo de todo mi tiempo en la universidad, donde aprendido mucho de la vida, de la carrera, del trabajo, etc. Que me han formado lo que soy ahora. He tenido la dicha de conocer y hacerme amigo de muchas personas y más de una de esas veces he aprendido y me han dado lecciones con su amistad, con su apoyo y a veces con pequeño que sea me han salvado de una o otra manera de un apuro o algo peor. he podido aprender de ellos una que otra cosa, y me siento muy agradecido con la universidad por haberme acogido y haberme puesto en el camino de mis amigos de darme la oportunidad de conocerlos y ver como cada uno evoluciona en la vida y como ellos me alegra haber compartido con ellos esta gran etapa de la vida.

Finalmente, a nuestra querida asesora, la Ing. Jeannette de Pocasangre quien nos otorgó su tiempo, conocimiento, sabiduría, experiencia, paciencia y supo guiarnos en el proceso para la culminación de este trabajo, Gracias por su comprensión, consejos y seguimiento hasta la meta. A mi amada "Andy" Andrea María Murcia Vaquerano, quien en esta última etapa de la carrera ha sido de gran apoyo incondicional que me brindó en esta etapa universitaria, y ante toda adversidad de la vida a sabido impulsarme a dar más y poder llegar a esta meta. Soy un hombre verdaderamente afortunado. Gracias por amarme de la manera que lo haces mi pequeña koala

***Fernando José Mejía Artiga***

## **RESUMEN EJECUTIVO DE RESULTADOS**

### 1. Nombre del proyecto

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA NORMATIVA DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIA PROPUESTA POR EL MINSAL CON NORMAS INTERNACIONALES EN BUSQUEDA DE LA EXCELENCIA

### 2. Contraparte

MINISTERIO DE SALUD, HOSPITALES DE TERCER NIVEL

### 3. Razones prioritarias del proyecto

<b>Entidad</b>	<b>Prioridad</b>
<b>Institución</b>	El MINSAL tienen como prioridad la salud de la población específicamente los pacientes que necesiten de los servicios de especialidad que se brindan en los hospitales de tercer nivel

### 4. Desarrollo proyecto

<b>CRONOLOGIA DE USO DE LA PLATAFORMA</b>			
Objetivo del proyecto	Personal calificado	Políticas y estrategias	Desarrollo del uso de la plataforma

La línea de tiempo que observamos, es justamente los pasos elementales para el uso de la plataforma; establecimiento de objetivos claros, el personal con el conocimiento necesario que se guie por las políticas y estrategias.

### 5. Productos técnicos

<b>Denominación</b>	<b>Mérito</b>
<b>Eficiencia</b>	Logro de metas médicas y administrativas
<b>Eficacia</b>	Logro de metas con el mejor aprovechamiento de los recursos
<b>Efectividad</b>	Crecimiento de la capacidad de logro de objetivos
<b>Productividad</b>	Lograr medir la eficiencia de cada factor o componente

### 6. Beneficios para el usuario interno

<b>Beneficio</b>	<b>Alcance</b>
<b>Aumento de la cobertura</b>	Lograr incrementar el número de personas que tengan acceso y uso de las instituciones(pacientes III nivel)
<b>Agilización de procesos</b>	Lograr disminuir tiempos de espera
<b>Aumento de usuarios rehabilitados</b>	Lograr incrementar el porcentaje de usuarios atendidos que pertenezcan al tercer nivel



## 7. Enfoques del trabajo

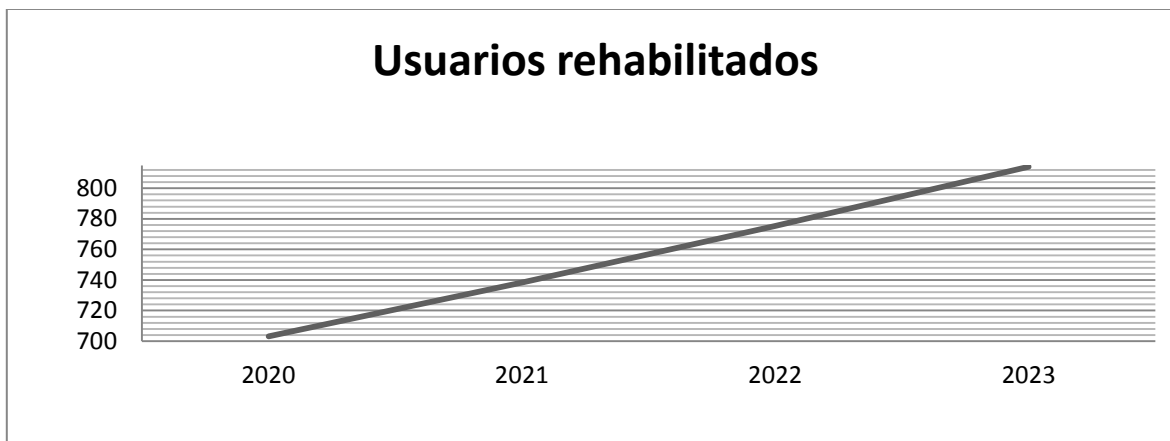
<b>Enfoque</b>	<b>Definición</b>
<b>Alineación</b>	Lograr corregir la planeación, en la manera que sea más claro lo que se desea lograr.
<b>Perspectiva visión y misión</b>	Lograr un cumplimiento aceptable de la visión y misión de la institución
<b>Enfoque humano</b>	Lograr un equilibrio de tareas de profesionales, administrativos y operarios
<b>Ajustes de resultados en comparación con el tiempo</b>	Lograr un ciclo que favorezca la mejora continua

## 8. Involucrados

<b>Actores</b>	<b>Interés o motivación</b>	<b>Problemas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Rol o posición</b>
<b>Población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar tasa de atención</li> <li>• Agilización en tiempos de espera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mezcla de pacientes I,II y III nivel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano</li> <li>• Tiempo de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiario</li> </ul>
<b>MINSAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolución normativa</li> <li>• Alto control administrativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de aplicación de normas</li> <li>• Bajo control de áreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación a la medida</li> <li>• Estrategias administrativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesado</li> </ul>
<b>Hospitales tercer nivel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptación normativa</li> <li>• Aprovechamiento de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca oportunidad de observación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura</li> <li>• Recurso humano</li> <li>• Recurso medicinal</li> <li>• Tecnología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesado</li> </ul>
<b>Gobierno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento en el campo de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo inadecuado de las instituciones de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo financiero</li> <li>• Planificación a la medida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliado</li> </ul>
<b>Personal Medico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento de rendimiento</li> <li>• Estabilidad laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturación laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano</li> <li>• Conocimientos especializados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliado</li> </ul>
<b>Personal administrativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control seccionado por niveles</li> <li>• Visualización de puntos críticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad administrativa</li> <li>• Baja identificación de procesos fallidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano</li> <li>• Estrategias objetivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliado</li> </ul>
<b>Personal operativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtención de resultados claros y significativos</li> <li>• Visualización de procesos erróneos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistencia al cambio</li> <li>• Poca claridad en las funciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano</li> <li>• Plataforma normativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliado</li> </ul>

### 9. Proporción de crecimiento de usuarios rehabilitados

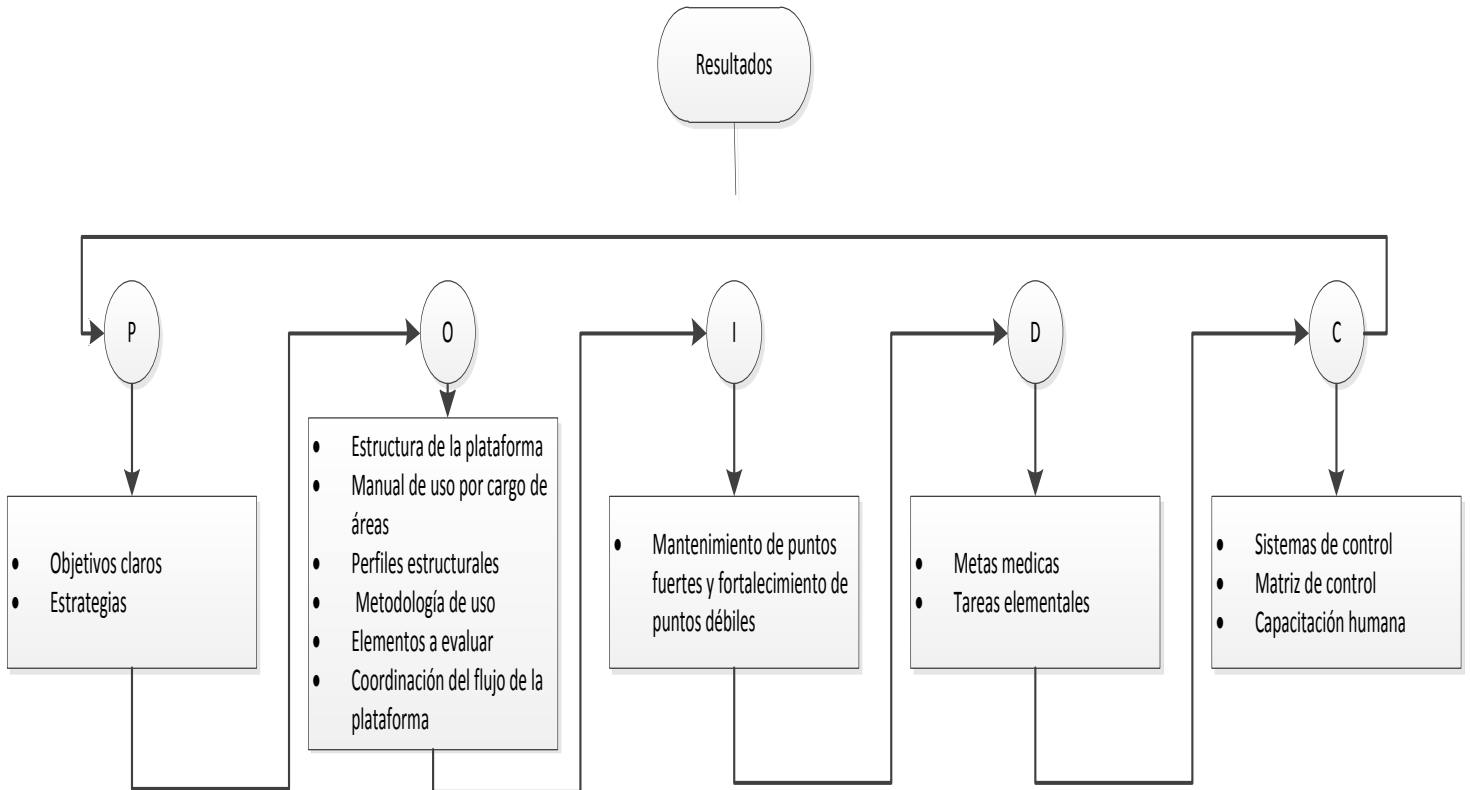
Se espera lograr un crecimiento del 5% de usuarios que necesiten atención especializada, es decir que pertenezcan al tercer nivel.



### 10. Indicadores de interés (beneficios)

Áreas generales	Indicadores Representativos
<b>Consulta Externa</b>	-Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos, -Programa de atención a los malos tratos -Indicador de consulta externa -Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados
<b>Emergencia</b>	-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados - Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas --Existe un protocolo para la identificación de pacientes
<b>Hospitalización</b>	-Existe un protocolo para la identificación de pacientes -Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras, -Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.
<b>Sala de operaciones</b>	-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes -Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando -Monitorización de procesos,
<b>Unidad de Cuidados Intensivos</b>	-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos -Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados -Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados

## 11. Flujo de actividad



## 12. Coordinación de aprobación

### Objetivo del proyecto

Llevar a cabo la implementación de la herramienta de control por parte de las autoridades de la unidad de coordinación de hospitales nacionales de MINSAL en las áreas generales de los tres hospitales en evaluación, para lograr establecer las brechas y su posterior ajuste de indicadores.

Lineamientos para la implementación de plataforma de control.

Lineamientos para la implementación de plataforma de control.

<b>ENTREGABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Creación de software</b>	<p>Una vez aceptado el proyecto por los altos mandos del MINSAL se tendrá que preparar una licitación para recibir ofertas de la creación el software de control que cumpla con todos los requisitos que exige el MINSAL.</p> <p>También abarca el tiempo después que haya sido efectuada la publicación de la convocatoria respectiva, donde todos los interesados podrán presentar sus ofertas.</p> <p>En la licitación pública pueden hacerlo todas las personas que no tengan impedimentos de tipo legal para realizar el suministro, obra o servicio licitado, y que satisfaga los requerimientos de la convocatoria y de las bases respectivas.</p>	<p>1-Licitacion Publica 2-Propuesta 3-Ofertas 4-Selección de oferta 5-Recepcion de software</p>
<b>Nivel de tecnología</b>	<p>Para poder implementar la herramienta de control en el MINSAL se requiere realizar la creación de usuarios del software de control , la autoevaluación que se aplicaran las áreas generales y la solicitud para la realización de las evaluación por las autoridades de auditoria interna donde se evaluara el nivel de estándar y presentación de resultados.</p>	<p>1- Manejo del software a la medida 2-Evaluacion 3-Examinar</p>
<b>Capacitación de Personal</b>	<p>Este entregable involucra la preparación del personal que implementara la herramienta de control y todo el personal encargado de entregar los documentos e información pertinente para la realización correcta del control.</p>	<p>1- Desarrollo de personal</p>
<b>Sistema de información</b>	<p>Este entregable involucra la implementación del sistema de información, que ayuda a mejorar las comunicaciones y profundizar en los encargados de cada área en el objetivo de brindar el servicio al cliente o paciente con la mejor calidad posible.</p>	<p>1- Implementación del SIG con usuarios 2-seguimiento de SIG</p>
<b>Puesta en marcha</b>	<p>En este apartado se realizan las respectivas gestiones y evaluaciones de la implementación y la entrega de la plataforma ya en funcionamiento a las autoridades respectivas del MINSAL</p>	<p>1- Resultados finales 2- Realización de balance de gastos 3-Gestion de riesgos 4- Entrega de plataforma</p>

## Políticas Y Estrategias

### Políticas generales

- El compromiso de la fiabilidad de los resultados
- El compromiso de brindar atención de calidad
- Implementación de sistemas de mejora continua

Las acciones que nos ayudaran a seguir las líneas generales son básicamente tres:

- Evaluación continua
- Formación de recurso humano
- Divulgación de avance

### Actividades por paquetes de trabajo

<b>Creación del software</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>A. Licitación</b>	<p>Una vez aceptado el proyecto por los altos del MINSAL se tendrá que preparar una licitación para recibir ofertas de la creación el software de control que cumpla con todos los requisitos que exige el MINSAL.</p> <p>La licitación Pública es un procedimiento administrativo de preparación de la voluntad contractual, por el que un ente público en este caso el MINSAL en ejercicio de la función administrativa invita a los interesados para que, sujetándose a las bases fijadas en el pliego de condiciones, formulen propuestas de entre las cuales seleccionara la más conveniente.</p>
<b>B. Propuestas</b>	<p>Este es el plazo que se les brinda a los licitadores que son todas las persona física o jurídica que quiera participar la licitación y que puedan estudiar la obra y servicio licitado que exige el MINSAL, para que pueda redactar su oferta que es presentado en un lugar y día indicado.</p> <p>La creación de las ofertas es un proceso que puede ser ya sea desorganizado y caótico, o por el contrario, ordenado y sistemático. ¡La redacción de una propuesta es una empresa demoníacamente compleja! Y es porque, entre otras cosas, es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Expresar cómo se soluciona la necesidad del cliente, a la vez que se debe demostrar que tal solución supera de manera significativa los planteamientos de la competencia.</li> <li>-Limitar en ocasiones la extensión de la presentación, ya sea en cantidad de páginas o de palabras.</li> <li>-Abordar un tema de gran complejidad técnica.</li> <li>-A veces, hay que reparar la propuesta en una reducida disponibilidad de tiempo.</li> </ul>
<b>C. Ofertas</b>	<p>Se refiere a la respuesta del Licitante a la Invitación a Licitación, e incluirá el Formulario de Presentación de la Oferta, el Formulario de Oferta Técnica, el Formulario de Oferta Económica y toda otra documentación pertinente que se requiera en los términos de referencia</p>
<b>D. Selección de oferta</b>	<p>Después de recibir y evaluar las oferta, se evaluarán en los aspectos técnicos y económicos para su posterior calificación y seleccionar a la oferta que brindara mayor beneficio al MINSAL con la creación del Software</p>
<b>E. Recepción de Software</b>	<p>Es la entrega del software a la medida que cumpla con todos los requerimientos que el MINSAL haya expuesto.</p>

<b>Manejo de usuarios del software</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>F. Manejo del software</b>	Para que cada usuario con el nivel jerárquico mínimo pueda acceder al programa y sus resultados. También para que el personal encargado de implementar la plataforma pueda realizar las actividades y procesos que le corresponden en sus funciones de trabajo, es necesario que cuenten con un “usuario” y una contraseña para poder acceder al sistema. El administrador del sistema será el encargado de crear los perfiles para cada encargado de la evaluación en cada área general de los tres hospitales de tercer nivel. Este encargado será elegido por la Unidad de Dirección del Tercer nivel del MINSAL
<b>G. Autodiagnóstico</b>	En esta actividad se le pedirá una autodiagnóstico a cada área en la que utilizara la herramienta, esto permitirá que cada jefe pueda detectar ineficiencias e identificar los puntos que requieren mejoras. Esto permitirá a cada jefe de área conocer sus carencias o faltantes en los diversos servicios que brinda.
<b>H. Solicitar evaluación</b>	Después de obtener los resultados de esta actividad se tendrá una situación inicial donde se podrá solicitar la evaluación a las autoridades, donde la junta directiva compuesta por la unidad de dirección de hospitales pueda trabajar para la generación de estrategias que encaminen el servicio a la excelencia.

<b>Evaluación</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>I. Establecer nueva situación actual</b>	<p>Para cumplir esta actividad se realiza la evaluación correspondiente en el área en estudio por el encargado de auditoria interna, teniendo como base los resultados generados por la autoevaluación que se realizó con anterioridad.</p> <p>Esto permitirá conocer con mayor precisión la situación actual de la empresa. Y se podrá tener un claro entendimiento del entorno de actuación que se debe de tener en el área en evaluación. Dando como resultado un informe de evaluación de resultados.</p>
<b>J. Nuevas metas</b>	Después de la realización de la evaluación, se tiene la información necesaria para poder visualizar la brecha que se tiene en la comparación de la situación actual a la situación esperada, que se quiere alcanzar en el estudio, se tendrá la creación de nuevas metas para que se pueda alcanzar la situación esperada en las áreas de estudio.
<b>K. Ajuste de estándares</b>	Después de la generación de nuevas metas se establecen los métodos adecuados que permitan el cumplimiento y superación de expectativas esperadas para la reducción de la brecha entre la situación actual y la situación propuesta.

<b>Examinar</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>L. Programar control semanal con reuniones de jefaturas</b>	Esta reunión semanal será para identificar problemas ocurridos sobre el uso de los manuales y la herramienta.
<b>M. Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados</b>	Esta reunión mensual será para determinar el funcionamiento general de los manuales a través de los resultados obtenidos.

<b>Implementación del SIG</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>N. Definir el uso y participantes del SIG</b>	En esta actividad la Unidad de dirección de tercer nivel del MINSAL deberá definir quiénes serán los que usen el SIG y la metodología del mismo.
<b>O. Programar reunión para entrega del SIG</b>	La Unidad de dirección de tercer nivel del MINSAL enviará la invitación de carácter obligatorio a todas las jefaturas vía correo sobre la implementación del SIG.
<b>P. Llevar a cabo reunión de implementación</b>	En esta reunión la Unidad de dirección de tercer nivel del MINSAL explicará el uso y la metodología del SIG a los participantes.

<b>Seguimiento del SIG</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>Q. Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas</b>	Esta reunión semanal será para identificar problemas ocurridos sobre el uso del manual y actividades del sistema de información.
<b>R. Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados</b>	Esta reunión mensual será para determinar el funcionamiento general del sistema de información gerencial.

<b>Desarrollo de personal sobre plataforma</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>S. Invitar al personal correspondiente</b>	La Unidad de dirección de tercer nivel del MINSAL será quien envíe los correos de invitación al personal que recibirá la capacitación. El tiempo estimado de la capacitación deberá ser máximo 3 horas.
<b>T. Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes</b>	Todos los participantes de la capacitación deberán recibir los manuales y material de apoyo correspondiente a la capacitación que recibirán, estos deberán de ser entregados por el personal que estará encargado de las capacitaciones.

<b>U. Control de capacitación</b>	Todos los participantes de la capacitación deberán participar en la evaluación efectiva de la capacitación en cuanto a su impacto en los resultados globales proyectados por el MINSAL.
-----------------------------------	---

<b>Puesta en marcha</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>V. Resultados finales</b>	Esta actividad consiste en documentar de manera sistemática todo lo realizado a la fecha de entrega realizando un enfoque comparativo respecto a lo planificado previamente.
<b>W. Realización de balance de gastos</b>	En esta actividad se hará un reporte, donde se proporcionarán los datos financieros en forma de balance respecto a cierre del proyecto. Se calcularán las desviaciones con respecto a la estimación del presupuesto del proyecto.  El documento económico en forma de informe, resumirá los datos contables más significativos del proyecto, permitiendo así que una persona ajena al mismo pueda hacerse una idea del panorama general del mismo.
<b>X. Gestión de Riesgos</b>	La gestión de riesgos es un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza, a través de una secuencia de actividades humanas que incluyen la identificación, el análisis y la evaluación de riesgo, para luego establecer las estrategias para su tratamiento, utilizando recursos gerenciales.
<b>Y. Entrega de la plataforma</b>	Esta actividad consiste en la respectiva entrega de la plataforma seccionada por niveles ya en funciones, finalizando así el proyecto.

#### Matriz de precedencia

<b>PAQUETE DE TRABAJO</b>	<b>DE</b>	<b>COD</b>	<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>PRECEDENCIA</b>
Creación software	del	A	Licitación	-
		B	Propuestas	A
		C	Ofertas	B
		D	Selección de oferta	C
		E	Recepción de Software	D
Manejo usuarios software	de del	F	Crear usuarios necesarios para la utilización del software	E
		G	Autodiagnóstico	F
		H	Solicitar evaluación	G,U
Evaluación		I	Establecer nueva situación actual	H
		J	Nuevas Metas	I
		K	Ajustes de estándares	J,M,R
Examinar		L	Programar control semanal con reuniones de jefaturas	G,U
		M	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	L
Implementación del SIG		N	Definir el uso y participantes del SIG	F
		O	Programar reunión para entrega del SIG	N
		P	Llevar a cabo reunión de implementación	O
Seguimiento del SIG	del	Q	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	P
		R	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Q

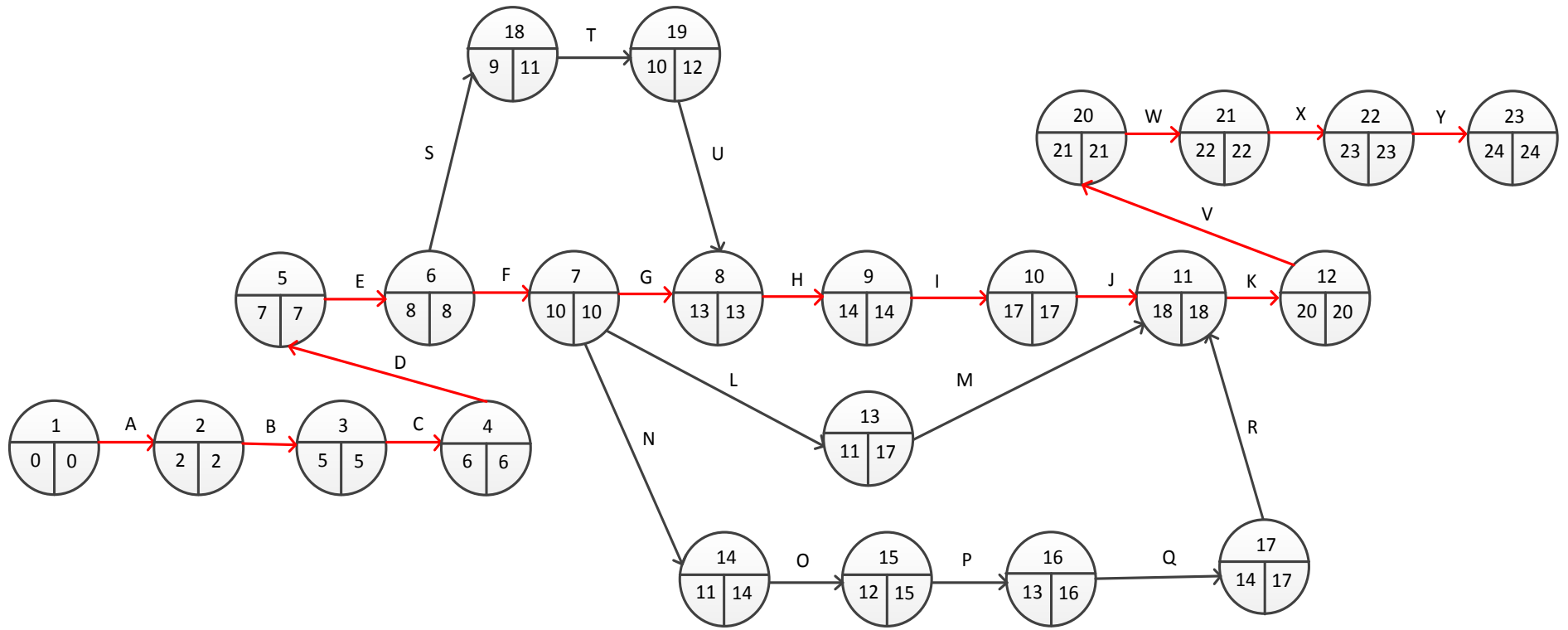


Desarrollo de personal sobre plataforma	S	Invitar al personal correspondiente	.
	T	Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	S
	U	Control de capacitación	T
Puesta en marcha	V	Resultados finales	K
	W	Realización De Balance De Gastos	V
	X	Gestión de riesgos	W
	Y	Entrega de la plataforma	X

Desglose de costo por paquete de trabajo para la implementación

Paquete de trabajo	Actividad	Desglose de costo
<b>Creación del software</b>	Licitación publica	\$14,188.20
	Propuesta	\$19,476.39
	Ofertas	\$792.13
	Selección de oferta	\$2,867.13
	Recepción de software	\$8,435.11
<b>Manejo de usuarios del software</b>	Crear usuarios necesarios para la utilización del software	\$9,065.11
	Autodiagnóstico	\$4,935.11
	Solicitar evaluación	\$396.07
<b>Evaluación</b>	Establecer nueva situación actual	\$18,882.29
	Nuevas Metas	\$792.13
	Ajustes de estándares	\$19,080.33
<b>Seguimiento</b>	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	\$264.04
	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	\$4,605.05
<b>Implementación del SIG</b>	Definir el uso y participantes del SIG	\$264.04
	Programar reunión para entrega del SIG	\$4,605.05
	Llevar a cabo reunión de implementación	\$4,671.07
<b>Seguimiento del SIG</b>	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	\$396.07
	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	\$594.10
<b>Desarrollo de personal sobre plataforma</b>	Invitar al personal correspondiente	\$6,228.09
	Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	\$948.07
	Control de auditoria	\$2,064.04
<b>Puesta en marcha</b>	Resultados finales	\$792.13
	Realización De Balance De Gastos	\$792.13
	Gestión de riesgos	\$792.13
	Entrega de la plataforma	\$17,892.13
<b>Sub Total</b>		\$143818.12
<b>Imprevisto</b>		\$6,240.35
<b>Total</b>		\$150,058.47

# Red global del proyecto



## Gantt del Proyecto

### Cronograma de actividades de la implementación

N°	Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización
	Tiempo de implantación	Semana 1	Semana 24
<b>Creación del software</b>			
A	Licitación	Semana 1	Semana 2
B	Propuestas	Semana 2	Semana 5
C	Ofertas	Semana 5	Semana 6
D	Selección de oferta	Semana 6	Semana 7
E	Recepción de Software	Semana 7	Semana 8
<b>Manejo de usuarios del software</b>			
F	Crear usuarios necesarios para la utilización del software	Semana 8	Semana 10
G	Autodiagnóstico	Semana 10	Semana 13
H	Solicitar evaluación	Semana 13	Semana 14
<b>Evaluación</b>			
I	Establecer nueva situación actual	Semana 14	Semana 17
J	Nuevas Metas	Semana 17	Semana 18
K	Ajustes de estándares	Semana 18	Semana 20
<b>Seguimiento</b>			
L	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 10	Semana 11
M	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 11	Semana 12
<b>Implementación del SIG</b>			
N	Definir el uso y participantes del SIG	Semana 10	Semana 11
O	Programar reunión para entrega del SIG	Semana 11	Semana 12
P	Llevar a cabo reunión de implementación	Semana 12	Semana 13
<b>Seguimiento del SIG</b>			
Q	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 13	Semana 14
R	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 14	Semana 15
<b>Desarrollo de personal sobre plataforma</b>			
S	Invitar al personal correspondiente	Semana 8	Semana 9
T	Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	Semana 9	Semana 10
U	Control de auditoria	Semana 10	Semana 11
<b>Puesta en marcha</b>			
V	Resultados finales	Semana 20	Semana 21
W	Realización De Balance De Gastos	Semana 21	Semana 22
X	Gestión de riesgos	Semana 22	Semana 23
Y	Entrega de la plataforma	Semana 23	Semana 24

Para una mejor visualización del cronograma se incluye a continuación un diagrama Gantt.

### Diagrama Gantt de cronograma de actividades de la implementación

N°	Actividad	I	F																												
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2		
	Tiempo de implantación	1	24	[Yellow bar]																											
<b>Creación del software</b>																															
A	Licitación	1	2	[Yellow bar]																											
B	Propuestas	2	5	[Yellow bar]																											
C	Ofertas	5	6	[Yellow bar]																											
D	Selección de oferta	6	7	[Yellow bar]																											
E	Recepción de Software	7	8	[Yellow bar]																											
<b>Manejo de usuarios del software</b>																															
F	Crear usuarios necesarios para la utilización del software	8	10	[Yellow bar]																											
G	Autodiagnóstico	10	13	[Yellow bar]																											
H	Solicitar evaluación	13	14	[Yellow bar]																											
<b>Evaluación</b>																															
I	Establecer nueva situación actual	14	17	[Yellow bar]																											
J	Nuevas Metas	17	18	[Yellow bar]																											
K	Ajustes de estándares	18	20	[Yellow bar]																											
<b>Seguimiento</b>																															
L	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	10	11	[Yellow bar]																											
M	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	11	12	[Yellow bar]																											
<b>Implementación del SIG</b>																															
N	Definir el uso y participantes del SIG	10	11	[Yellow bar]																											
O	Programar reunión para entrega del SIG	11	12	[Yellow bar]																											
P	Llevar a cabo reunión de implementación	12	13	[Yellow bar]																											
<b>Seguimiento del SIG</b>																															
Q	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	13	14	[Yellow bar]																											
R	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	14	15	[Yellow bar]																											
<b>Desarrollo de personal sobre plataforma</b>																															
S	Invitar al personal correspondiente	8	9	[Yellow bar]																											
T	Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	9	10	[Yellow bar]																											
U	Control de auditoria	10	11	[Yellow bar]																											
<b>Puesta en marcha</b>																															
V	Resultados finales	20	21	[Yellow bar]																											
W	Realización De Balance De Gastos	21	22	[Yellow bar]																											
X	Gestión de riesgos	22	23	[Yellow bar]																											
Y	Entrega de la plataforma	23	24	[Yellow bar]																											

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>i</b>
<b>OBJETIVOS DEL PROYECTO</b> .....	<b>1</b>
Objetivo general .....	1
Objetivos específicos .....	1
<b>ALCANCE Y LIMITACIONES</b> .....	<b>2</b>
Alcances .....	2
Limitaciones .....	2
<b>IMPORTANCIA Y JUSTIFICACION</b> .....	<b>3</b>
Importancia.....	3
Justificación.....	3
<b>CAPITULO I: GENERALIDADES</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>5</b>
1.1.1. Calidad .....	5
1.1.2. Evolución histórica de la calidad.....	6
1.1.3. Planificación de la calidad.....	7
1.1.4. Variedades de las necesidades de los clientes .....	8
1.1.4.1. Organización sistemática de las necesidades .....	8
1.1.4.2. La pirámide de las necesidades .....	8
1.1.5. Infraestructura de la calidad .....	10
1.1.6. La Normalización.....	11
1.1.6.1. REQUISITOS GENERALES DE NORMALIZACIÓN .....	12
1.1.6.2. OBJETIVOS DE LA NORMALIZACIÓN .....	13
1.1.6.3. VENTAJAS DE LA NORMALIZACIÓN .....	13
1.1.6.4. NIVEL DE NORMALIZACIÓN .....	15
1.1.7. Norma Técnica .....	15
1.1.7.1. OBJETIVO DE LA NORMA TÉCNICA.....	15
1.1.7.2. BENEFICIOS DE LAS NORMAS TÉCNICAS.....	15
1.1.7.3. CARÁCTER DE LAS NORMAS TÉCNICAS.....	15
1.1.7.4. TIPOS DE NORMAS TÉCNICAS .....	16
1.1.8. Importancia de la normalización en Salud.....	17
1.1.8.1. EL GOBIERNO DE EL SALVADOR EN EL CUIDO DE LA SALUD .....	17
1.1.8.2. EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL .....	17
1.1.9. Importancia de una infraestructura de la Calidad .....	18
1.1.9.1. ¿Por qué una infraestructura nacional de la calidad? .....	18
1.1.9.2. ¿Qué es una infraestructura de la calidad? .....	19
1.1.9.3. Desafíos del libre comercio y la globalización .....	20
1.1.9.4. Innovación y competitividad.....	21
1.1.9.5. Acceso a los mercados internacionales y conservación de los mercados domésticos.....	22

1.1.9.6. Protección al consumidor (salud, seguridad, ambiente).....	23
1.1.9.7. Asistencia a los reguladores y mediadores para el cumplimiento de sus funciones .....	23
1.1.9.8. Apoyo al desarrollo económico.....	24
1.1.9.9. Apoyo a la integración regional .....	25
1.1.9.10. Infraestructura de la calidad – resumen y contexto.....	25
1.1.9.11. Componentes de una IC.....	27
1.1.9.12. Interrelaciones entre los componentes IC.....	29
1.1.9.13. Integración internacional .....	30
1.1.10. Metrología, Normalización y Evaluación de la conformidad .....	30
1.1.10.1. Los bloques fundamentales.....	30
1.1.10.2. Metrología .....	32
1.1.10.3. Un mejor vistazo a las normas .....	33
1.1.10.4. Normas “formales” (consenso absoluto) e “informales” (menor consenso).....	35
1.1.10.5. Una norma formal o de consenso absoluto .....	35
1.1.11. Sistemas integrados de gestión de la calidad .....	37
1.1.11.1. Sistemas integrados de gestión.....	37
1.1.11.2. Estándares para sistemas de gestión.....	38
1.1.11.3. La integración de sistemas de gestión basados en estándares internacionales .....	39
1.1.11.4. Estructura de los Sistemas Integrados .....	39
1.1.11.5. La integración de sistemas de gestión: ventajas.....	40
1.1.11.6. La integración de sistemas de gestión: dificultades .....	40
<b>1.2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO.....</b>	<b>42</b>
1.2.1. Constitución política de El Salvador.....	42
1.2.2. Artículos de la constitución de la república.....	49
1.2.3. Tratados Internacionales .....	50
1.2.4. Leyes orgánicas .....	53
1.2.5. Reglamentos .....	56
1.2.6. Decretos.....	58
1.2.7. Resoluciones .....	58
1.2.8. Antecedentes del sector salud.....	59
1.2.8. Estructura del sector salud .....	62
1.2.9. Sector hospitalario .....	63
<b>1.3. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>65</b>
1.3.1. Calidad .....	65
1.3.1.1. Evolución histórica de la calidad.....	65
1.3.2. Salud.....	66
1.3.3. Calidad en Salud.....	66
1.3.4. Prioridades relacionadas a la calidad.....	66

1.3.5. Estrategias de la calidad.....	67
1.3.6. Control y gestión de la calidad.....	68
1.3.7. Gestión de la calidad.....	68
1.3.8. Gestión pública de la calidad .....	69
1.3.9. Atención hospitalaria.....	70
1.3.10. Norma .....	70
1.3.11. Norma Técnica .....	70
1.3.12. Acreditación .....	70
<b>1.4. MARCO CONTEXTUAL .....</b>	<b>71</b>
1.4.1. Historia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSAL).....	71
1.4.2. Carta iberoamericana de calidad en la gestión pública.....	74
1.4.2.1. Objetivos de la Carta Iberoamericana .....	74
1.4.2.2. Autoevaluación.....	75
1.4.2.3. Propósito de la autoevaluación.....	76
1.4.3. Organización .....	76
1.4.3.1. Premisas en relación a la calidad .....	76
1.4.3.2. Líneas de acción .....	77
1.4.4. Estructura Organizativa .....	78
1.4.5. Filosofía institucional .....	79
1.4.6. Categorías hospitalarias.....	80
1.4.6.1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS .....	80
1.4.7. Estructura y evaluación.....	83
1.4.8. Descripción de prestación de servicios de hospitales de tercer nivel .....	88
1.4.9. Características de Organización y Funcionamiento de hospitales tercer nivel .....	90
1.4.9.1. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.....	90
1.4.9.2. Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez".....	96
1.4.9.3. Hospital Nacional Rosales.....	101
1.4.10. Plan Estratégico del MINSAL.....	104
1.4.10.1. Marco de referencia institucional para la formulación del PEI.....	105
1.4.10.2. El Plan Quinquenal de Desarrollo del Gobierno 2014-2019.....	105
1.4.10.3. La Reforma de Salud.....	105
1.4.10.4. Modelos de Atención y Provisión de servicios de salud.....	106
1.4.10.5. Estructura, procesos y capacidades institucionales .....	109
1.4.11. Investigación de Campo.....	110
<b>CAPITULO II: DIAGNOSTICO .....</b>	<b>111</b>
<b>2.1. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....</b>	<b>111</b>
2.1.1. Descripción de Metodología general de la investigación .....	111
2.1.2. Definición de metodología de recolección de datos .....	112

2.1.2.1. La conceptualización del diagnóstico se realizará siguiendo los siguientes pasos .....	114
<b>2.2. DIAGNOSTICO .....</b>	<b>115</b>
2.2.1. Concepto de Diagnostico .....	115
2.2.2. Documentos del MISAL.....	116
2.2.2.1. Exploración de información secundaria .....	117
2.2.3. Visitas a los diferentes centros de salud.....	133
2.2.3.1. Consejo Superior de Salud Pública: .....	134
2.2.3.2. Instituto Salvadoreño del Seguro Social: .....	136
2.2.3.3. Organismo Salvadoreño de Normalización:.....	137
2.2.3.4. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: .....	139
2.2.3.5. Organismo Salvadoreño de Acreditación:.....	141
2.2.3.6. Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica: .....	143
2.2.4. Reunión con Unidad de tercer nivel del MINSAL.....	144
2.2.4.1. ANALISIS DE OBJETIVOS Y METAS .....	145
2.2.4.2. Obtención de prioridades del MINSAL.....	146
2.2.5. Normas Internacionales:.....	146
2.2.5.1. Europa: .....	146
2.2.5.2. América:.....	151
2.2.6. Exploración de información .....	157
2.2.7. Análisis de información.....	171
2.2.8. Cuadro conglomerado de objetividad y subjetividad de naciones.....	172
2.2.8.1. DESARROLLO DE LAS COMPARACIONES DE MODELOS NORMATIVOS GENERALES .....	172
2.2.9. Análisis comparativo de países base junto al punto de partida del MINSAL con a su variación .....	195
2.2.10. TABULACIÓN DE LOS INDICADORES DE LAS NORMAS INTERNACIONALES .....	196
2.2.10.1. Justificación del ganador .....	196
2.2.10.2. TABULACIÓN DE NACIONES .....	206
2.2.10.3. Puntuación de variables .....	206
2.2.10.4. Selección de Ganador .....	207
2.2.11. Análisis del modelo ganador objetivamente .....	208
2.2.12. Conglomeración subjetiva entre naciones. ....	209
2.2.12.1. Tabla de indicadores .....	210
2.2.13. Análisis de porcentaje de cumplimiento. ....	221
2.2.14. Estudios preliminares.....	221
2.2.14.1. El modelo de certificación.....	221
2.2.14.2. Programas de Certificación .....	222
2.2.14.3. El modelo de estándares de Indicadores.....	222
2.2.15. Enumeración de Requisitos .....	225



2.2.16. Análisis del modelo de indicadores .....	233
<b>2.3. CRUCE DE DOCUMENTOS Y NORMAS .....</b>	<b>234</b>
2.3.1. Cruce de documentos y normas .....	234
2.3.1.1. Requisitos internacionales (Modelo cero) .....	234
2.3.1.2. Requisitos profesionales (Modelo de indicadores).....	238
2.3.1.3. Requisitos Nacionales Actuales (Modelo bibliográfico).....	243
2.3.2. Determinación de prioridades por el método Hanlon para los tres hospitales de tercer nivel de san salvador .....	245
2.3.2.1. Componente A: magnitud del problema .....	246
2.3.2.2. Componente B: severidad del problema.....	246
2.3.2.3. Componente C: eficacia de la solución.....	247
2.3.2.4. Componente D: factibilidad del problema o de la intervención.....	247
2.3.2.5. En que consiste la dinámica .....	247
2.3.3. Priorización de indicadores.....	248
2.3.3.1. Priorización. ....	248
2.3.4. Resolución del taller.....	250
2.3.4.1. Modelo Cero.....	250
2.3.4.2. Modelo de indicadores .....	256
2.3.4.3. Modelo bibliográfico .....	266
2.3.5. Análisis del método Hanlon .....	268
2.3.6. Tabulación de resultados.....	269
2.3.6.1. Modelo Cero.....	269
2.3.6.2. Modelo de indicadores .....	278
2.3.6.3. Modelo bibliográfico .....	294
2.3.7. Análisis de tabulación .....	298
2.3.8. Criterio de priorización .....	298
2.3.8.1. Modelos con indicadores mayores en el valor global.....	299
2.3.8.2. Modelo Cero con indicadores mayores en el valor .....	299
2.3.8.3. Modelo de indicadores con indicadores mayores en el valor .....	305
2.3.8.4. Modelo bibliográfico con indicadores mayores en el valor .....	317
2.3.9. Modelos con indicadores con factibilidad .....	321
2.3.9.1. Modelo Cero con indicadores con mayor factibilidad .....	321
2.3.9.2. Modelo de indicadores con indicadores con mayor factibilidad.....	328
2.3.9.3. Modelo bibliográfico con indicadores con mayor factibilidad.....	342
2.3.10. Modelos con que no cumplen mayor valor y no son factibles .....	346
2.3.10.1. Modelo Cero con indicadores de menor valor y baja factibilidad .....	346
2.3.10.2. Modelo de indicadores con indicadores de menor valor y baja factibilidad ...	350
2.3.10.3. Modelo bibliográfico con indicadores de menor valor y baja factibilidad .....	353
2.3.11. Modelos con que mayor valor y mayor factibilidad .....	353
2.3.11.1. Modelo Cero con mayor valor y alta factibilidad.....	353
2.3.11.2. Modelo de indicadores con mayor valor y alta factibilidad .....	359
2.3.11.3. Modelo bibliográfico con mayor valor y alta factibilidad .....	374
2.3.12. Análisis de Resultados.....	377

2.3.12.1. Indicadores prioritarios (Modelo normativo integrado) .....	378
2.3.13. Conclusión de índices prioritarios.....	386
2.3.13.1. Indicadores prioritarios (Modelo normativo integrado) .....	387
2.3.14. Consolidación de los tres modelos .....	396
<b>2.4. Diagnóstico de la situación actual .....</b>	<b>397</b>
2.4.1. Matriz FODA.....	397
2.4.2. Análisis .....	399
2.4.3. Procesos estratégicos .....	400
2.4.4. Procesos tácticos.....	400
2.4.5. Conclusión del diagnostico .....	400
<b>2.5. CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO .....</b>	<b>401</b>
2.5.1. Planteamiento del problema .....	401
2.5.1.1. Estado A.....	401
2.5.1.2. Formulación del problema .....	402
2.5.1.3. Estado B.....	402
2.5.1.4. Opción de solución.....	402
2.5.2. Conceptualización del diseño de la solución .....	403
2.5.3. Descripción del Diseño.....	403
<b>CAPITULO III: DISEÑO .....</b>	<b>404</b>
<b>3.1. METODOLOGIA DEL DISEÑO.....</b>	<b>404</b>
3.1.1. DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA GENERAL DEL DISEÑO.....	404
3.1.2. LINEAMIENTOS DE LA PLATAFORMA NORMATIVA .....	406
3.1.3. DESARROLLO DEL CICLO DE PROCESO ADMINISTRATIVO .....	408
3.1.4. PLANEACIÓN .....	409
3.1.5. OBJETIVOS CLAROS .....	409
3.1.6. ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A OBJETIVOS .....	410
3.1.7. ORGANIZACIÓN.....	410
3.1.8. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PLATAFORMA .....	412
3.1.8.1. Área de indicadores a evaluar para acreditación .....	413
3.1.8.2. Área de Auditor .....	435
3.1.9. MANUAL DE USO POR CARGO DE ÁREAS (ROL DENTRO DE LA HERRAMIENTA) .....	437
3.1.10. PERFILES ESTRUCTURALES .....	439
3.1.10.1. Perfil del Usuario .....	442
3.1.10.2. Perfil Medico .....	446
3.1.11. METODOLOGÍA DE USO DE LA PLATAFORMA .....	452
3.1.11.1. Metodología .....	452
3.1.11.2. Planificación de la ejecución.....	452
3.1.11.3. Objetivo del proyecto.....	452

3.1.11.4. Políticas Y Estrategias.....	454
3.1.11.5. Actividades y esquema CPM.....	454
3.1.12. ELEMENTOS A EVALUAR DENTRO DE LA PLATAFORMA.....	464
3.1.13. COORDINACIÓN DEL FLUJO DE LA PLATAFORMA.....	466
3.1.14. INTEGRACIÓN.....	467
3.1.15. MANTENIMIENTO DE PUNTOS FUERTES Y FORTALECIMIENTO DE PUNTOS DÉBILES..	468
3.1.16. DIRECCIÓN .....	469
3.1.17. METAS MÉDICAS (MAPA ESTRATÉGICO) .....	469
3.1.18. TAREAS ELEMENTALES.....	470
3.1.19. CONTROL.....	470
3.1.20. SISTEMA DE CONTROL .....	471
3.1.20.1. Metodología general del SIG .....	471
3.1.21. PUNTOS DE CONTROL (MATRIZ).....	472
3.1.22. CAPACITACIÓN HUMANA .....	475
3.1.22.1. Capacitación y Desarrollo del Personal .....	475
3.1.23. FUNCIONAMIENTO DE PLATAFORMA NORMATIVA.....	482
<b>3.2. DISEÑO .....</b>	<b>483</b>
3.2.1. Concepto de Diseño.....	483
3.2.2. Como se obtuvieron los datos necesarios .....	483
<b>3.3. ESTRUCTURA DE PLATAFORMA .....</b>	<b>484</b>
3.3.1.ÁREAS GENERALES.....	484
3.3.2. NORMAS ESTABLECIDAS .....	489
3.3.2.1. Panel de expertos .....	489
3.3.2.2. Relación de cada campo con sus aspectos de certificación .....	491
3.3.3. CAMPOS DE CERTIFICACIÓN .....	505
3.3.3.1. ENTIDAD DE CERTIFICACIÓN .....	505
3.3.3.2. SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN .....	505
3.3.4. ANÁLISIS DE COMPONENTES .....	508
3.3.4.1. Total de indicadores .....	508
3.3.4.2. Resultado de análisis de componentes .....	563
3.3.5. NIVELES DE CONTROL .....	564
3.3.5.1. Niveles de Indicadores .....	564
3.3.5.2. Clasificación de los indicadores de cada área .....	564
3.3.5.3. Niveles de Cumplimiento.....	625
3.3.5.4. Clasificación de niveles de acreditación .....	626
3.3.6. PLATAFORMA <<CONTROL SECCIONADO POR NIVELES>>.....	627
<b>3.4. PLAN DE ACCIÓN.....</b>	<b>728</b>
<b>3.5. SISTEMA DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>734</b>
3.5.1. ENTORNO.....	734

3.5.2. Metodología general del SIG .....	736
<b>3.6. MANEJO DE LA PLATAFORMA .....</b>	<b>737</b>
3.6.1. Manual de Usuario.....	737
<b>CAPITULO IV: EVALUACIONES .....</b>	<b>752</b>
<b>4.1. EVALUACIONES REQUERIDAS PARA EL PROYECTO .....</b>	<b>752</b>
4.1.1. EVALUACION ECONOMICO .....	753
4.1.1.1. Inversiones.....	753
4.1.1.2. Costos operativos del proyecto .....	759
4.1.1.3. Costo del proyecto .....	764
4.1.1.4. Financiamiento del proyecto.....	765
4.1.1.4. Diagnóstico de Eficiencias.....	774
4.1.1.5. Beneficio económico del proyecto .....	780
4.1.2. EVALUACION SOCIAL .....	782
4.1.2.1. Usuarios actuales.....	782
4.1.2.2. Usuarios que pertenecen al sistema.....	791
4.1.2.3. Impacto en la institución .....	792
4.1.2.4. IMPACTO EN LA POBLACIÓN .....	794
4.1.2.5. AUMENTO DE LOS BENEFICIARIOS .....	794
4.1.2.6. Aumento de la cobertura .....	794
4.1.2.7. Aumento de usuarios rehabilitados.....	794
4.1.2.8. AGILIZACION DE PROCESOS.....	795
<b>4.2 ADMINISTRACION DEL PROYECTO .....</b>	<b>796</b>
4.2.1. DESGLOSE ANALÍTICO .....	796
4.2.2. PLANIFICACION DE LA EJECUCION.....	796
4.2.2.1. PLAN DE IMPLEMENTACION .....	797
4.2.3. ACTIVIDAD DE CADA PAQUETE Y DURACION .....	801
4.2.3.1. ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLANTACION DEL PROYECTO.....	816
<b>4.3 GESTIÓN DE RIESGO .....</b>	<b>822</b>
4.3.1. METODOLOGIA DE LA GESTION DE RIESGOS.....	824
4.3.1.1. ANÁLISIS DEL RIESGO .....	831
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>839</b>
CONCLUSIONES.....	839
RECOMENDACIONES.....	843
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>844</b>
<b>GLOSARIO TÉCNICO .....</b>	<b>848</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>850</b>
ANEXO 1 - Fuentes secundarias.....	850
ANEXO 2 - Metodología de certificación .....	873
Esquema del programa de Certificación.....	873
Herramientas de apoyo.....	874
ANEXO 3 - El manual de estándares .....	875
Marco conceptual.....	875

Ámbito de aplicación del manual.....	875
ANEXO 4 - El manual de estándares .....	875
ANEXO 5 - Obtención del modelo general.....	879
ANEXO 6 - Referencia estructural iso 9001 junto al modelo español .....	880
Estructura de las fases generales .....	881
ANEXO 7 – Ingresos y asignación de recurso de cada hospital de tercer nivel .....	882

## INDICE DE GRAFICOS

<i>Grafico 1. Etapas de la evolución de la calidad.</i> .....	7
<i>Grafico 2. Población de Responsabilidad 2017 (En números)</i> .....	93
<i>Grafico 3. Población de Responsabilidad 2017 (En porcentaje)</i> .....	94
<i>Grafico 4. Población de Responsabilidad 2018 (En número)</i> .....	94
<i>Grafico 5. Población de Responsabilidad 2018 (En porcentaje)</i> .....	95
<i>Grafico 6. Población Esperada 2018</i> .....	96
<i>Grafico 7. Población femenina 2018</i> .....	99
<i>Grafico 8. Pirámide poblacional proyectada para el año 2018.</i> .....	100
<i>Grafico 9. Pirámide poblacional de atención para el año 2018, a cargo del Hospital Nacional Rosales</i> .....	104
<i>Gráfico 10. Diagrama Gantt de cronograma de actividades de la implementación</i> .....	461
<i>Grafico 11. Población de Responsabilidad 2017 (En números)</i> .....	784
<i>Grafico 12. Población de Responsabilidad 2017 (En porcentaje)</i> .....	784
<i>Grafico 13. Población de Responsabilidad 2018 (En número)</i> .....	785
<i>Grafico 14. Población de Responsabilidad 2018 (En porcentaje)</i> .....	785
<i>Gráfico 15. Pirámide poblacional proyectada para el año 2018.</i> .....	788
<i>Grafico 16. Población femenina 2018</i> .....	789
<i>Gráfico 17. Pirámide poblacional de atención para el año 2018, a cargo del Hospital Nacional Rosales.</i> .....	791
<i>Gráfico 18. Distribución de esfuerzos y recursos del tercer nivel</i> .....	792
<i>Grafica 19. Crecimiento de usuarios rehabilitados</i> .....	795
<i>Grafico 20. Curva S</i> .....	815

## INDICE DE IMÁGENES

<i>Imagen 1. El diagrama de entrada/ salida .....</i>	<i>8</i>
<i>Imagen 2. Pirámide de necesidades de maslow.....</i>	<i>9</i>
<i>Imagen 3. Pirámide de las necesidades (el ejemplo del cuidado de la salud) .....</i>	<i>9</i>
<i>Imagen 4. Pirámide de las necesidades para un coche en forma gráfica .....</i>	<i>10</i>
<i>Imagen 5. Demuestra como los principales enlaces afectan la normalización. ....</i>	<i>31</i>
<i>Imagen 6. Demuestra como los principales enlaces afectan la normalización. ....</i>	<i>34</i>
<i>Imagen 7. Sistema integrado de gestión: calidad + medio ambiente + seguridad ocupacional.....</i>	<i>39</i>
<i>Imagen 8. Principios de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública ...</i>	<i>75</i>
<i>Imagen 9. Estructura Organizativa.....</i>	<i>78</i>
<i>Imagen 10. Esquema de organización de las redes integrales e integradas de servicios de salud y los niveles de atención en la salud.....</i>	<i>81</i>
<i>Imagen 11. Estructura Organizativa Hospital Nacional de Niños .....</i>	<i>91</i>
<i>Imagen 12. Estructura Organizativa de hospital nacional de la mujer.....</i>	<i>97</i>
<i>Imagen 13. Estructura Organizativa Hospital Nacional Rosales .....</i>	<i>102</i>
<i>Imagen 14. Estructura Organizativa del MINSAL .....</i>	<i>109</i>
<i>Imagen 15. Metodología general de la investigación .....</i>	<i>111</i>
<i>Imagen 16. Estructura del Modelo de Certificación.....</i>	<i>222</i>
<i>Imagen 17. Modelo de la caja negra en el enunciado del problema .....</i>	<i>401</i>
<i>Imagen 18. Conceptualización del diseño .....</i>	<i>403</i>
<i>Imagen 19. Metodología general del diseño .....</i>	<i>404</i>
<i>Imagen 20. Estructura jerárquica .....</i>	<i>405</i>
<i>Imagen 21. Mecanismo de control .....</i>	<i>406</i>
<i>Imagen 22. Ciclo del proceso administrativo figura .....</i>	<i>407</i>
<i>Imagen 23. Estructura jerárquica .....</i>	<i>410</i>
<i>Imagen 24. Vista general de la plataforma de control .....</i>	<i>412</i>
<i>Imagen 25. Vista de área de indicadores a evaluar .....</i>	<i>413</i>
<i>Imagen 26. Vista de área del auditor .....</i>	<i>413</i>
<i>Imagen 28 diagrama de flujo.....</i>	<i>466</i>
<i>Imagen 29. Figura ciclo de integración.....</i>	<i>467</i>
<i>Imagen 30. representación de un FODA. ....</i>	<i>468</i>
<i>Imagen 31. mapa estratégico. ....</i>	<i>469</i>
<i>Imagen 32. sistema de información gerencial .....</i>	<i>471</i>
<i>Imagen 33. Flujo de información del Sistema de Información Gerencial.....</i>	<i>472</i>
<i>Imagen 34. Flujo del funcionamiento .....</i>	<i>482</i>
<i>Imagen 35. Diferentes campos de certificación .....</i>	<i>506</i>
<i>Imagen 36. Sistema de Información Gerencial.....</i>	<i>734</i>
<i>Imagen 37. Niveles de SIG.....</i>	<i>735</i>
<i>Imagen 38. Flujo de información del Sistema de Información Gerencial.....</i>	<i>736</i>

<b>Imagen 39 Estructura Desglosada del Trabajo.....</b>	<b>797</b>
<b>Imagen 40. Diagrama de CPM .....</b>	<b>803</b>
<b>Imagen 41 Estructura orgánica del proyecto .....</b>	<b>822</b>
<b>Imagen 42 Proceso de planificación de riesgos .....</b>	<b>823</b>
<b>Imagen 43 Metodología de la Gestión de Riesgos .....</b>	<b>824</b>
<b>Imagen 44. Estructura desglosada de riesgos.....</b>	<b>826</b>
<b>Imagen 45. Fuente propia.....</b>	<b>860</b>
<b>Imagen 46. Esquema del Proceso de Certificación (Según documento del MINSAL). ....</b>	<b>873</b>
<b>Imagen 47. Catálogo de AENOR.....</b>	<b>876</b>
<b>Imagen 48. Organismos internacionales de normalización .....</b>	<b>876</b>
<b>Imagen 49. Organismos internacionales de certificación .....</b>	<b>876</b>
<b>Imagen 50. Organismos internacionales de acreditación.....</b>	<b>877</b>
<b>Imagen 51. Reconocimientos de AENOR ha recolectado .....</b>	<b>878</b>
<b>Imagen 52. Campos de investigación .....</b>	<b>881</b>



## INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Sistema integrado de gestión: aportes</i> .....	41
<i>Tabla 2. Hospitales Escuela</i> .....	81
<i>Tabla 3. Listados de Comités</i> .....	82
<i>Tabla 4: Criterios que contienen los requisitos mínimos de operación para los Hospitales de la red pública del MINSAL.</i> .....	83
<i>Tabla 5. Características de Organización del Hospital Nacional de Niño Benjamín Bloom.</i>	90
<i>Tabla 6. Población de Responsabilidad 2017</i> .....	92
<i>Tabla 7. Población de Responsabilidad 2018</i> .....	93
<i>Tabla 8. Población de Esperada 2018</i> .....	95
<i>Tabla 9. Características de Organización del Hospital Nacional de la Mujer.</i> .....	96
<i>Tabla 10. Población Estimada 2018</i> .....	97
<i>Tabla 11. Características de Organización del Hospital Nacional Rosales.</i> .....	101
<i>Tabla 12. Población que demanda servicios en 2018</i> .....	103
<i>Tabla 13. Resumen de esfuerzos en el MINSAL en el tema de calidad</i> .....	116
<i>Tabla 14. Descriptiva de esfuerzos en el MINSAL en la tema de calidad</i> .....	117
<i>Tabla 15. Indicadores de cumplimiento de la Norma de España</i> .....	148
<i>Tabla 16. Categorías y subcategorías que definen un servicio de salud de calidad, según usuarios, líderes, persona de salud y formuladores en Colombia.</i> .....	153
<i>Tabla 17. Categorías y subcategorías que definen un servicio de salud de calidad, según usuarios, líderes, persona de salud y formuladores en Brasil.</i> .....	155
<i>Tabla 18. Indicadores de cumplimiento de la Norma de Nicaragua</i> .....	156
<i>Tabla 19. Indicadores de norma de Nicaragua en comparación con MINSAL</i> .....	157
<i>Tabla 20. Indicadores de norma de Brasil en comparación con MINSAL</i> .....	158
<i>Tabla 21. Indicadores de norma de Colombia en comparación con MINSAL</i> .....	160
<i>Tabla 22. Indicadores de norma de España en comparación con MINSAL</i> .....	162
<i>Tabla 23. Cruce Nicaragua-MINSAL</i> .....	172
<i>Tabla 24. Cruce Brasil-MINSAL</i> .....	173
<i>Tabla 25. Cruce Colombia-MINSAL</i> .....	177
<i>Tabla 26. Cruce España-MINSAL</i> .....	181
<i>Tabla 27. Criterios para selección de ganador</i> .....	196
<i>Tabla 28. Evaluación de criterio y categoría de Colombia</i> .....	197
<i>Tabla 29. Evaluación de criterio y categoría de España</i> .....	198
<i>Tabla 30. Evaluación de criterio y categoría de Nicaragua</i> .....	204
<i>Tabla 31. Evaluación de criterio y categoría de Brasil</i> .....	205
<i>Tabla 32. Tabulación de naciones</i> .....	206
<i>Tabla 33. Adaptación de criterios al Esquema de estados</i> .....	206
<i>Tabla 34. Valoración de normas internacionales según su criterio</i> .....	207
<i>Tabla 35. Modelos y normas internacionales suma de indicadores</i> .....	208
<i>Tabla 36. Modelos y normas internacionales criterios de dimensiones</i> .....	208

<b>Tabla 37. Tabla de indicadores y cumplimiento .....</b>	<b>210</b>
<b>Tabla 38. Áreas Temáticas.....</b>	<b>224</b>
<b>Tabla 39. Enumeración de Requisitos .....</b>	<b>225</b>
<b>Tabla 40. Modelo cero .....</b>	<b>234</b>
<b>Tabla 41. Modelo de indicadores .....</b>	<b>238</b>
<b>Tabla 42. Modelo bibliográfico .....</b>	<b>243</b>
<b>Tabla 43. Estimación de la magnitud del problema a partir del número de personas ..</b>	<b>246</b>
<b>Tabla 44. Resolución del taller 1 .....</b>	<b>250</b>
<b>Tabla 45. Resolución del taller 2 .....</b>	<b>256</b>
<b>Tabla 46. Resolución del taller 3 .....</b>	<b>266</b>
<b>Tabla 47. Resultados de modelo cero .....</b>	<b>269</b>
<b>Tabla 48. Resultados de modelo de indicadores .....</b>	<b>278</b>
<b>Tabla 49. Resultados de modelo bibliográfico .....</b>	<b>294</b>
<b>Tabla 50. Resultados de diagnóstico modelo cero .....</b>	<b>299</b>
<b>Tabla 51. Resultados de diagnóstico modelo de indicadores.....</b>	<b>305</b>
<b>Tabla 52. Resultados de diagnóstico modelo bibliográfico.....</b>	<b>317</b>
<b>Tabla 53. Indicadores factibles de modelo cero .....</b>	<b>321</b>
<b>Tabla 54. Indicadores factibles de modelo de indicadores .....</b>	<b>328</b>
<b>Tabla 55. Indicadores factibles de modelo bibliográfico .....</b>	<b>342</b>
<b>Tabla 56. Indicadores que no cumplen de modelo cero.....</b>	<b>346</b>
<b>Tabla 57. Indicadores que no cumplen de modelo de indicadores .....</b>	<b>350</b>
<b>Tabla 58. Indicadores que no cumplen de modelo bibliográfico .....</b>	<b>353</b>
<b>Tabla 59. Indicadores con mayor valor y mayor factibilidad en modelo cero.....</b>	<b>353</b>
<b>Tabla 60. Indicadores con mayor valor y mayor factibilidad en modelo de indicadores</b>	<b>359</b>
<b>Tabla 61. Indicadores con mayor valor y mayor factibilidad en modelo bibliográfico ..</b>	<b>374</b>
<b>Tabla 62. Indicadores de modelo normativo integrado.....</b>	<b>378</b>
<b>Tabla 63. Indicadores de modelo normativo integrado.....</b>	<b>387</b>
<b>Tabla 64. Aportes de los tres modelos base.....</b>	<b>396</b>
<b>Tabla 65 Matriz FODA .....</b>	<b>397</b>
<b>Tabla 66 Matriz FODA estrategias .....</b>	<b>399</b>
<b>Tabla 67. Responsabilidades de la organización.....</b>	<b>411</b>
<b>Tabla 68. Áreas generales.....</b>	<b>414</b>
<b>Tabla 69. Campos para la gestión empresarial .....</b>	<b>416</b>
<b>Tabla 70. Aspectos de certificación .....</b>	<b>418</b>
<b>Tabla 71. Descripción de aspectos de certificación.....</b>	<b>418</b>
<b>Tabla 72. Requisitos por campo .....</b>	<b>425</b>
<b>Tabla 73. Indicadores según su peso .....</b>	<b>428</b>
<b>Tabla 74. Lista de indicadores de resultado.....</b>	<b>428</b>
<b>Tabla 75. Roles dentro de la aplicación de la herramienta.....</b>	<b>438</b>
<b>Tabla 76. Perfil de junta directiva .....</b>	<b>439</b>
<b>Tabla 77. Perfil de Comité de aseguramiento de calidad .....</b>	<b>440</b>
<b>Tabla 78. Perfil de Auditor interno .....</b>	<b>441</b>
<b>Tabla 79. Perfil de Calidad .....</b>	<b>442</b>

<b>Tabla 80. Perfil de Medio ambiente .....</b>	<b>443</b>
<b>Tabla 81. Perfil de Seguridad .....</b>	<b>444</b>
<b>Tabla 82. Perfil de Responsabilidad social .....</b>	<b>445</b>
<b>Tabla 83. Perfil de Consulta externa.....</b>	<b>446</b>
<b>Tabla 84. Perfil de Emergencia.....</b>	<b>447</b>
<b>Tabla 85. Perfil de Hospitalización .....</b>	<b>448</b>
<b>Tabla 86. Perfil de Sala de operaciones .....</b>	<b>449</b>
<b>Tabla 87. Perfil de Cuidados intensivos .....</b>	<b>450</b>
<b>Tabla 88. Metodología de implementación .....</b>	<b>452</b>
<b>Tabla 89. Lineamientos para la implementación de plataforma de control. ....</b>	<b>452</b>
<b>Tabla 90. Actividades en la licitación para la creación del software a la medida .....</b>	<b>454</b>
<b>Tabla 91. Actividades en el manejo de uso del software a la medida .....</b>	<b>455</b>
<b>Tabla 92. Actividades en el desarrollo de la evaluación .....</b>	<b>456</b>
<b>Tabla 93. Actividades de trabajo de Examinar.....</b>	<b>456</b>
<b>Tabla 94. Actividades en la implementación del SIG .....</b>	<b>456</b>
<b>Tabla 95. Actividades del seguimiento del SIG.....</b>	<b>457</b>
<b>Tabla 96. Actividades del Desarrollo de personal .....</b>	<b>457</b>
<b>Tabla 97. Actividades de Puesta en marcha .....</b>	<b>457</b>
<b>Tabla 98. Matriz de precedencia .....</b>	<b>458</b>
<b>Tabla 99. Cronograma de actividades de la implementación .....</b>	<b>459</b>
<b>Tabla 100 Rendimiento.....</b>	<b>465</b>
<b>Tabla 101. Matriz de control.....</b>	<b>473</b>
<b>Tabla 102. indicadores representativos.....</b>	<b>474</b>
<b>Tabla 103. Capacitación de gestión empresarial .....</b>	<b>476</b>
<b>Tabla 104. Capacitación de gestión de calidad .....</b>	<b>477</b>
<b>Tabla 105. Capacitación de gestión ambiental .....</b>	<b>477</b>
<b>Tabla 106. Capacitación de gestión de seguridad y salud laboral .....</b>	<b>478</b>
<b>Tabla 107. Capacitación de gestión en la responsabilidad social.....</b>	<b>479</b>
<b>Tabla 108. Capacitación en la plataforma seccionada por niveles .....</b>	<b>479</b>
<b>Tabla 109. Niveles de evaluación de Capacitación.....</b>	<b>480</b>
<b>Tabla 110. Áreas generales de los hospitales .....</b>	<b>484</b>
<b>Tabla 111. Aspectos de Calidad.....</b>	<b>491</b>
<b>Tabla 112. Aspectos de Medio Ambiente.....</b>	<b>491</b>
<b>Tabla 113. Aspectos de Seguridad.....</b>	<b>491</b>
<b>Tabla 114. Aspectos de Responsabilidad Social .....</b>	<b>492</b>
<b>Tabla 115. Resultados de Aspectos de Calidad .....</b>	<b>492</b>
<b>Tabla 116. Resultados de Aspectos de Medio Ambiente .....</b>	<b>493</b>
<b>Tabla 117. Resultados de Aspectos de Seguridad .....</b>	<b>493</b>
<b>Tabla 118. Resultados de Aspectos de Responsabilidad Social .....</b>	<b>493</b>
<b>Tabla 119. Gestión empresarial a utilizar .....</b>	<b>494</b>
<b>Tabla 120. Normas establecidas .....</b>	<b>494</b>
<b>Tabla 121. Requisitos por cada campo de certificación .....</b>	<b>503</b>
<b>Tabla 122. Gestión empresarial .....</b>	<b>507</b>

<b>Tabla 123. Total de indicadores de resultado ordenados por campo</b> .....	<b>508</b>
<b>Tabla 124. Total de indicadores de resultado de consulta externa</b> .....	<b>522</b>
<b>Tabla 125. Total de indicadores de resultado de emergencias</b> .....	<b>528</b>
<b>Tabla 126. Total de indicadores de resultado de cuidados intensivos</b> .....	<b>536</b>
<b>Tabla 127. Total de indicadores de resultado de hospitalización</b> .....	<b>546</b>
<b>Tabla 128. Total de indicadores de resultado de sala de operaciones</b> .....	<b>556</b>
<b>Tabla 129. Clasificación del nivel de indicador</b> .....	<b>564</b>
<b>Tabla 130. Clasificación de indicadores de consulta externa</b> .....	<b>565</b>
<b>Tabla 131. Clasificación de indicadores de emergencia</b> .....	<b>575</b>
<b>Tabla 132. Clasificación de indicadores de cuidados intensivos</b> .....	<b>586</b>
<b>Tabla 133. Clasificación de indicadores de hospitalización</b> .....	<b>600</b>
<b>Tabla 134. Clasificación de indicadores de sala de operaciones</b> .....	<b>613</b>
<b>Tabla 135. Clasificación de niveles de acreditación</b> .....	<b>626</b>
<b>Tabla 136. Plataforma de área consulta externa</b> .....	<b>627</b>
<b>Tabla 137. Plataforma de área emergencia</b> .....	<b>643</b>
<b>Tabla 138. Plataforma de área cuidados intensivos</b> .....	<b>662</b>
<b>Tabla 139. Plataforma de área hospitalización</b> .....	<b>685</b>
<b>Tabla 140. Plataforma de área sala de operaciones</b> .....	<b>708</b>
<b>Tabla 141. Matriz FODA</b> .....	<b>728</b>
<b>Tabla 142. Matriz FODA cruzada</b> .....	<b>729</b>
<b>Tabla 143. Plan de acción para objetivo operativos 1</b> .....	<b>731</b>
<b>Tabla 144. Plan de acción para objetivo operativo 2</b> .....	<b>732</b>
<b>Tabla 145. Plan de acción para objetivo operativos 3</b> .....	<b>733</b>
<b>Tabla 146. Inversión en equipo informático</b> .....	<b>754</b>
<b>Tabla 147. Presupuesto de materiales de red</b> .....	<b>755</b>
<b>Tabla 148. Resumen de inversión fija tangible</b> .....	<b>755</b>
<b>Tabla 149. Inversión por diseño de la plataforma</b> .....	<b>756</b>
<b>Tabla 150. Inversión en documentación de la Plataforma</b> .....	<b>756</b>
<b>Tabla 151. Inversión en software</b> .....	<b>756</b>
<b>Tabla 152. Costos de capacitaciones iniciales</b> .....	<b>757</b>
<b>Tabla 153. Inversión en administración del proyecto</b> .....	<b>757</b>
<b>Tabla 154. Resumen de inversión fija intangible</b> .....	<b>758</b>
<b>Tabla 155. Resumen de inversión inicial del proyecto</b> .....	<b>758</b>
<b>Tabla 156. Egresos por salarios del modelo de gestión durante los primeros 3 años</b> ....	<b>759</b>
<b>Tabla 157. Egresos por salarios de la plataforma de control durante los años 4 y 5</b> .....	<b>760</b>
<b>Tabla 158. Resumen de costos anuales y mensuales de mano de obra del Modelo</b> .....	<b>760</b>
<b>Tabla 159. Material de oficina</b> .....	<b>760</b>
<b>Tabla 160. Costos unitarios de mantenimiento</b> .....	<b>761</b>
<b>Tabla 161. Costos por mantenimiento</b> .....	<b>761</b>
<b>Tabla 162. Consumo eléctrico de equipos informáticos</b> .....	<b>762</b>
<b>Tabla 163. Resumen de consumo de electricidad</b> .....	<b>762</b>
<b>Tabla 164. Costos mensuales y anuales por consumo de electricidad</b> .....	<b>762</b>
<b>Tabla 165. Costos por depreciación</b> .....	<b>763</b>

<b>Tabla 166 Costos por amortizaciones .....</b>	<b>763</b>
<b>Tabla 167 Resumen mensual de costos operativos .....</b>	<b>763</b>
<b>Tabla 168 Resumen anual de costos operativos .....</b>	<b>764</b>
<b>Tabla 169 Costo de la propuesta .....</b>	<b>764</b>
<b>Tabla 170 Fuentes de financiamiento del tercer nivel .....</b>	<b>766</b>
<b>Tabla 171 Fondo General .....</b>	<b>767</b>
<b>Tabla 172 Recursos Propios .....</b>	<b>768</b>
<b>Tabla 173 Préstamos Externos .....</b>	<b>769</b>
<b>Tabla 174 Fuentes de financiamiento externo .....</b>	<b>771</b>
<b>Tabla 175 Posibles fuentes de financiamiento .....</b>	<b>773</b>
<b>Tabla 176 Demanda estimada del servicio de tercer nivel sin implementar la herramienta .....</b>	<b>775</b>
<b>Tabla 177 Servicios de los hospitales con eficiencia actual.....</b>	<b>775</b>
<b>Tabla 178 Eficiencia sin cambios en el sistema .....</b>	<b>776</b>
<b>Tabla 179 Demanda proyectada de servicios de atención en tercer nivel para 2019 a 2023 .....</b>	<b>777</b>
<b>Tabla 180 Servicios prestados con la mejora en las eficiencias de los servicios .....</b>	<b>777</b>
<b>Tabla 181 Comportamiento de eficiencias durante los primeros 5 años .....</b>	<b>778</b>
<b>Tabla 182 posible expansión de los hospitales.....</b>	<b>779</b>
<b>Tabla 183 Comportamiento de eficiencias durante los primeros 5 años .....</b>	<b>779</b>
<b>Tabla 184 Comparación de costos de proyectos similares .....</b>	<b>780</b>
<b>Tabla 185.Población Estimada 2018.....</b>	<b>786</b>
<b>Tabla 186.Población que demanda servicios en 2018 .....</b>	<b>790</b>
<b>Tabla 187. Resultados de usuarios y costos .....</b>	<b>792</b>
<b>Tabla 188. Beneficios para los pacientes .....</b>	<b>793</b>
<b>Tabla 189 del desglose analítico .....</b>	<b>796</b>
<b>Tabla 190 Descripción de entregables de trabajo .....</b>	<b>798</b>
<b>Tabla 191 Descripción de paquetes .....</b>	<b>799</b>
<b>Tabla 192. Matriz de precedencia .....</b>	<b>801</b>
<b>Tabla 193 Cronograma de desembolsos semana 1 a 6.....</b>	<b>804</b>
<b>Tabla 194 Cronograma de desembolsos semana 7 a 12 .....</b>	<b>806</b>
<b>Tabla 195 Cronograma de desembolsos semana 13 a 18 .....</b>	<b>808</b>
<b>Tabla 196 Cronograma de desembolsos semana 19 a 24 .....</b>	<b>810</b>
<b>Tabla 197 Costo de actividades de cada paquete de trabajo.....</b>	<b>812</b>
<b>Tabla 198 Semanas y Costo acumulado.....</b>	<b>814</b>
<b>Tabla 199 Ventajas de las estructuras organizativas .....</b>	<b>818</b>
<b>Tabla 200 Factores para la selección del tipo de estructura organizativa .....</b>	<b>821</b>
<b>Tabla 201 Definición de Categorías de Riesgos.....</b>	<b>827</b>
<b>Tabla 202 Diccionario de Riesgos .....</b>	<b>829</b>
<b>Tabla 203. Matriz de probabilidad de Impacto .....</b>	<b>831</b>
<b>Tabla 204 Evaluación de Impacto de Riesgos.....</b>	<b>832</b>
<b>Tabla 205 Resumen de Probabilidad de Impacto .....</b>	<b>832</b>
<b>Tabla 206 Nivel de riesgo.....</b>	<b>832</b>

<b>Tabla 207 Matriz de riesgo del proyecto .....</b>	<b>833</b>
<b>Tabla 208 Matriz de Gestión de riesgo .....</b>	<b>836</b>
<b>Tabla 209 Control y Monitoreo de Riesgos .....</b>	<b>838</b>
<b>Tabla 210 ejes, objetivos estratégicos, resultados y acciones.....</b>	<b>858</b>
<b>Tabla 211 PNS ejes. ....</b>	<b>865</b>
<b>Tabla 212. Bloques y áreas temáticas de Modelo normativo .....</b>	<b>879</b>
<b>Tabla 213. Comparación del Modelo cero con la ISO 9001 .....</b>	<b>880</b>
<b>Tabla 214 precios generales de los servicios brindados en las áreas en estudio.....</b>	<b>887</b>

# INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia el ser humano se ha enfrentado a muchos obstáculos para disfrutar a plenitud de la vida, entre los cuales se pueden destacar los padecimientos de salud, como enfermedades y discapacidades. Sin embargo, a medida que han pasado los siglos ha logrado franquear muchos de estos obstáculos con las atenciones médicas que se brindan, y en los últimos siglos, los avances tecnológicos, especialmente en el campo de la medicina han permitido mejorar la atención que se les brinda a los pacientes para su pronta recuperación y mejora.

En todo el planeta existe personas que necesitan atención médica y cada momento se apuntan muchas más con emergencias y padecimientos de diferentes tipos de enfermedades, y alrededor de todo el mundo también existen instituciones y establecimientos dedicados a brindar servicios especializados a quienes lo necesitan para restablecer su salud, siendo los hospitales de tercer nivel los encargados de ayudar a las personas que sufren enfermedades o padecimientos que necesitan tratamientos especializados.

En el Salvador, la instancia del Estado rectora en materia de salud, que garantiza a los habitantes de la República la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida es el Ministerio de Salud (MINSAL).

Una de las principales prioridades que tiene la unidad de coordinación de hospitales nacionales del MINSAL es de estar siempre a la vanguardia en el tema de salud, con todos los avances de normas, técnicas y herramientas que se tiene en estos días es necesario adaptarse a estos cambios lo más pronto posible para poder brindar una atención a los pacientes cada vez mejor, más especializada y de excelente calidad.

Este documento es a modo de diseño para el Trabajo de Graduación, cuyo título es el siguiente:

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA NORMATIVA DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIA PROPUESTA POR EL MINSAL CON NORMAS INTERNACIONALES EN BUSQUEDA DE LA EXCELENCIA.**

En este documento se presenta el desarrollo de la plataforma de control seccionado por niveles que será implementado en las áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel. A continuación se presenta la definición de la metodología que se utilizará en el diseño.

El diseño de la herramienta necesaria para el análisis comparativos del MINSAL constara de tres etapas fundamentales, las cuales son:

1- Modelo Normativo Integrado: En esta apartado se incluye la tabla integrada resultado de la etapa de diagnóstico, donde se incorporan los indicadores con mayor puntuación de prioridad y la mayor factibilidad. Este modelo es la materia prima que parte de la herramienta de control seccionado por niveles.

2-Reconocimiento y Formulación: está considerado bajo un avance paralelo ya que efectuando el reconocimiento se puede generar la formulación de la herramienta. Donde en el reconocimiento de áreas se tendrá que homogeneizar las áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel y en paralelo se tiene la formulación de requisitos en cada una de las áreas generales.

En esta parte se rediseña la herramienta del paso anterior para que clasifique de mejor manera los indicadores según el área al que pertenece y según las categorías brindadas por Asociaciones de normalización y certificación para poder medir de mejor manera el nivel de cumplimiento.

3-Creación de plataforma de control seccionado por niveles: Como consecuencia de las fases anteriores tendremos categorizadas las áreas generales, las normas a utilizar y los campos de certificación que se deben cumplir y la clasificación de indicadores por niveles; juntas formaran la plataforma de control que será la herramienta a manos del Ministerio de Salud de El Salvador para el análisis comparativo de la normativa de acreditación hospitalaria en búsqueda de la calidad y la excelencia.

Esta herramienta constara de un sistema de indicadores clasificada por áreas y categorizado por las cuatro campos que las Asociaciones de normalización y certificación exigen para una correcta acreditación, todo esto enfocado a que permitan el mejor control de los procesos dentro de los hospitales de tercer nivel para poder saber su nivel actual.

Aquí se plantea un proceso de mejora continua que empezara una vez implementada la herramienta, en donde se tendrá que mantener actualizada y que le permita afrontar los cambios y exigencias del entorno que requieran una adaptación y mejora del sistema de salud para atender a la población, y para este fin se incluye un manual de mejora continua.

Finalmente, la planeación concluye con la creación de un manual de usuario para poder ocupar un software de llenado de casillas para facilitar el uso de la plataforma de control, la explicación gráfica del sistema de información gerencial y un plan de implementación que muestra los pasos que se van a seguir para la puesta en marcha de la herramienta de control en las áreas generales de los hospitales de tercer nivel.



# OBJETIVOS DEL PROYECTO

## Objetivo general

Diseñar una herramienta de Gestión Empresarial que permita al Ministerio de Salud mejorar el control sobre cada área general que comparte los hospitales de tercer nivel y poder encaminarse correctamente a una acreditación, con el fin de mejorar el servicio de atención que se brinda a sus usuarios con la adaptación correcta de normativas encaminadas al logro de la excelencia.

## Objetivos específicos

### Diagnóstico y conceptualización de solución

1. Conocer la evolución normativa en cuanto al tema de calidad en la salud en El Salvador.
2. Verificar información del proceso actual de desarrollo de Normas técnicas salvadoreñas.
3. Establecer un marco de referencia sobre Normas Internacionales que pueden ser aplicables a los hospitales nacionales.
4. Identificar el conocimiento y aplicación de lineamientos de Calidad en los procesos realizados en los hospitales de tercer nivel.
5. Identificar las oportunidades de mejora que se tiene entre las acciones referentes a la calidad hospitalaria con respecto a las normas internacionales identificadas.
6. Formular el modelo normativo integral que posea validez y factibilidad en el campo de la salud.

### Diseño de la solución

1. Recopilar la información pertinente de las áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel.
2. Categorizar las áreas que los expertos consideran básicas para brindar calidad de atención en salud.
3. Formulación de requisitos de las áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel.
4. Establecer niveles de control de los requisitos formulados a los que deben llegar los indicadores en las diferentes áreas y campos a evaluar para acreditación que exigen las asociaciones de normalización y certificación
5. Formular la herramienta normativa integral- factible que posea validez y este adaptada a las áreas generales de los hospitales de tercer nivel.

### Evaluaciones

1. Evaluar la propuesta desde la perspectiva económica para determinar la factibilidad económica que tiene para el MINSAL que la plataforma seccionada por niveles entre en funcionamiento.
2. Evaluar la propuesta desde el punto de vista social, para mostrar la cobertura de los beneficios que la plataforma seccionada por niveles para los hospitales de tercer nivel aportaría a la sociedad involucrada.

# ALCANCE Y LIMITACIONES

## Alcances

El presente estudio se llevará a cabo en los hospitales de tercer nivel del Ministerio de Salud con la ayuda de la unidad coordinación de hospitales de tercer nivel. Ubicado en Calle Arce No.827, en el departamento de San Salvador, en un tiempo de aproximadamente 9 meses.

- Se realizará una búsqueda de los requerimientos para la acreditación que utilizan las asociaciones de normalización y certificación en las áreas que los expertos diseñen como básicas: calidad, medio ambiente, seguridad y responsabilidad social.
- Se realizará una búsqueda a nivel nacional en las entidades encargadas de la acreditación y normalización, para verificar la existencia de normas encaminadas a la excelencia en el ámbito hospitalario.
- Identificación de una norma de calidad hospitalaria internacional que pueda ser mejor adaptada a los requerimientos del MINSAL.
- Presentación de la integración de todos los esfuerzos y normas vigentes que estén siendo usadas en el Ministerio de Salud avalada por la coordinación de hospitales de tercer nivel de la institución.
- Comparación de la integración de normas vigentes en el MINSAL con Normas Internacionales, para poder lograr así identificar las oportunidades de mejora.

## Limitaciones

Dada la naturaleza de una normativa de calidad hospitalaria y de la importancia de la integración de todas las normas vigentes y los recursos con los que cuenta los hospitales de tercer nivel para que estas funcionen:

- Será tarea de las autoridades encargadas de ejecutar el presente trabajo de investigación lograr que los empleados de los hospitales de tercer nivel tengan claro el significado de los conceptos de mejora de la calidad en el servicio para obtener los resultados planteados.
- El estudio se enfocará en la normativa vigente que actualmente se está implementando en los hospitales de tercer nivel, por lo que no incluirá hospitales o centros de atención en otra clasificación.

# IMPORTANCIA Y JUSTIFICACION

## Importancia

Actualmente en el país se cuenta con un sistema de salud que no se rige por estándares competitivos, con deficientes evaluaciones y bajos niveles de control en el modelo de gestión por procesos hospitalaria que se lleva a cabo, dejando indicadores desfavorables y a la vez una mala la vista y reputación del país en la región como en el mundo, ya que el cuidado a sus ciudadanos en el ámbito de la salud es primordial en el nivel de calidad de vida que puedan llegar a tener las personas en dicho lugar y así generar la perspectiva de que, tan bien se manejan los recursos del país en beneficio de los habitantes, la manera de poder alcanzar el éxito es sencilla pero difícil de aplicar que se posea un principio de conducta cotidiana positiva, expresada en el desempeño integral a partir de la sensibilidad humana y el elevado profesionalismo, como resultado del desarrollo y la aplicación de conocimientos, el llevar a estos criterios el sistema de salud en El Salvador es un reto hoy en día ya que se tiene mucho por mejorar comenzando desde la evaluación de su sistema actual para poder llegar a aspirar adaptar normas internacionales que se rigen por la calidad y la búsqueda de la excelencia día con día.

Es de suma importancia que el MINSAL pueda responder oportunamente ante las necesidades de este sector poblacional especialmente vulnerable y así lograr su íntegra rehabilitación e integración a la sociedad; que les permita desarrollarse en diferentes ámbitos básicos en la sociedad como el educativo y laboral para poder aportar en su núcleo familiar y les permita gozar de una mejor calidad de vida.

## Justificación

La completa aplicación de la Política Nacional de la Salud, el cumplimiento de los objetivos y planes establecidos, mantenimiento de indicadores positivos son las bases que posee el MINSAL para poder llevar un servicio de atención médica de calidad y excelencia hacia la comunidad salvadoreña, el MINSAL es el órgano ejecutivo encargado de ofrecer prioridades de calidad para sus pacientes como:

- Acceso oportuno
- Seguridad
- Integralidad
- Efectividad
- Satisfacción del usuario

Existen una serie de problemáticas multicausales dentro del MINSAL (Ministerio de Salud); que conllevan como parte final a la insatisfacción de los beneficiarios, ya que estos esperan recibir con la mayor prontitud y la mejor calidad los diferentes servicios y medicamentos que cada uno requiere según la necesidad presentada. Y así poder gozar de los beneficios que demandan el llevar un servicio de salud de calidad y excelencia:

- ✓ Disminución de los tiempos de espera
- ✓ Personal capacitado para atender a los pacientes
- ✓ Acceso a la prevención y promoción de la salud
- ✓ Diagnóstico temprano
- ✓ Tratamientos y rehabilitación de la salud

Son una serie de componentes que garantizan que la calidad de vida sea de muy buena calificación en el país.

El crecimiento de la población no es favorable para la prontitud y la mejor calidad de los servicios, ya que los recursos se limitan con el crecimiento de responsabilidad y población esperada para los hospitales de tercer nivel, pero si presenta la oportunidad de lograr atender a las poblaciones esperadas en el país.

- Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, la población de responsabilidad del 2017 al 2018 experimento un cambio de 928,147 personas a 882,117, sin embargo se cuenta con edades mayores a 12 años que es el límite de edad para el hospital, pero se atiende hasta personas de 18 años.
- Hospital Nacional de la Mujer la población femenina es más numerosa y representa el 53% de la población total con dos subconjuntos de interés: población de mujeres en edad fértil, que representan el 64% de las cuales el 28% son adolescentes, de la población femenina las adolescentes representan el 18% y la población de adultas mayores de 50 años representan el 21% del total de población femenina. La población esperada en su mayoría son de los 10 a los 29 años de edad.
- Hospital Nacional Rosales, siendo especializado, de referencia nacional, se estima que el Hospital Nacional Rosales tiene a cargo el 1% de la población salvadoreña; dato que se aproxima a la cantidad de pacientes atendidos en un año, se reporta que el 49.17% es del sexo masculino y el 50.83% del sexo femenino, el mayor porcentaje es tomado por la población de la tercera edad específicamente de 60 años en adelante con un 17.78% y un 18.51% de hombres y mujeres respectivamente.

# CAPITULO I: GENERALIDADES

## 1.1. MARCO TEÓRICO

### 1.1.1. Calidad

En la actualidad, las empresas de todos los países del mundo tienen una creciente preocupación por la calidad de los productos y servicios que ofrecen. Esto se origina por la exigencia de los consumidores y usuarios para satisfacer sus necesidades, las cuales cambian frecuentemente.

Debido a que un producto o un servicio es de calidad cuando satisface las necesidades de los usuarios consumidores y, a que las necesidades de estos son cambiantes, la exigencia a las empresas también cambia, originando que la competencia en calidad se acentúe. Las características de esta situación han sido determinadas para que se impulse el desarrollo de un conjunto de actividades vinculadas entre sí, que contribuyen al logro de la calidad esperada por los clientes.

Es necesario señalar, que la calidad frecuentemente se le menciona dándole diferentes sentidos: Calidad es adecuación al uso. Calidad es cumplir requisitos.

Calidad es la resultante de una combinación de características de diseño y de fabricación, que determina el grado de satisfacción con el producto. Por ello, es necesario establecer un solo concepto: "calidad se define como todas las características o propiedades de un producto o servicio, que determinan su capacidad de satisfacer las necesidades del cliente". La obtención continua de productos de calidad (aseguramiento de calidad), se basa en la aplicación de Normas Técnicas que establecen los requisitos que estos productos deben cumplir y en el ordenamiento del trabajo en una forma que permita alcanzarlos.

Para que una organización pueda lograr que su producto o servicio tenga la calidad que el cliente espera, debe averiguar que necesidades se requiere satisfacer y traducirlas a requisitos por cumplir, detallándolos en la Norma Técnica correspondiente (calidad de diseño).

Cuando en la fabricación o prestación de servicio se logra alcanzar la calidad detallada en el diseño, se dice que se ha logrado la conformidad del producto con la Norma Técnica (calidad de conformidad).

## 1.1.2. Evolución histórica de la calidad

A través del tiempo el concepto de calidad ha sido concebido de acuerdo al enfoque de la misma, siendo así que se pueden identificar 3 enfoques distintos para definir la calidad, estos enfoques son:

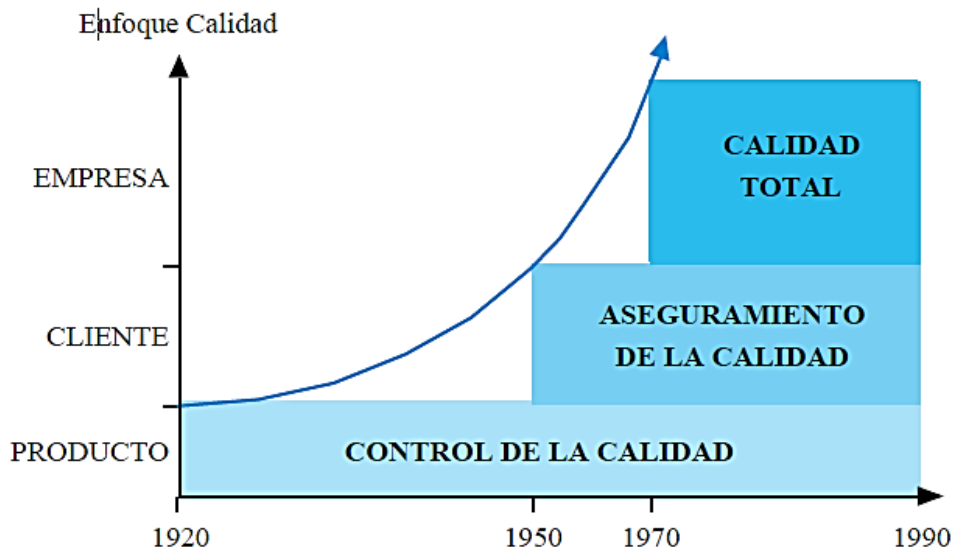
- Enfoque en el producto
  - El grado en que un producto cumplía con las especificaciones técnicas que se habían establecido cuando fue diseñado.
- Enfoque en el cliente
  - La adecuación al uso del producto, o más detalladamente, el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas.
- Enfoque en todos los elementos de la organización
  - Todas las formas a través de las cuales la organización satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, sus empleados, las entidades implicadas financieramente y toda la sociedad en general.

Estas son las adaptaciones que el concepto de calidad ha tenido a través de tiempo, la Organización Internacional de Normalización ISO se refiere a la calidad como lo siguiente:

“La calidad de los productos y servicios de una organización está determinada por la capacidad para satisfacer a los clientes, y por el impacto previsto y el no previsto sobre las partes interesadas pertinentes” (NTS ISO 9000:2015, Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario, pag. 2).

En la cita anterior podemos observar que para referirse a calidad, utiliza una serie de palabras claves como lo son: Satisfacción, clientes, previsión y partes interesadas. La cita anterior engloba las necesidades y expectativas de los clientes a través de la satisfacción y además considera el entorno de la organización en relación a los riesgos que este entorno representa para la organización y en el cumplimiento de las expectativas de los clientes. Es decir define calidad como la respuesta a una solicitud del cliente y en consideración de las eventualidades del entorno.

Así inicialmente se hablaba de Control de Calidad, departamento o función responsable de la inspección y ensayo de los productos para verificar su conformidad con las especificaciones. Luego en los años 50 el enfoque en el cliente dio origen al término “Quality Assurance” (Aseguramiento de la calidad) y que engloba al “conjunto de actividades planificadas y sistemáticas, necesario para dar confianza de que un producto o servicio va a satisfacer los requerimientos establecidos”. Todo este ámbito, que se circunscribe a la certificación ISO 9000:2015, ha pasado a denominarse actualmente Gestión de la Calidad.



Evolución de la Calidad

Gráfico 1. Etapas de la evolución de la calidad.

Posteriormente, han surgido varios términos como Total Quality Management, Company Wide Quality Control., que podríamos traducir a lo que actualmente se le denomina **Calidad Total o Excelencia**.

Esta evolución del concepto de calidad ha sido paralela a la evolución en los últimos años de los sistemas de producción. Estos han evolucionado desde la producción en masa hasta la producción ajustada (lean production).

Para este trabajo se tendrá como resultado una herramienta de control de cumplimiento de requerimientos que servirá para medir el nivel de calidad que se tiene en el MINSAL actualmente y tener una idea actualizada del nivel de desempeño que se realiza en la institución en el tema de calidad. El trabajo llegara solamente a brindar una herramienta para el control interno del MINSAL en el cumplimiento de la calidad.

Será responsabilidad de las autoridades pertinentes realizar la implantación de la herramienta dentro de la institución, el seguimiento de los resultados y las acciones correctivas para la mejora continua para ir gradualmente mejorando los niveles de calidad ofrecidos por el MINSAL en sus servicios. Lo que nos dará una priorización inicial del cumplimiento de los requerimientos de calidad y más adelante mientras se vaya mejorando la calidad y se tenga un seguimiento adecuado de los resultados, se podrá tener esfuerzos respectivos como la priorización de la excelencia.

### 1.1.3. Planificación de la calidad

Independientemente del tipo de organización, producto o proceso de planeación de calidad se puede generalizar en una serie universal de pasos de entrada-salida llamado “mapa de planeación de la calidad”, como sigue:

- Identificar quiénes son los clientes.
- Determinar las necesidades de esos clientes.
- Traducir las necesidades a nuestro lenguaje (el de la compañía).
- Desarrollar productos con características que respondan en forma óptima a las necesidades de los clientes.
- Desarrollar un proceso que sea capaz de producir las características del producto.
- Transferir el proceso a la operación.<sup>1</sup>

#### 1.1.4. Variedades de las necesidades de los clientes

El objeto de las necesidades humanas es bastante complejo, porque los seres humanos son complejos. Al escarbar en este tema, pronto descubrimos que hay mucho por debajo de la superficie.



Imagen 1. El diagrama de entrada/ salida

##### 1.1.4.1. Organización sistemática de las necesidades

En las sociedades industriales las necesidades de los clientes llegan a ser muy numerosas. Desde luego que diversas industrias se levantan para satisfacer tales necesidades. Pero incluso dentro de cada industria las necesidades son todavía tan numerosas que los planificadores han desarrollado unos enfoques sistemáticos para tratar con esos números tan elevados. Uno de esos sistemas organiza las necesidades de los clientes en una pirámide lógica que interrelaciona las necesidades: primarias, secundarias, terciarias, y así sucesivamente.

##### 1.1.4.2. La pirámide de las necesidades

Obviamente la salud es una necesidad humana primaria. Tal como la ven muchos «clientes», la salud consiste en satisfacer necesidades secundarias, tales como sentirse bien, no cansarse, disfrutar de las comidas, dormir bien, recuperarse rápidamente de las enfermedades y tener buen aspecto.

<sup>1</sup> Juran y la Planificación de la calidad.





Imagen 2. Pirámide de necesidades de maslow

A su vez, la necesidad secundaria de «sentirse bien» se desglosa en las necesidades terciarias tales como una buena vista, buen oído, reflejos rápidos y otros. Podemos mostrar la pirámide de las necesidades de los cuidados de salud con un modelo gráfico.



Imagen 3. Pirámide de las necesidades (el ejemplo del cuidado de la salud)

Esta proliferación alcanza tanto a los bienes como a los servicios. El coche constituye un ejemplo muy bien comprendido. Las necesidades primarias del cliente son seguridad, comodidad, economía, espacio amplio, duración, aspecto, y así sucesivamente (no en este orden necesariamente). Una de estas necesidades —la economía— da lugar a unas necesidades secundarias, tales como un precio de compra bajo, elevado valor comercial, coste de financiación bajo, coste de operación y de mantenimiento bajo y valor de reventa alto.

A su vez, la necesidad secundaria del coste de operación y mantenimiento abajo se desglosa en unas necesidades terciarias, tales como la cobertura de la garantía, el rendimiento del carburante, confianza en el producto y servicio adecuado.

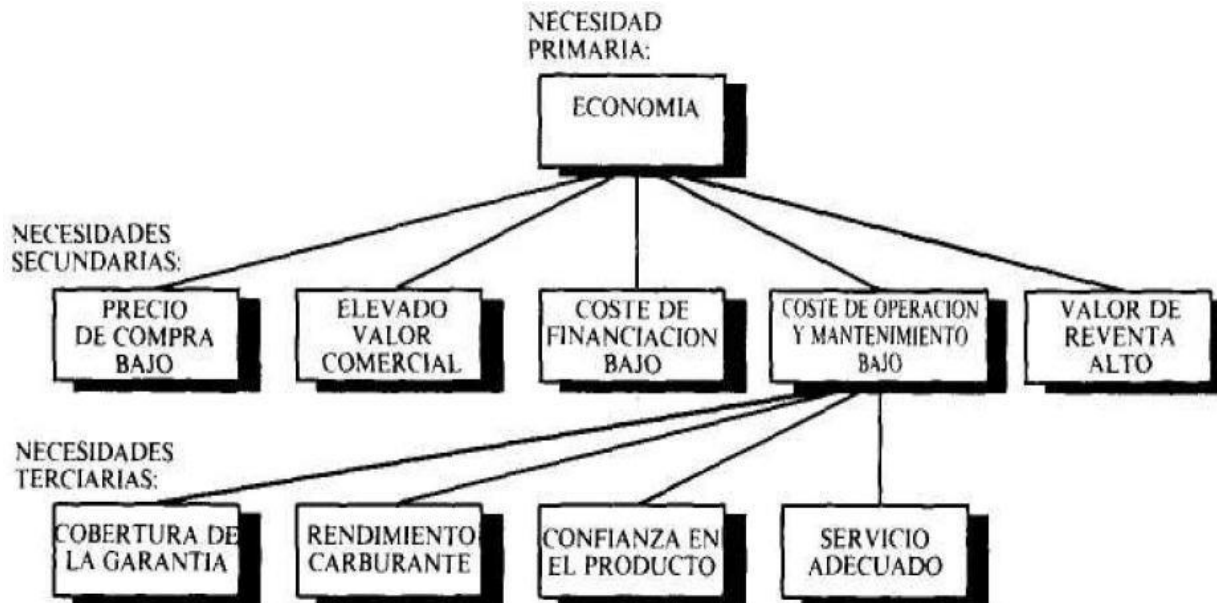


Imagen 4. Pirámide de las necesidades para un coche en forma gráfica

La imagen 4 muestra la pirámide de las necesidades para un coche.

Cuando se planifica la calidad es necesario analizar las necesidades de los clientes hasta las secundarias, terciarias y, en los casos complejos, aún más. La razón es que el análisis tiene valor. Incrementa nuestros conocimientos sobre las necesidades de los clientes. Hay también un punto final en la subdivisión. No sigue y sigue *ad infinitum*<sup>2</sup>. Se alcanza el punto final siempre que las necesidades de los clientes se conozcan con una precisión tal que las posteriores subdivisiones no suministrarían más conocimientos sobre las necesidades de los clientes.

A pesar del hecho de que las necesidades de los clientes pueden ser muy numerosas, cada una requiere una planificación específica de la calidad. Cada una requiere unos medios de medida, un objetivo, un diseño del producto y un diseño del proceso. Para simplificar la vida de los planificadores, y para estar seguro de que no se olvida nada, las necesidades se disponen en una forma ordenada.

### 1.1.5. Infraestructura de la calidad

La metrología, las normas, los ensayos y la administración de la calidad son vitales para los productos y los procesos de producción aunque los consumidores no siempre estén conscientes de ello. No obstante, estos mismos consumidores a menudo utilizan los sellos de calidad emitidos por certificadores de productos como guía al tomar decisiones de

<sup>2</sup> Se mantienen las expresiones latinas del original. (N. del T.)

compra. Asimismo, reparan en estos efectos en forma negativa si, por ejemplo, se encuentran con equipo técnico que no puedan conectar en su sistema.

Por infraestructura de la calidad IC nos referimos a todos los aspectos de metrología, normalización, ensayos, y administración de la calidad incluyendo certificación y acreditación. Esto incluye las instituciones públicas y privadas así como el andamiaje regulador dentro del cual operan.

### **1.1.6. La Normalización**

En su evolución los hombres pasaron de ser primero nómadas, cazadores y recolectores, a organizarse en clanes y luego en tribus y asentarse en determinadas áreas donde se dedicaron unos a cultivar la tierra y otros a domesticar animales para obtener productos necesarios para alimentarse y cubrirse de las inclemencias climáticas.

Con el tiempo, iniciaron el intercambio de productos entre tribus, creando el trueque. Para efectuarlo, tuvieron que acordar el establecimiento de incipientes unidades de medida, de “peso” para que los granos secos y de volumen para la leche, el aceite y la miel y las equivalencias entre ellas. El establecimiento de estas unidades e muestra de la precoz actividad normalizadora del hombre.

Más adelantes los grupos humanos acordaron asignar valores de intercambio a piezas metálicas acuñadas dando origen a la moneda, de uso común en las transacciones de productos y posteriormente, en la retribución de servicios. La moneda es también fruto de la actividad normalizadora.

De épocas más recientes tenemos el esfuerzo normalizador del hombre, a los que muchas veces no prestamos atención, pero que nos facilitan tremendamente la vida.

Así cuando vemos la hora en el reloj de la catedral, no reparamos en que la disposición de los números en su esfera y el giro de sus agujas, siempre se produce en la misma forma, porque es una norma técnica de hecho.

Similarmente, cuando vamos en un automóvil y llegamos al cruce con una avenida muy transitada, encontramos un semáforo que regula el paso de los vehículos mediante el encendido ordenado de sus luces, verde para pasar, amarillo para prevenirnos que va a cambiar y rojo para detenernos. El semáforo es un artefacto que aplica una Norma Técnica aceptada a lo largo y ancho del mundo.

Con la llegada de la industria, al elaborarse grandes cantidades de artículos producidos en serie, ha sido necesario normalizar, es decir, tomar acuerdos para reducir variedades y uniformizar tipos, regular dimensiones, fijar tallas y definir requisitos múltiples aspectos, a fin de que los productos satisfagan las necesidades de los consumidores.

Más adelante, al requerirse organizar las actividades de producción industrial y los procesos de prestación de servicios para asegurar la satisfacción de las necesidades de los clientes, se hizo necesario normalizar la gestión de las empresas, recogiendo en documentos normativos las recomendaciones adecuadas para lograrlo.

La normalización es, como podemos apreciar, una actividad muy importante, que debemos definir: como una actividad colectiva mediante la cual los interesados acuerdan establecer disposiciones que permiten ordenar un campo determinado.

Se realiza Normalización en muchos campos de la actividad del hombre. Así por ejemplo, las leyes son producto de la actividad normalizadora orientada a establecer el orden en la vida del hombre en sociedad y que resultan en acuerdos a los que llegan los parlamentarios elegidos para encargarse de su formulación.

La Real Academia de la Lengua Española normalizada, por cuanto sus miembros establecen por acuerdo normas para la incorporación y uso de nuevas palabras, con sus correspondientes significados, en nuestro idioma.

Sin embargo, siendo de uso general el Establecimiento de normas, a la NORMALIZACIÓN se le relaciona más comúnmente con el establecimiento de requisitos que se debe cumplir un producto, un proceso o un servicio, a fin de que se satisfaga las necesidades de quien lo consume o use. Los documentos que contienen los requisitos a cumplir se denominan "Normas Técnicas".

Hoy en día se identifica a la normalización como una disciplina que involucra la elaboración, la aprobación, la difusión y la aplicación de las Normas Técnicas y por tener un nombre propio que identifica a un conjunto de actividades.

En El Salvador, el organismo competente para conducir las actividades de Normalización es el Organismo Salvadoreño de Normalización, OSN.

#### **1.1.6.1. REQUISITOS GENERALES DE NORMALIZACIÓN**

Para la elaboración de una Norma Técnica, se deben tener en cuenta fundamentalmente tres requisitos generales: homogeneidad, equilibrio y cooperación.

Homogeneidad: antes de iniciar el estudio de una norma técnica, es necesario conocer y estudiar las normas ya existentes, que puedan tener relación con la que se desarrolla. De esta forma se establece la coordinación necesaria para evitar contradicciones y desorden. No existe ni puede existir una norma aislada, al igual que no existe una organización aislada.

Se habla del sector industrial, la interdependencia entre las distintas ramas de una industria y entre las distintas industrial, obliga a mantener la mayor homogeneidad posible de las normas técnicas.

Para lograr la homogeneidad de las normas y, por ende, su buena elaboración, es necesario que las mismas se encaucen por la intermediación de un organismo coordinador, como la OSN. Este mismo principio se aplica internacionalmente, de ahí la existencia de organismos coordinadores de los trabajos de normalización en el ámbito internacional regional.

Equilibrio: la Norma Técnica debe lograr un estado de equilibrio entre las necesidades del progreso y las posibilidades económicas. Lógicamente, este estado de equilibrio no es estadístico, sino, dinámico, que a medida que cambian las condiciones, se revisa la norma para adaptarla al nuevo estado de equilibrio.

Cooperación: la elaboración de una norma técnica, es una obra de carácter eminentemente colectivo, en la cual deben participar todos los intereses, en una discusión franca y libre que garantice el consenso general.

#### 1.1.6.2. OBJETIVOS DE LA NORMALIZACIÓN

- Mejorar la economía general, en términos de esfuerzo humano, materiales, energía, etcétera para la producción e intercambio de bienes y servicios.  
Esto es posible mediante la reducción de variedades y la especialización que promueve la mayor producción escala y el de insumos normalizados, lo que permite una producción fluida y la intercambiabilidad de materiales, partes y componentes a menores precios, costos y con una calidad homogénea.
- Proteger al consumidor, para que este obtenga productos y servicios que satisfagan sus necesidades. Aun cuando la razón inicial para desarrollar la normalización ha sido disminuir los costos de producción, el interés de los consumidores ha sido un estímulo para continuarla, y son en última instancia los beneficiados.
- Garantizar la seguridad de las personas; bienes y medio ambiente, en lo referente a reducir riesgos de accidentes y proteger la salud y la vida.  
Esto se refleja en las normas que especifican elementos de protección personal y medio ambiente, como condiciones de transporte, almacenamiento y manipulación de sustancias peligrosas, prevención de riesgos, señales, letreros y otros medios de advertencia, contaminación ambiental, etc.  
Establecer un lenguaje común, para lograr una forma de expresión y comunicación que permita y facilite el entendimiento entre los distintos sectores: productores, distribuidores, consumidores, importadores, exportadores, etc.  
Este lenguaje común se establece a través de normas de definiciones, simbología, unidades, expresión gráfica, etc.
- Eliminar obstáculos técnicos al intercambio de bienes y servicios entre países. El cumplimiento de normas técnicas internacionales permite el intercambio de mercadería entre países y así lo establece el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al comercio de la Organización Mundial del comercio (OMC)

#### 1.1.6.3. VENTAJAS DE LA NORMALIZACIÓN

La normalización constituye un valioso instrumento de desarrollo para fortalecer la producción y el intercambio de bienes y servicios en un país. Entre las principales ventajas para los distintos componentes de la sociedad podemos mencionar:

##### **Para el país:**

- Aumentar la productividad, reduciendo desperdicios y rechazos.
- Mejorar la producción en cuanto a la calidad, cantidad y regularidad.
- Proteger al consumidor.

- Lograr el establecimiento progresivo de catálogos con los productos nacionales de calidad.
- Lograr el equilibrio entre la oferta y la demanda en materia de calidad.
- Disminuir litigios, gracias al establecimiento de requisitos de calidad en forma conjunta entre proveedor y cliente.
- Participar en los mercados internacionales con productos que cumplan los requisitos que ellos exigen.
- Mejorar la economía general, mediante el aumento de las exportaciones y la oferta de productos conformes con norma en el mercado interno, lo que permitirá un mejor nivel de vida.
- La transferencia de tecnología, permitiendo la selección e incorporación de tecnología adecuada a las unidades productivas del país.

#### **Para los usuarios:**

- Da garantías de calidad, seguridad e intercambiabilidad.
- Posibilita comparar las ofertas, desde el punto de vista de calidad, con base en las normas.
- Facilita la formulación de pedidos.
- Permite mayor cumplimiento en los plazos de entrega.
- Facilita el acceso a datos técnicos, antes dispersos e inciertos.
- Sirve de base técnica para licitaciones.

#### **Para el productor:**

- Permite la organización racional de las operaciones, ya que puede normalizar y controlar desde la materia prima hasta el producto terminado.
- Logra la reducción de desperdicios y rechazos, gracias a que racionaliza el tipo y cantidad de materia a utilizar y optimizar la producción.
- Aumenta la productividad como resultado de la racionalización de los factores de producción.
- La normalización técnica es una herramienta útil para disminuir productos almacenados y reducir así el capital inmovilizado, permitiendo usar ese nuevo espacio disponible.
- Reduce gastos de administración, ya que se pueden mejorar los métodos y hacer las cosas bien desde la primera vez, evitando así desperdicios, reproceso y rechazos.
- Disminuye gastos al aumentar la productividad.
- Ofrece argumentos efectivos para la venta.
- Al uniformar tamaños, formas y tipos de productos el productor se favorece en la adquisición de materias primas.
- Facilita la comercialización, ya que el producto es un artículo de calidad estable y satisfactoria.
- Se aumenta la satisfacción del consumidor, meta deseable de todo buen productor.

#### **1.1.6.4. NIVEL DE NORMALIZACIÓN**

Alcance geográfico, político o económico del área que participa en la normalización.

- Normalización internacional: Normalización cuya participación está abierta a organismos pertinentes de todos los países.
- Normalización regional: Normalización en la cual la participación está abierta a los organismos pertinentes de los países de solamente un área geográfica, política o económica del mundo.
- Normalización nacional: Normalización que tiene lugar a nivel de un país específico.

Nota: Dentro de un país o una división territorial de un país, la normalización puede también tener lugar a nivel de sectores o de departamentos (ejemplo ministerios), a niveles locales, a nivel de asociaciones o de empresas, en la industria y en las fábricas, talleres y oficinas individuales.

- Normalización territorial (provincial: Normalización que tiene lugar a nivel de una división territorial de un país.

#### **1.1.7. Norma Técnica**

Es un documento que establece, por consenso y aprobado por un organismo reconocido, reglas y criterios para usos comunes y repetidos. Es decir, establece las condiciones mínimas que deberán unir un producto o servicio para que sirva al uso al que está destinado.

##### **1.1.7.1. OBJETIVO DE LA NORMA TÉCNICA**

El objetivo es establecer los requisitos que deben cumplir los productos o servicios para asegurar su aptitud para el uso, compatibilidad, intercambiabilidad, selección de variedades, seguridad y protección del medio ambiente.

##### **1.1.7.2. BENEFICIOS DE LAS NORMAS TÉCNICAS**

- Aseguran una mejor adaptación de los productos y servicios a los fines que se destinan.
- Facilitan la transferencia y cooperación tecnológica.
- Aumentan la competitividad de las empresas.
- Mejoran y clasifican el comercio nacional, regional e internacional.

##### **1.1.7.3. CARÁCTER DE LAS NORMAS TÉCNICAS**

La Norma por su forma de elaboración y por el ámbito en que se realiza es de <<carácter voluntario>> y refleja el <<estado del arte>> en un lugar y momento determinado.

#### 1.1.7.4. TIPOS DE NORMAS TÉCNICAS

Se colocan a continuación los diferentes tipos de normas técnicas existentes:

##### DE ACUERDO A LAS ENTIDADES QUE LAS ELABORAN Y APRUEBAN

- **Normas Técnicas Internacionales:**  
Son Normas Técnicas elaboradas por Organizaciones Internacionales de Normalización en las que participan entidades de Normalización representativas de países de todo el mundo, no se interesan en contar con Normas Técnicas de aceptación Internacional. Entre ellas tenemos a las Normas de la ISO, Organización Internacional de Normalización; la IEC; Comisión Electrotécnica Internacional; y del CODEX Alimentarias de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- **Normas Técnicas Regionales:**  
Son Normas Técnicas elaboradas por Organizaciones de Normalización con alcance a regiones del mundo, las que están conformadas por las entidades de Normalización, representativas de los países de la región pertinente. Así, tenemos las normas EN, elaboradas por el Comité Europeo de Normalización (CEN), con alcance a países de Europa, y las Normas COPANT, elaboradas por la Comisión Panamericana de Normas Técnicas, con alcance en países de América.
- **Normas Técnicas Nacionales:**  
Son Normas Técnicas aprobadas por Organismos Nacionales de Normalización. Así por ejemplo en Alemania, se tienen las Normas Técnicas DIN; En Estados Unidos las Normas Técnicas ANSI; En España las Normas Técnicas UNE, aprobadas por AENOR; en Francia las Normas Técnicas AFNOR; en Japón las Normas Técnicas JIS; en Colombia las Normas Técnicas INCOTEC; en el Salvador, las Normas Técnicas Salvadoreñas, aprobadas por el OSN.
- **Normas Técnicas de Asociación de grupo:**  
Aquellas establecidas por asociaciones industriales o por órganos gubernamentales, teniendo por ello alcance doméstico. Entre ellas tenemos las Normas Técnicas UL y las Normas Técnicas ASTM, en Estados Unidos y las Normas Técnicas de la Asociación de la Industria Electrónica del Japón.
- **Normas Técnicas de Empresas:**  
Aquellas establecidas por empresas para fijar dimensiones, requisitos de los productos, métodos de muestreo e inspección y disposiciones para el envase y rotulado, con el fin de suplir la ausencia de Normas Técnicas Nacionales o de distinguir a sus productos para posicionarse mejor en el mercado.

Es necesario señalar que cuando una norma técnica es adoptada por un país como exigencia de cumplimiento obligatorio, adquiere la condición de Reglamento Técnico.



## DE ACUERDO A QUIEN VAN DIRIGIDAS

- Norma técnica de producto:

Aquella que contiene los requisitos que un producto debe cumplir para ser apto para su uso o consumo.

- Norma técnica de terminología:

Aquella que establece métodos, máquinas y útiles para la realización de pruebas y análisis sobre materiales y productos.

- Norma técnica de proceso:

Aquella que especifica los requisitos que debe cumplir un proceso. Las normas técnicas de procesos, abordan generalmente temas vinculados a los Sistemas de Gestión de Calidad, Ambiental, Ocupacional, etc.

Ocasionalmente las Normas Técnicas de producto pueden ser completas, incluyendo además de los requisitos, aspectos tales como terminología, clasificación, muestreo e inspección, ensayo, envase y embalaje, rotulado, y a veces, requisitos del proceso de obtención (ejemplo, Normas Técnicas de gestión de calidad, de gestión ambiental, de buenas prácticas de manufactura, etc.).

### **1.1.8. Importancia de la normalización en Salud.**

#### **1.1.8.1. EL GOBIERNO DE EL SALVADOR EN EL CUIDO DE LA SALUD**

La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento<sup>3</sup>.

En El Salvador el cuidado de la salud está en manos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), los Hospitales Militares, las Instituciones de Salud Privadas y los Organismos No Gubernamentales (ONG).

Desde el 23 de Julio de 1900, el MSPAS está proporcionando servicios de atención a la salud en nuestro país y, aunque actualmente es un ente ejecutor, su visión es llegar a ser el ente rector para el sector salud a nivel nacional, garantizando a los habitantes de El Salvador servicios integrales de salud en armonía con el ambiente, eficiencia, y calidez, tendencia que está siendo adoptada por la mayoría de los Ministerios de Salud de Latinoamérica.

#### **1.1.8.2. EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

“El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la

---

<sup>3</sup> Según el Artículo Art. 65 de la Constitución de la República de El Salvador

Salud”<sup>4</sup>. Es además, la Institución responsable de facilitar los procesos que garantizan servicios de salud con calidad y calidez a los salvadoreños.

Actualmente, el MSPAS está trabajando en el proceso de modernización de la Institución para brindar servicios de salud de mejor calidad y para ser más eficiente en el uso de los recursos asignados. Este proceso incluye la implementación de nuevos modelos de atención, provisión y gestión de los servicios de salud, por medio de una reorganización administrativa y funcional de la institución.

La base del nuevo Modelo de Atención es aplicar los medios, recursos y prácticas para la conservación y el restablecimiento de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de los salvadoreños.

El nuevo Modelo de Provisión consiste en organizar la prestación de los Servicios de Salud en zonas o áreas sanitarias, utilizando un modelo de redes, fundamentados en tres niveles básicos de resolución. El primer y segundo nivel corresponde a los SIBASI<sup>5</sup> y el tercer nivel corresponde a los Centros Especializados de Referencia Nacional.

En el nuevo Modelo de Gestión se define la centralización normativa y la descentralización operativa. De esta manera nacen los conceptos de ente Rector y ente Gestor Proveedor. El ente Rector está representado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien tiene la responsabilidad de la Regulación y la Normatividad. El ente Gestor Proveedor es el SIBASI.

Como modelo de Gestión Descentralizada, el Ministerio está trabajando en la transferencia gradual de las funciones gerenciales de planificación, provisión de servicios y toma de decisiones relacionadas con los recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos de acuerdo a las iniciativas y requerimientos propios del SIBASI, para cumplir con las políticas del ente rector.

## **1.1.9. Importancia de una infraestructura de la Calidad**

### **1.1.9.1. ¿Por qué una infraestructura nacional de la calidad?**

Mientras el comercio internacional fue limitado y los fabricantes y proveedores pertenecían a una misma zona económica, no existió aliciente para armonizar normas y unidades de medición, ahora existen estructuras de organización que cruzan fronteras nacionales y regionales.

Los países industrializados han tenido siglos para establecer y mejorar sistemas funcionales de metrología, normalización, ensayos, y administración de la calidad. Al poder probar su competencia técnica a través de varios medios de evaluación y de comparación, han logrado un reconocimiento multilateral.

---

<sup>4</sup> Artículo 40 del Código de Salud

<sup>5</sup> Sistema Básico de Salud Integral. Es la parte operativa que desarrolla un Modelo de Atención Integral en Salud

En contraste, para competir con sus contrapartes industrializadas, las economías en desarrollo, como es el caso para El Salvador, se ven obligadas a ponerse rápidamente al día en todos los campos pertinentes de los requerimientos de exportación, la seguridad de los alimentos, la protección al consumidor, o aspectos de salud, como en el presente estudio. Sin embargo, una visión realista muestra en muchos países sistemas fragmentados y no coordinados, o bien que simplemente no son reconocidos internacionalmente.

#### **1.1.9.2. ¿Qué es una infraestructura de la calidad?**

La metrología, las normas, los ensayos y la administración de la calidad son vitales para los productos y los procesos de producción aunque los consumidores no siempre estén conscientes de ello. No obstante, estos mismos consumidores a menudo utilizan los sellos de calidad emitidos por certificadores de productos como guía al tomar decisiones de compra, esto se da más que todo en países de primer mundo, sin embargo es lo que se pretende lograr en El Salvador promoviendo la cultura de calidad.

Por infraestructura de la calidad IC, se refiere a todos los aspectos de metrología, normalización, ensayos, y administración de la calidad incluyendo certificación y acreditación. Esto incluye las instituciones públicas y privadas así como el andamiaje regulador dentro del cual operan.

Los grupos meta, claramente definidos, son:

- Empresas y productores en agricultura, industrias forestales, pesqueras, artesanías y comercios, que se beneficien de un sector comercial regulado por servicios confiables de IC,
- Pequeñas y medianas empresas que, a diferencia de las grandes empresas, no cuentan con capacidades propias de calibración y ensayos y que pueden recurrir al soporte de entidades centrales de IC. Un factor clave es que ello les permite aumentar las ventas de sus productos al poder mostrar constataciones de su Calidad.
- Comercio interno y exportaciones/importaciones, los cuales requieren de servicios de ensayos para, por ejemplo, someterse a inspecciones o verificaciones de cantidad o calidad.
- Reguladores, que pueden descansar en esta infraestructura y evitar así la duplicación de facilidades y servicios, particularmente en países con recursos limitados.
- Investigación y desarrollo en las empresas, ya que tendrán mejor acceso a todos los componentes de aseguramiento de la calidad.
- Comunidad científica y académica la cual depende de mediciones y procedimientos de ensayo confiables e internacionalmente reconocidos.
- Instituciones financieras que se inclinarán más por conceder créditos a empresas capaces de mostrar certificaciones de calidad.
- Empresas aseguradoras que podrían ofrecer mejores primas a aquellos que cumplan con estándares de calidad.
- Organismos de arbitraje de disputas comerciales, tanto nacionales como internacionales.

A final de cuentas el grupo meta es toda la población ya que la existencia de empresas más productivas, una mayor integración al sistema mundial de comercio, así como una mayor protección del consumidor y del ambiente, tienen un impacto positivo en el mercado laboral,

los niveles de ingreso y la calidad de vida, incluso llevarían a la disminución de la delincuencia que atraviesa el país.

### 1.1.9.3. Desafíos del libre comercio y la globalización

Las normas y su cumplimiento pueden llegar a significar nuevas barreras de ingreso. Un ejemplo: en nuestro país, el alto costo de los procedimientos de certificación pone en seria desventaja a los pequeños agricultores y cooperativas que no tienen acceso a asistencia técnica. Las instituciones públicas se ven cada vez más impotentes para defender los intereses de los productores, especialmente los pequeños. El resultado es que, en muchos casos, los pequeños productores se ven completamente marginados del proceso de establecimiento y monitoreo de normas.

Con anterioridad eran únicamente las tarifas las que, en principio, eran reconocidas como restricciones a las exportaciones/importaciones y al comercio internacional. La atención se centra ahora en los llamados obstáculos técnicos o barreras no arancelarias.

El Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (TBT) a veces llamado el Código de Normas – es uno de los textos legales del acuerdo Organización Mundial del Comercio (OMC) que obliga a los Miembros de OMC a asegurar que los reglamentos técnicos, las normas voluntarias y los procedimientos de evaluación de la conformidad, no creen obstáculos innecesarios al comercio. Es esencial una infraestructura nacional de la calidad para abatir los obstáculos técnicos al comercio.

Los acuerdos bilaterales y multilaterales de libre comercio hacen cada vez más referencia a la competencia técnica reconocida a través de estructuras IC equivalentes. Por ejemplo, el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (TBT) de la Organización Mundial del Comercio (OMC) enuncia claramente que las entidades del Gobierno central deberán asegurar la aceptación de procedimientos de evaluación de la conformidad basados en una competencia técnica adecuada y un cumplimiento verificado por medio de acreditaciones. Éste es un requisito que no puede cumplirse sin contar con una estructura IC internacionalmente reconocida.

Para los productores o proveedores serios de servicios, el que sus productos sean evaluados y certificados como cumplidores de normas internacionales ISO les permite diferenciarse de proveedores menos respetables. Cuando están en juego la salud pública, la seguridad o el ambiente, los *reglamentos gubernativos* usualmente hacen *obligatoria* la evaluación de conformidad. Sin evaluación y aprobación gubernamental, puede ser prohibida la venta de los productos o los proveedores pueden verse descalificados para entrar a licitaciones de contratos con el Gobierno.

Acuerdo OMC-TBT, Artículo 6: Reconocimiento de la Evaluación de Conformidad por entidades del Gobierno Central – Artículo 6.1.1. Demanda:

... competencia técnica adecuada y sostenida...

... certeza en la confiabilidad de los resultados de la evaluación de Conformidad...

... cumplimiento verificado... por acreditaciones...

... con guías y recomendaciones pertinentes emitidas por entidades Internacionales de normalización...

Acuerdos recientes tales como “DR-CAFTA – TBT” (el acuerdo sobre obstáculos técnicos al comercio dentro del Tratado de Libre Comercio Centroamérica y República Dominicana), están imponiendo requisitos aún más específicos. Por ejemplo, el DR-CAFTA especifica en una nota que cualquier referencia a normas, reglamentos técnicos o procedimientos de evaluación de la conformidad, incluye aquellos relativos a metrología.

Hoy en día se dan varios niveles de cumplimiento que hay que enfrentar:

- Leyes nacionales acerca de, por ejemplo, registros sanitarios y de seguridad; se consideran un mínimo a cumplir para el acceso a mercados nacionales.
- Demandas adicionales de clientes nacionales, tales como supermercados o cualquier empresa que defina normas a ser cumplidas por sus proveedores; éstos son requisitos de mercados nacionales.
- Leyes internacionales tales como las directrices UE, las regulaciones US FDA, las regulaciones de seguridad de alimentos; éstas pueden verse como requisitos mínimos para el acceso a mercados internacionales y pueden variar de un destino al otro.
- Demandas adicionales individuales de clientes internacionales, tales como vendedores detallistas, empresas globales, normas adicionales de seguridad de alimentos.

Cumplir con todos estos requisitos y demostrar ese cumplimiento, es un proceso difícil y costoso, más aún cuando no cuentan con una IC capaz de una respuesta inmediata a las necesidades del sector privado empresarial. Ello requiere cuando menos el acceso a una organización nacional de normalización; ésta apoyará el establecimiento de normas, proporcionará acceso a las normas existentes y, más importantes aún, puede ayudar a los empresarios en el uso de normas para cumplir con los requisitos de sus clientes nacionales y extranjeros. Otro requisito es un instituto nacional de metrología encargado de los patrones nacionales de medición; La tercera entidad indispensable es una entidad nacional de acreditación que tiene como propósito asegurar la competencia técnica de los laboratorios.

Una infraestructura nacional de la calidad requiere cuando menos:



#### 1.1.9.4. Innovación y competitividad

La capacidad de innovación es la capacidad que tienen las empresas y una sociedad en general de sacar ventaja del conocimiento y del “know-how” en mercados nacionales e internacionales. Los países en desarrollo deberían enfocar sus esfuerzos de innovación en aquellos campos que representan en la actualidad altos costos de importación y/o grandes daños ecológicos, tales como energía, combustibles, transporte, algunos usos de plásticos, control de pestes, etc.

#### **1.1.9.5. Acceso a los mercados internacionales y conservación de los mercados domésticos**

La globalización trae consigo el que la participación en los mercados se decida cada vez más en base a la calidad de los productos y servicios y no ya en su precio.

Muchas empresas enfrentan una limitada competitividad porque sus productos, servicios y procedimientos no cumplen los requisitos mínimos de calidad que hoy en día son imperativos en las transacciones comerciales, nacionales o internacionales, y particularmente en mercados regulados. Esto es válido para las artesanías y para las pequeñas y medianas empresas y es debido, en parte, a la falta de información y de una infraestructura nacional de la calidad adecuada, que trabaje de conformidad con las normas internacionales.

La armonización mundial de los procedimientos de evaluación de la conformidad tiene beneficios de largo alcance para el comercio internacional en general. Los acuerdos entre naciones o regiones sobre la mutua aceptación de requisitos, métodos de evaluación, resultados de ensayos o inspecciones, etc. ayudan a reducir o eliminar los llamados obstáculos técnicos al comercio. Estos son procedimientos o requisitos relacionados con la importación y el acceso al mercado, que varían de país a país, y que pueden significar un impedimento para productos extranjeros.

Una infraestructura nacional de la calidad – IC, ayuda a promover el desarrollo sostenido principalmente a través de la promoción del sector privado, al hacer que las empresas sean más competitivas.

Para exportar, los productores de los países en desarrollo deben cumplir con las demandas del mercado meta en términos de calidad, seguridad, confiabilidad, compatibilidad ambiental e higiene y deben poder mostrar constancias convincentes de ello. Esto es aún más válido para productos agrícolas. Por lo tanto, un prerrequisito es la existencia de una infraestructura de la calidad que cumpla con las normas internacionales y que monitoree las cadenas productivas proporcionando la constancia requerida.

Los reglamentos y las normas nacionales deben armonizarse o ser reemplazados por normas y reglamentos regionales. Al mismo tiempo, se debe construir una infraestructura nacional de la calidad aceptable con el fin de establecer los requisitos técnicos y administrativos para prueba y control de tales normas. El proceso de expansión de la Unión Europea es un ejemplo de lo vasto de este proceso y de cuanto involucra en tiempo, asesoría y gasto. Sin las dimensiones normalizadas de los contenedores de carga, el comercio internacional sería más lento y más costoso, por ejemplo.

Para el mercado doméstico, la infraestructura nacional de la calidad tiene, entre otras, una función protectora. Proporciona la estructura necesaria para un monitoreo efectivo del mercado y para la *protección del consumidor*. Para asegurar un mercado justo, tanto las importaciones como la producción local deben ser estrictamente sometidas a las mismas reglas; ello protege a los productores domésticos y al mismo tiempo es un incentivo para su competitividad. Con este fin, los productos, ya sea importados o producidos localmente, son examinados por ejemplo para garantizar que cumplen con los reglamentos de seguridad o de protección contra características peligrosas.

#### **1.1.9.6. Protección al consumidor (salud, seguridad, ambiente)**

El poder legislativo tiene la responsabilidad de definir el nivel de protección deseado para el país y su población. Todas las regulaciones relacionadas deben armonizarse lo más posible con las recomendaciones regionales e internacionales; sin embargo, deben tomar en cuenta la infraestructura nacional técnica de la calidad que es necesaria para la puesta en vigor de tales regulaciones. Estas regulaciones deben aplicarse tanto a los bienes y servicios producidos localmente como a las importaciones.

Los *consumidores* se benefician de la evaluación de conformidad porque les proporciona una base para la selección de productos o servicios. Desde la óptica de la certeza legal y del desarrollo del sistema legal, los reglamentos técnicos son necesarios para identificar el papel del sistema reglamentario de medición y de ensayos y para fijar condiciones a los empresarios en, por ejemplo, aspectos de protección del consumidor, seguridad, salud, protección del ambiente.

Estos instrumentos deben ser integrados al sistema económico y legal.  
¿Por qué es necesario fortalecer la infraestructura nacional de la calidad?

Desde el punto de vista de la protección al consumidor, en las áreas de:

- Salud.
- Seguridad de alimentos.
- Ambiente.

Por ejemplo, las mediciones son un aspecto clave y constante de la práctica médica (temperatura corporal, presión sanguínea, química sanguínea, etc.). Las mediciones son necesarias para identificar y tratar enfermedades y se usan para la toma de decisiones relacionadas con las terapias a aplicar. Las mediciones erróneas y las resultantes decisiones equivocadas pueden, en el mejor de los casos, generar costos adicionales y, en el peor de los casos, ser dañinas o aún fatales.

Como parte de una protección efectiva de consumidores y del ambiente, debe analizarse la seguridad de aquellos productos y equipos técnicos que presenten un riesgo potencial; este estudio debe ser llevado a cabo por entidades competentes, que cuenten con licencia extendida por autoridades independientes de acuerdo con los reglamentos técnicos apropiados, y el uso de tales productos o equipos debe ser monitoreado (acceso y monitoreo del mercado).

#### **1.1.9.7. Asistencia a los reguladores y mediadores para el cumplimiento de sus funciones**

Los cuerpos reguladores de los ministerios tienen que definir reglamentos técnicos y supervisar su aplicación. La evaluación de conformidad es una ayuda para los reguladores ya que les da un medio de aplicar la legislación sobre salud, seguridad y ambiente.

Por su parte, los mediadores son las organizaciones a nivel meso, ya sean regionales o en países individuales, tales como:

- Instituciones de metrología legal para la protección de consumidores, salud y ambiente.

- Servicios de calibración – proporcionan los servicios necesarios, en particular a pequeñas y medianas empresas.
- Institutos nacionales de metrología – mantienen los patrones nacionales de medición para ser empleados como referencia, aseguran la transferencia de mediciones correctas y llevan a cabo comparaciones internacionales.
- Organizaciones y centros de información de normalización – apoyan el derribar obstáculos técnicos al comercio, diseminan conocimiento acerca de los reglamentos técnicos internacionales y proporcionan acceso a fuentes pertinentes; la información es imprescindible.
- Instituciones de análisis y ensayos – llevan a cabo ensayos profesionales e independientes sobre productos tales como alimentos, para fines de protección al consumidor.

#### **1.1.9.8. Apoyo al desarrollo económico**

La infraestructura de la calidad – IC debe ser vista como parte de toda la infraestructura del país, con el mismo nivel de importancia que los caminos y carreteras, las escuelas, los servicios médicos básicos, etc. Sin una IC no son posibles ni el desarrollo ni la competitividad. La infraestructura adecuada es una condición necesaria, aunque no suficiente, para promover la creación y la aplicación al desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación. La preocupación principal debe ser la de promover y asesorar a las pequeñas y medianas empresas porque éstas, a diferencia de la mayor parte de las grandes compañías, no suelen tener la capacidad y los recursos para llevar por sí mismas todos los controles de calidad necesarios y se ven obligadas a depender de servicios externos.

¿Por qué es necesario fortalecer la infraestructura nacional de la calidad?

Desde el punto de vista del desarrollo económico para tener productos competitivos en:

- Los mercados nacionales.
- Los mercados internacionales.

Si los productores desean ofrecer productos competitivos, esos productos deben tener las propiedades establecidas en los documentos normativos de los mercados meta y deben pasar los ensayos pertinentes. A menudo no hay suficiente conocimiento acerca de estos requisitos. Es aún más difícil mostrar la conformidad con tales normas y reglamentos si no existen localmente las instituciones de medición y de análisis y ensayos o si sus resultados no son reconocidos porque los ensayos no se llevaron a cabo de acuerdo con normas internacionales. IC ayuda a promover el desarrollo sostenible, principalmente al:

- preparar el camino para una mayor integración de los países socios con miras a un régimen global de comercio más justo,
- establecer instituciones e influenciar el ambiente favorecedor a nivel nacional.

Una tarea prioritaria de los cuerpos legislativos es la modificación del ámbito doméstico para las empresas y para la sociedad, con el fin de que éste sea conforme a los objetivos de desarrollo. Es tarea del Estado reglamentar asuntos relativos al sistema de mediciones, los reglamentos y normas ambientales, de salud y de seguridad, y las respectivas responsabilidades de las entidades estatales y privadas.



#### **1.1.9.9. Apoyo a la integración regional**

El apoyo en el campo de infraestructura de la calidad tiene también un impacto positivo sobre los procesos de integración regional. Un diálogo inicialmente enfocado a temas técnicos puede tener un impacto sobre el desarrollo de confianza.

Esto a su vez promueve contactos más cercanos a nivel político. Establecer una infraestructura nacional de la amplitud y profundidad necesarias requiere inversiones y recursos durante un largo plazo. Para muchos países, ello no es ni factible ni conveniente. La cooperación regional puede ser un elemento de compensación cuando, por ejemplo, llega a acuerdos para el uso conjunto de una infraestructura complementaria o al fortalecer el diálogo entre expertos. Como resultado, el apoyo de este tipo puede ayudar al desarrollo de áreas económicas regionales. Por ejemplo, gracias a la armonización de las directrices europeas, la Unión Europea tiene un único Servicio de Información (Enquiry Point) y una única Autoridad Nacional Encargada de la Notificación (NNA) para el acuerdo SPS.

#### **1.1.9.10. Infraestructura de la calidad – resumen y contexto**

El sistema de producción industrial basado en la división del trabajo y el intercambio internacional de bienes demanda que los materiales, componentes y procesos de manufactura sean conformes a una calidad dada especificada.

Una norma define propiedades – en el ejemplo anterior éstas podrían ser las dimensiones y tolerancias del escritorio y de sus gavetas. Durante la manufactura de los escritorios, también deben cumplirse los reglamentos de seguridad y protección de los trabajadores. Posiblemente existan reglamentos en vigor para el uso de ciertos materiales; así, si los escritorios son de madera, podría estar prohibido el uso de madera de especies en peligro de extinción. La metrología garantiza que las mediciones son exactas y confiables para que todas las partes se ajusten de forma adecuada. Por medio de ensayos, es posible analizar y demostrar tales propiedades y otras características tales como la calidad de los materiales y de los acabados. Por su parte, la administración de la calidad tiene dos componentes: la certificación de conformidad con los requerimientos de las normas aplicables, en este caso los componentes de los escritorios y los propios escritorios, y la acreditación – el reconocimiento formal de la competencia técnica de la entidad de certificación y de los laboratorios de ensayos y de calibración. Así, todos los involucrados en la manufactura de los escritorios pueden estar seguros de la confiabilidad de sus contrapartes.

Es necesario que funcione un sistema de servicios de calidad para la diversificación de la producción y para una creación duradera de valor agregado así como para asegurar la competitividad y los derechos de las empresas. Esto se aplica en particular a las empresas pequeñas y medianas que se ven obligadas a recurrir al apoyo de servicios de una infraestructura nacional de la calidad – IC.

La forma institucional que tome la IC y el rango de servicios proporcionados dentro de cada componente individual debe tomar en consideración las necesidades así como los recursos y las limitaciones del país.

Las reglas y guías ayudan a asegurar:

- productos más seguros, sanos, seguros para el ambiente,
- mejor calidad y confiabilidad,
- mayor compatibilidad operativa entre productos,
- mayor consistencia en la entrega de servicios,
- mejor acceso y mayor selección de bienes y servicios,
- mejor información sobre productos,
- productos adecuados para poblaciones vulnerables,
- costos menores y mayor competitividad, por lo tanto precios más bajos a los consumidores.

Se requiere una infraestructura nacional de la calidad para proteger la salud, la seguridad y el ambiente cuando se importan productos y servicios que deben cumplir los requisitos verificables nacionales. La equidad en las transacciones comerciales es el resultado de trabajar, bajo iguales condiciones, para que los exportadores puedan confiar en que cumplen con los requisitos de sus mercados meta y con otras normas básicas voluntarias tales como:

- Sistemas de administración de la calidad (ISO 9001),
- Sistemas de administración ambiental (ISO 14000),
- Sistemas de administración de seguridad alimentaria (ISO 22000),
- HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points),
- GMP (Good Manufacturing Practice).

Una IC no es un sistema punitivo, más bien busca apoyar la competencia técnica y el cumplimiento con los requisitos internacionales.

Una estructura nacional de la calidad de este tipo, que comprende la Metrología, la Normalización, los Ensayos y la administración de la Calidad con sus componentes de Certificación y Acreditación, es ampliamente conocida como una estructura MNEC, MSTQ o alguna abreviatura similar, o simplemente como IC (infraestructura de la calidad), y representa un sistema básicamente voluntario. La capacidad técnica la hace confiable para todo tipo de aplicación de forma que, en lugar de establecer costosas estructuras paralelas, las industrias, los consumidores, el sector público y las entidades reguladoras pueden todos ellos beneficiarse de este sistema para sus propósitos de calidad y de protección al consumidor.

Cuando se pone en vigor en forma adecuada y es reconocido por los Gobiernos, reduce el uso de recursos en cada ministerio al ofrecer un “contacto único” y es aplicable a todo tipo de producto o servicio. Los requisitos para repuestos de automotores, productos agrícolas o servicios de salud, son diferentes pero la estructura general IC se aplica a todos ellos y, una vez instalada y reconocida internacionalmente, puede fácilmente extenderse a otros productos y servicios o ajustada a nuevos requisitos.

El sistema es básicamente voluntario y sigue los requisitos técnicos que pueden y deben ser utilizados por las entidades reguladoras para aplicaciones obligatorias, evitando así las duplicaciones.

Por definición, los Reglamentos Técnicos y la Metrología Legal son obligatorios; sin embargo, los componentes obligatorios deben también referirse a sus contrapartes voluntarias y utilizar su infraestructura técnica disponible.

Para desarrollarse adecuadamente y llenar las diversas expectativas dentro de los sistemas de aseguramiento de la calidad de las áreas pertinentes tales como todo tipo de industria, salud, ambiente, procesamiento de alimentos, aspectos de seguridad, etc., una IC bien estructurada y coordinada, con el carácter transversal e interdisciplinario de sus componentes, necesita un fuerte apoyo y aceptación de los sectores que se beneficiarán. En caso contrario, los componentes de la IC son vulnerables a ser desarrollados y utilizados como soluciones aisladas para un sector dado. Los ministerios o los sectores industriales fuertes tienden a establecer componentes IC tales como laboratorios o actividades de normalización para su propia clientela, sin considerar que están empleando una enorme cantidad de recursos en el establecimiento de sistemas paralelos que sirven exactamente los mismos objetivos.

Una estructura nacional de la calidad, con todos sus componentes, demandará gran cantidad de recursos financieros y humanos y, de acuerdo a la experiencia, entre cinco y diez años hasta que sea aceptada por acuerdos multilaterales de reconocimiento; por ello, los esfuerzos deben concentrarse en implementar una única estructura nacional.

Los sistemas de calidad en empresas y en laboratorios de ensayos y calibración demandan una infraestructura nacional capaz de:

- Asegurar el acceso a calibraciones trazables (por ejemplo, por medio de un Instituto Nacional de Metrología),
- Asegurar acreditaciones internacionalmente reconocidas (por ejemplo, por medio de una entidad nacional de acreditación),
- Cumplimiento con requisitos internacionales (normas ISO, CODEX),
- Trazabilidad de sus patrones nacionales de medición,
- Participación en intercomparaciones internacionales,
- Reconocimiento mutuo con otros países.

#### **1.1.9.11. Componentes de una IC**

Es claro que estos componentes están íntimamente relacionados y que no pueden ser implementados de forma confiable si no todos están trabajando activamente, en forma integrada, y están internacionalmente reconocidos.

Las normas proporcionan un esquema de referencia o un lenguaje técnico común entre proveedores y sus clientes – lo cual facilita el comercio y la transferencia de tecnología.

En este sentido las normas sirven, por ejemplo, para describir el estado del arte, enfocar en una etapa temprana los desarrollos técnicos en la dirección apropiada, definir los requisitos a ser cumplidos por productos y procedimientos, facilitar el intercambio de componentes técnicos, y fijar especificaciones técnicas para los ensayos de los productos.

La normalización promueve la rápida difusión del conocimiento técnico y así contribuye a que las empresas, particularmente las pequeñas y medianas, sean más competitivas e innovadoras.

Las normas no ahogan la innovación o la competitividad. Más bien son el sustento de ambas.

Como parte de los reglamentos técnicos de aplicación obligatoria, las normas son un componente integral del sistema económico y legislativo y un elemento básico en áreas tan importantes como la protección del ambiente y la salud y seguridad en el trabajo.

Las principales tareas de una organización de normalización son el apoyo al proceso de normalización, la armonización y la coordinación (por ejemplo con normas actualmente en curso). A menudo existen sistemas establecidos manejados por el sector privado, asegurando así que la industria y otros grupos de interés se involucren fuertemente. Las organizaciones de normalización pueden también ser instituciones públicas.

Los ensayos son posiblemente la forma más común de evaluación de la conformidad. Pueden incluir otras actividades tales como mediciones y calibración.

Los ensayos son también la base para otras formas de evaluación – por ejemplo, son la técnica principal empleada en la certificación de productos.

Las estipulaciones protectoras y las normas no tienen sentido a menos que se lleven a cabo ensayos para comprobar su cumplimiento. Los ensayos son tan variados como las áreas a ser reglamentadas. Pueden ir desde un simple cotejo visual hasta ensayos de laboratorio llevados a cabo bajo condiciones especiales. A menudo se emite un sello especial de inspección cuando se pasa la prueba con éxito; tal es el caso de un distintivo para automóviles o un sello de verificación para instrumentos de medición.

Los requisitos generales para que laboratorios u otras organizaciones sean considerados competentes para llevar a cabo ensayos, calibraciones y muestreos, están especificados en la norma internacional conjunta ISO/IEC 17025.

El propósito de la administración de la calidad consiste en evitar errores y en garantizar y mejorar la calidad de productos y procesos.

Una de las principales dificultades que los exportadores enfrentan es el costo de múltiples ensayos y/o certificaciones de productos. Los procedimientos de evaluación discriminatorios o no transparentes, pueden convertirse en efectivas herramientas proteccionistas u obstáculos técnicos al comercio.

Lograr prácticas transparentes, confiables y eficientes de evaluación de la conformidad es por lo tanto clave para facilitar el comercio de bienes y servicios, asegurando al mismo tiempo una protección pública reglamentada y balanceada, y una justa competitividad industrial. La evaluación de la conformidad se basa en ensayos sistemáticos para examinar si un producto o un proceso cumplen con ciertos requisitos especificados en normas u otros documentos normativos. Existen también normas que definen los requisitos que deben cumplir las autoridades de evaluación de la conformidad. Si el ensayo ha sido llevado a cabo por un tercero independiente, se concede una certificación de conformidad. Ésta es diferente

de la declaración de conformidad hecha por el propio productor o por el cliente como parte, por ejemplo, de un acuerdo de suministro. Con frecuencia deben ser proporcionadas declaraciones o certificaciones de conformidad antes de cerrar un contrato o de llevar un producto al mercado.

Por ejemplo, el sello CE significa que un producto cumple con las normas de la Unión Europea (UE) lo cual facilita el libre comercio dentro de la UE de aquellos productos que cuentan con este certificado.

***Evaluación por primera parte:***

Se lleva a cabo por la propia organización proveedora. En otras palabras se trata de una auto-evaluación.

***Evaluación por segunda parte:***

Indica que la evaluación de conformidad es llevada a cabo por un cliente de la organización proveedora.

***Evaluación por terceros:***

En este caso, la evaluación de conformidad es llevada a cabo por una entidad que es independiente de ambas organizaciones, proveedora y cliente.

La acreditación es el procedimiento por medio del cual una autoridad reconoce formalmente que una entidad o persona es competente para llevar a cabo tareas específicas. Es por lo tanto la confirmación formal, basada en normas internacionales, por un tercero independiente, de que una entidad es competente para llevar a cabo ciertas tareas.

**1.1.9.12. Interrelaciones entre los componentes IC**

Es claro que todos los componentes de la IC están íntimamente relacionados. Una norma, que involucre dimensiones y tolerancias, no puede definirse sin referencia a mediciones confiables.

Las mediciones a su vez deben estar internacionalmente normalizadas para evitar costosas equivalencias.

Un producto debe someterse a ensayos para determinar la conformidad con los requisitos definidos en normas y reglamentos técnicos. La compatibilidad internacional requiere que los procedimientos de ensayo sean normalizados, y también descansan en mediciones confiables.

La acreditación, basada en normas internacionales, es el procedimiento por el cual todo el proceso se vuelve confiable y fidedigno, llevando al comercio y la competitividad internacional.

### **1.1.9.13. Integración internacional**

La cooperación es una herramienta vital para abatir las barreras técnicas al comercio. Fue el incremento del comercio internacional de productos industriales a mediados del siglo diecinueve lo que llevó a la fundación de la Convención del Metro en 1875, con el propósito de desarrollar e introducir un sistema internacional normalizado de unidades de medida. Hoy en día, su trabajo está enfocado a asegurar que los institutos nacionales de metrología lleven a cabo correctamente sus trabajos de medición y calibración; lo hace por medio de acciones que crean confianza, tal como las mediciones de comparación. Ello asegura que las medidas sean internacionalmente comparables y facilita el reconocimiento mutuo de mediciones y calibraciones.

A la larga, lo deseable es evitar la multiplicidad de normas, reglamentos, ensayos y acreditaciones. Actualmente se pone mucho énfasis en el concepto de lo que se llama “Contacto único” (One-stop shop) para lograr la aceptación a nivel mundial.

Aceptación mundial del producto “Contacto único” para lograr la aceptación mundial significa:

- un producto > un reglamento técnico mundial
- un producto > una norma mundial formal
- un producto > una acreditación mundial
- un producto > un ensayo o medición mundial

Esta ambiciosa meta requiere un sistema aceptado a nivel mundial, el cual comprenda todos los componentes del “contacto único”, y sea manejado por organizaciones técnicas reconocidas como competentes, operando a nivel mundial.

Mientras cada economía ponga en marcha la misma estructura a nivel nacional, la aceptación debería ser fácil de lograr. La regla más estricta para el éxito es que los sistemas sean imparciales y libres de influencias externas.

## **1.1.10. Metrología, Normalización y Evaluación de la conformidad**

### **1.1.10.1. Los bloques fundamentales**

Tres “pilares” de conocimientos separados, pero a su vez interrelacionados e interdependientes, son esenciales para el desarrollo de una infraestructura de la calidad que permita el desarrollo sustentable, conlleve a la participación absoluta dentro del comercio internacional y satisfaga los requerimientos técnicos del sistema multilateral de comercio. Estas herramientas son la metrología, la normalización y la evaluación de la conformidad. Antes de considerar el papel, la estructura y las funciones de un organismo nacional de normalización, es importante comprender cómo encajan estos tres pilares.

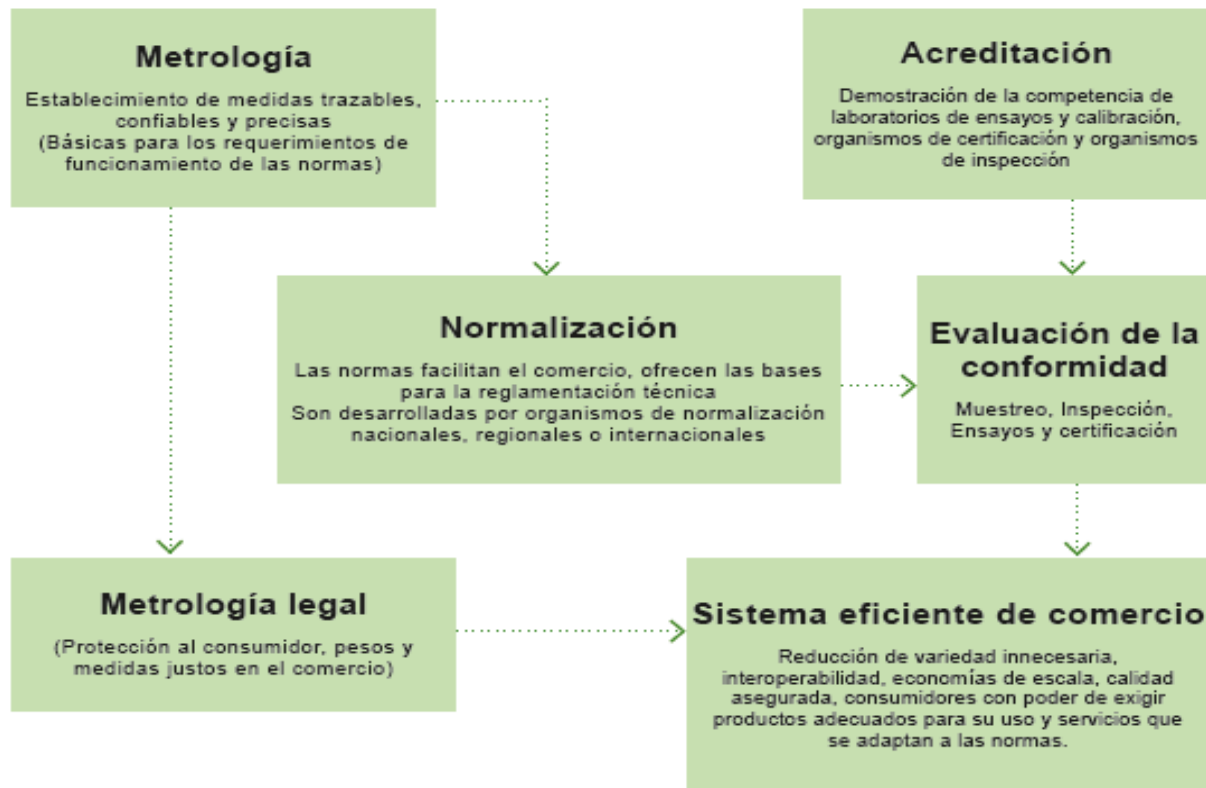


Imagen 5. Demuestra como los principales enlaces afectan la normalización.

Por supuesto, existen otros enlaces ; por ejemplo : un sistema de acreditación para laboratorios no puede marchar sin contar con materiales de referencia y un sistema de metrología que funcione ; pero, la figura se ha mantenido sencilla para resaltar el papel principal de la normalización, así como el de los organismos nacionales de normalización dentro del proceso en general.

Como primera prioridad, los gobiernos de todos los países necesitan establecer y mantener la infraestructura básica para asegurar la seguridad, salud y bienestar de sus ciudadanos (suministros apropiados de alimentos y agua potable, acceso a servicios de salud y educación, seguridad social, sistemas de transporte y comunicaciones, medicamentos y/o insumos médicos etc.) Una vez que estos aspectos estén establecidos, aunque sea de forma rudimentaria, la necesidad de contar con un sistema de comercio eficiente se vuelve extremadamente importante. Las economías no pueden subsistir en ausencia de comercio, y por esto es esencial que los bloques fundamentales estén organizados para facilitar el acceso de productos y servicios a mercados internos y externos. Las metas son el acceso al mercado y la creación de un sistema de comercio eficiente; metrología, normalización y evaluación de la conformidad son algunos de los bloques fundamentales más importantes. Entonces, es necesario considerar estos tres pilares detalladamente.

### 1.1.10.2. Metrología

Se puede argumentar que la metrología es la necesidad más básica de un sistema de comercio, es decir, el establecimiento de medidas precisas y confiables. Sin la habilidad de determinar longitud, masa, volumen, tiempo y temperatura, las transacciones más sencillas serían vulnerables al abuso; sería imposible lograr un comercio justo y la normativa dirigida a la protección de la salud y el bienestar de los ciudadanos carecería de efecto. No existirían normas técnicas para los productos, ya que no existirían herramientas confiables para medir su funcionamiento y compararlo con los requisitos.

*“Un sistema nacional de medidas o metrología es, por ende, el primer paso a seguir para facilitar el comercio.”*

Una vez que se incorpora el comercio fuera de las fronteras, es necesario demostrar la equivalencia de las normas nacionales de medición entre los países interesados. Esta necesidad llevó al establecimiento de la Oficina Internacional de Pesas y Medidas (BIPM, por sus siglas en francés) que trabaja bajo la supervisión exclusiva del Comité Internacional para Pesas y Medidas (CIPM) bajo los términos de la Convención del Metro.

El mandato del BIPM es ofrecer las bases para un sistema único, coherente, de medidas para todo el mundo, que pueda asegurar la trazabilidad al Sistema Internacional de Unidades (SI por sus siglas en francés). Esta tarea toma varias formas, desde la diseminación directa de unidades (como en el caso de masa y tiempo) a la coordinación por medio de la comparación internacional de normas nacionales de medida (como electricidad y radiación iónica). El CIPM está compuesto por 18 personas, provenientes de diferentes países miembros de la Convención del Metro.

Su tarea principal es promover, a nivel mundial, la uniformidad de las unidades de medida. El Acuerdo de Reconocimiento Mutuo del CIPM (MRA, por sus siglas en inglés) le ofrece, a gobiernos y otras partes interesadas, bases técnicas seguras para acuerdos más amplios relacionados al mercado internacional, el comercio y los asuntos reglamentarios ; ayuda a eliminar obstáculos técnicos al comercio y a inspirar mayor confianza en las capacidades de medición de cada país. El resultado es un incremento del comercio estimado en miles de millones de dólares.

La metrología legal incluye el uso legalizado de la metrología para asegurar que pesos y medidas justos sean aplicados tanto en el comercio nacional como el de importación y exportación. Las actividades tradicionales en este campo incluyen la calibración de puentes básculas y correas de transporte, la calibración de equipos para medidas de volumen como aquellos utilizados para la importación de grandes cantidades de petróleo; la aprobación de tipos de instrumentos de medida utilizados en el comercio (balanzas, bombas de combustible, etc.), su constante verificación e inspección, y la aplicación de sanciones en casos de falta de cumplimiento de esta legislación. Las normas utilizadas para la metrología legal son desarrolladas por la Organización Internacional de Metrología Legal (OILM, por sus siglas en francés) y son adoptadas a nivel nacional, por lo general, a través del organismo nacional de normalización. La OILM también pone a la disposición un modelo de ley sobre metrología, desarrollado en el año 1975 y revisado en el 2004, que se puede utilizar cuando se está estableciendo el aspecto de la infraestructura de la calidad en un país en desarrollo.



Con esto en mente, es importante comprender que no se debe, ni se puede, esperar que los países en desarrollo establezcan sistemas de medición sofisticados u otras instalaciones que no sean apropiadas para ellos, en su etapa específica de desarrollo. En un país desarrollado, un sistema nacional de medidas debe proveer normas de medición apropiadas para las necesidades nacionales.

Esto implica la reevaluación continua del papel de dicho sistema y el mejoramiento de su alcance y nivel de trabajo a medida que la economía se desarrolla, en lugar de utilizar una propuesta “big bang”. Como ejemplo de esta práctica, la Convención del Metro es un tratado intergubernamental que ofrece la infra estructura internacional para permitir que sus países miembros desarrollen normas de medición a cualquier nivel que necesiten; y por esto es de suma importancia para los países durante todas las etapas del desarrollo técnico.

### **1.1.10.3. Un mejor vistazo a las normas**

#### **¿Qué es una norma?**

La Guía ISO 2:2004 define norma como “documento, establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido, que ofrece reglas, lineamientos o características de uso común y repetido, para, actividades o sus resultados, y que pretenden lograr un grado óptimo de orden dentro de un contexto dado”.

Una norma para un producto es, entonces, cualquier documento que establece cláusulas que tienen el efecto de reducir la variedad innecesaria dentro del mercado, y por ello, permite que economías de escala tengan lugar con una reducción consecuente del costo unitario de producción. En un sistema de mercado eficiente, estos costos reducidos se transfieren a lo largo de la cadena de suministros hasta el posible comprador. Por lo general, una norma de producto toma en cuenta lo último en tecnología de punta y contiene cláusulas que, si son acatadas, resultan en un producto apropiado para su uso. Este concepto implica que las normas de productos están, inevitablemente, ligadas la calidad del producto y procesos de producción bien definidos y estables.

Otros asuntos relacionados con las normas incluyen:

- Compatibilidad o conectividad con otros productos, servicios y sistemas.
- Mejor práctica, por lo general, en el caso de normas de procesos o servicios ;
- Cualquier requisito o impedimento aplicable a la entidad que se está normalizando.

#### **¿Quién utiliza las normas?**

Las normas publicadas están a la disposición para ser utilizadas por una variedad de partes interesadas, tanto en el sector público como privado, así como por el consumidor informado. Durante cualquier etapa de la cadena de distribución, los posibles compradores y vendedores son libres de establecer sus acuerdos de compra sobre las cláusulas técnicas contenidas en las normas.

Los Acuerdos de la OMC, de hecho, recomiendan que antes de emprender un proyecto de normalización en un campo ya cubierto por una norma internacional existente, el comité de

normas y el ONN consideren la adopción de la norma internacional “antes de querer reinventar la pólvora”.

### ¿Qué áreas cubren las normas?

Las normas pueden cubrir muchos sectores del comercio. Las normas técnicas cubren una variedad de industrias tradicionales, desde construcción, la industria electrotécnica y de ingeniería, hasta artículos médicos y de TI.

### ¿Cómo se organizan las normas?

Una sola norma de producto puede ser suficiente para definir los criterios de funcionamiento de un producto terminado que, una vez cumplidos, pueden demostrar cuan “apropiados para el propósito” son. En otros casos, puede ser necesario desarrollar una serie de normas que cubran el proceso de producción en sí, los métodos específicos de muestreo y ensayo y criterios para el producto, el etiquetado, el marcado, los aspectos de salud y seguridad ambiental, las instrucciones de uso del producto, etc.

En dicho caso, cada norma apoya a las demás como bloques en una pared, como se demuestra en la ilustración siguiente:

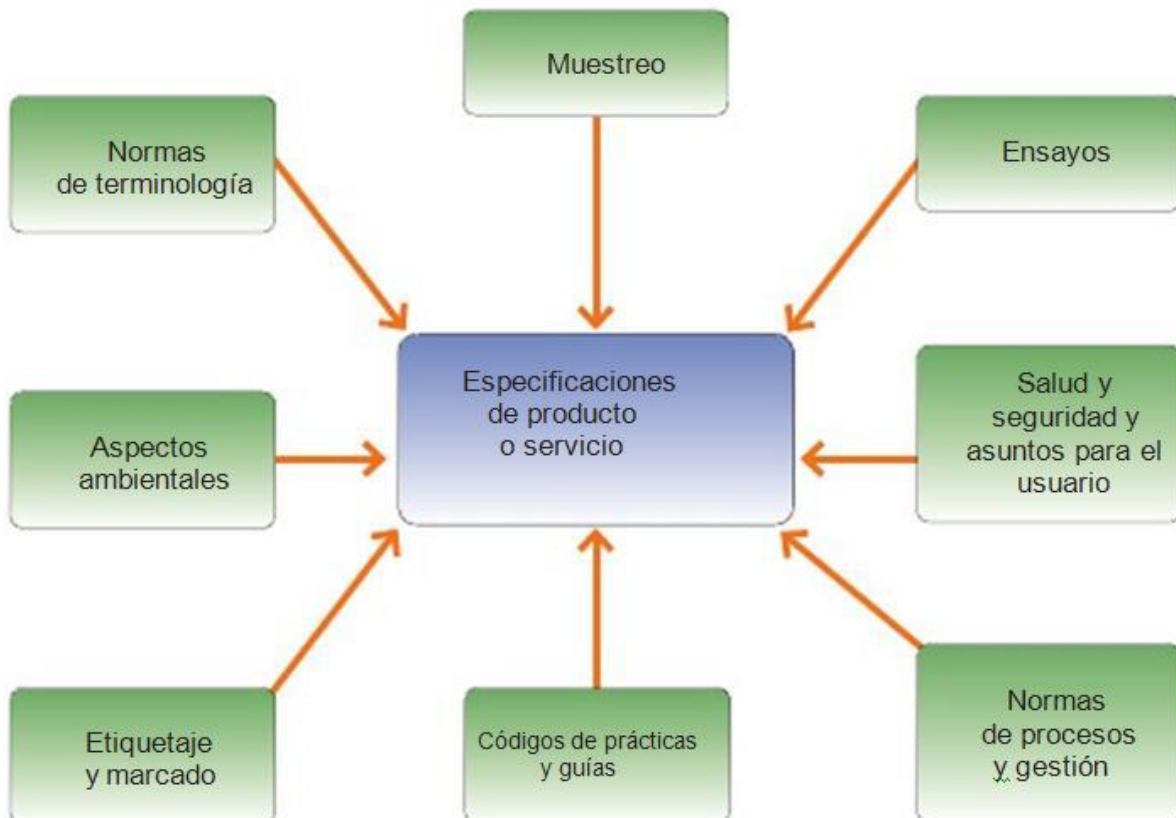


Imagen 6. Demuestra como los principales enlaces afectan la normalización.

#### **1.1.10.4. Normas “formales” (consenso absoluto) e “informales” (menor consenso)**

Mientras las normas han sido desarrolladas tradicionalmente por actores del mercado para establecer una especificación común, reduciendo así costos y eliminando desperdicios dentro de un mercado maduro, algunos mercados no pueden existir en el mundo moderno sin establecer cierto grado de orden técnico para definir los parámetros de sus operaciones. Existe una necesidad de asegurar la compatibilidad y la interoperabilidad entre los diferentes elementos relacionados de un producto en un mercado, incluso antes de que dicho mercado exista. Por esto, existe una tendencia, particularmente aparente en los sectores de alta tecnología de tecnología de la información y comunicación (ITC) y electrónicos, de crear normas de facto desde el comienzo del ciclo de mercado. El concepto del producto inicial y las “normas” de diseño para CDs o DVDs son ejemplos típicos.

Se debe mencionar que dichas normas son por lo general normas no “formales”, es decir, aquellas producidas por un organismo de normalización propiamente establecido, ya que no han pasado por un proceso de consenso que involucre a todas las partes interesadas. A menudo, la razón de esto es que este sector de la economía evoluciona rápidamente, y se puede perder la ventaja comercial si los desarrolladores de tecnología tuviesen que esperar a que se alcance un consenso absoluto, especialmente si esto involucra “mostrar su jugada” a la competencia.

#### **1.1.10.5. Una norma formal o de consenso absoluto**

**Posee las siguientes características:**

- Establecida por todos los grupos. Es de interés pertinentes para satisfacer una necesidad de mercado.
- El proceso de desarrollo es transparente y no obstruye la innovación o el desarrollo tecnológico.
- El proceso de desarrollo se lleva a cabo por medio de reglas y procedimientos publicado
- Como parte del establecimiento del consenso, los puntos de vista técnicos de las partes interesadas son tomados en consideración por el comité técnico responsable, que busca resolver todas las objeciones de fondo.

Se puede decir, entonces, que una norma “formal” posee cierta “legitimidad democrática”. Por consiguiente, una norma “informal” posee solo algunas de las características anteriores. También se debe comprender que dichas normas de “menor consenso” pueden evolucionar, durante cualquier etapa, por medio del consenso y la revisión pública, para convertirse en normas “formales” por consenso, ya sea a nivel nacional o internacional, por ejemplo, en ISO o IEC. Las normas informales se pueden dividir en tres subcategorías:

##### **a) Norma informal a través de organismos de normalización.**

Estas están disponibles relativamente más rápido; son creadas por organismos de normalización establecidos legalmente para ofrecer de forma expedita las soluciones de consenso necesarias, por ejemplo, para asistir en el establecimiento de un nuevo mercado.

Este tipo de norma evita algunas de las etapas más demorosas del desarrollo y, en algunos casos, involucran a un número menor de partes interesadas.

Dichos “nuevos productos disponibles” pueden recibir varios nombres, incluyendo “Reporte Técnico”, “Especificación Técnica”, “Acuerdo de Taller”, “Especificación Públicamente Disponible”. Para mayor información, los lectores pueden referirse a la última edición de las Directrices ISO/IEC

#### **b) Norma informal a través de asociaciones de comercio**

Muchas asociaciones de comercio nacional, internacional o regional, y otras agencias publican guías, códigos y especificaciones para que sus miembros las sigan. En pocas palabras, estas son normas, aunque no alcancen el consenso absoluto ni los criterios de revisión pública para ser publicados por un ONN. Algunos ejemplos incluyen documentos publicados por la Asociación de Transporte Aéreo Internacional (IATA por sus siglas en inglés) la OIEA (Organismo Internacional de Energía Atómica) y la Unión Internacional de Ferrocarriles (UIC por sus siglas en francés).

#### **c) Norma informal/comercial.**

Ya que el proceso de desarrollo de normas puede ser más lento de lo necesario, durante los últimos años ha surgido una tendencia de que compañías formen consorcios y acuerden el uso de las especificaciones que necesitan para establecer un nuevo mercado. Generalmente, el proceso es cerrado y exclusivo, y funciona para tratar, más directamente, asuntos comerciales y de desarrollo de mercado.

¿Por qué necesitamos organismos nacionales de normalización?

Con el desarrollo industrial a nivel mundial se hizo evidente que no todas las unidades de producción son eficaces en la fabricación de todos los componentes y materiales que necesita la industria. Desde sus primeras etapas, la producción en masa, basada en un elevado nivel de integración vertical en la que todas las fases de producción se llevan a cabo dentro de una misma fábrica, es ineficiente y costosa.

Las empresas, al igual que los individuos, tienden a ser buenas en algunas cosas y menos en otras; por eso, al especializarse en lo que se hace bien (por ejemplo, reforzando su ventaja competitiva) y comprando a otros, se especializan en otras áreas diferentes, ello producirá un resultado compuesto que puede ser menos costoso y de mejor calidad. Como primer paso, esto se puede lograr subcontratando los trabajos por hacer de acuerdo a las normas de la empresa.

En un país en desarrollo, un organismo nacional de normalización tiene, entonces, el deber de establecer y mantener relaciones con sus propios entes reguladores nacionales, y con los ONN dentro de su región o sub-región, para exhortar y coordinar la buena práctica reguladora por medio de la armonización de reglamentaciones técnicas basadas, en lo posible, en las normas internacionales.

El Consejo de Gestión Técnica de ISO ha desarrollado una guía sobre “Uso y referencia de normas ISO e IEC para reglamentaciones técnicas”, disponible a través de la Secretaría Central de ISO.

### **1.1.11. Sistemas integrados de gestión de la calidad**

Dentro de la materia de calidad ISO, los sistemas integrados de gestión de calidad constituyen elementos fundamentales para llevar a cabo una política adecuada en el seno de cada empresa. Desde hace casi medio siglo, los diferentes protocolos y estándares de producción han ido surgiendo y configurando las normativas ISO para la gestión de la calidad, siendo el marco perfecto para que las compañías puedan organizarse y alcanzar los objetivos adecuados.

En un orden creciente de complejidad de la gestión, encontramos respectivamente el control de calidad, el aseguramiento de la calidad y la calidad total. El control de calidad no debe ser un mero seguimiento burocrático de las especificaciones, sino que debe seguirse lo que busca el destinatario y lo que ofrece el mercado, constituyendo una herramienta eficaz consultando a los clientes y utilizando el 'feedback' ó resultados de las encuestas para mejorar continuamente mis productos y servicios.

En el último escalafón de esta jerarquía aparecen los sistemas integrados de gestión de calidad. ¿Cuál es su objetivo? Están ideados para ser conducidos desde la dirección de una empresa y mejorar todos y cada uno de los departamentos que la integran, incluyendo los recursos humanos, las compras, el control de los documentos y registros y la satisfacción del cliente.

#### **1.1.11.1. Sistemas integrados de gestión**

Como se sabe, un Sistema Integrado de Gestión (SIG) es una plataforma que permite unificar los sistemas de gestión de una empresa que anteriormente se trabajaban en forma independiente con el fin de reducir costos y maximizar resultados. Los SIG generalmente comprenden los Sistemas de Gestión de Calidad, Medio Ambiente y de Salud Ocupacional

En el ámbito actual de las organizaciones, es indudable que los aspectos vinculados a la Calidad, el Medio Ambiente y la Salud y Seguridad Ocupacional se encuentran relacionados e interdependientes, de modo que desatender uno, repercute forzosamente en los otros.

Esta circunstancia encuentra una explicación al advertirse el origen común de estos tres aspectos, ya que tanto cumplir con los requisitos del cliente, mantener un desempeño sustentable respecto del Medio Ambiente y asegurar la Salud y la Seguridad Ocupacional del personal son el resultado de un trabajo bien hecho, de forma tal que los defectos, impactos ambientales y los accidentes y enfermedades laborales significan que las cosas no se están haciendo bien.

Los sistemas integrados de gestión pertenecen a las normas de la serie ISO 9001, que pretenden conseguir la mejora continua y la satisfacción del cliente mediante la calidad en los servicios. Estos son algunos de sus puntos fundamentales:

Un SIG necesariamente va a requerir:

- La existencia de un único manual de gestión que va a asegurar que los procesos e instrucciones no se dupliquen.
- La implementación simultánea de cada uno de los sistemas con el objetivo de minimizar el periodo de implantación total del SIG en comparación con el tiempo que tomaría implementar los sistemas por separado.
- La distribución de los esfuerzos para que el diseño e implementación del sistema integrado de calidad sea más rápido.
- Supervisión y cuidado absoluto por parte del equipo responsable de la implantación del sistema, pero que a su vez involucre a todos los miembros de la organización.
- Es fundamental designar un responsable único para los tres sistemas y que cumpla las funciones de dirección técnica y corporativa diferenciada.
- Incorporar los sistemas de gestión completamente a las actividades operativas de la organización, entendiendo los requerimientos de calidad, medio ambiente y seguridad como una parte más de la gestión general.
- Mínimo registro y documentación.
- Objetivos, metas y políticas coherentes en el tiempo.
- La Dirección de la empresa deba ejercer un fuerte liderazgo y compromiso de manera que su equipo de colaboradores se enfoquen en implementar el SIG en forma eficiente.

#### **1.1.11.2. Estándares para sistemas de gestión**

El extraordinario éxito de la difusión de la Norma ISO 9000 para Gestión de la Calidad ha facilitado en gran medida la difusión de otros estándares de sistemas de gestión con una estructura similar pero con aplicación en ámbitos diferentes.

Así, la Norma ISO 14000 de Gestión Ambiental ha tenido una incidencia notable. Se trata de una norma que especifica los requisitos para un sistema de gestión ambiental, destinados a permitir que una organización desarrolle e implemente una política y unos objetivos que tengan en cuenta los requisitos legales y otros requisitos que la organización suscriba, y la información relativa a los aspectos ambientales significativos, con aplicación en cualquier organización con independencia de su tamaño o actividad.

Pero el éxito de la implantación de los sistemas de gestión basados en estándares internacionales no se agota con la difusión de las normas ISO 9000 e ISO 14000. En efecto, en los últimos años se está produciendo, siguiendo la senda abierta por las exitosas normas, un importante proceso de emisión de nuevos estándares, relacionados con ámbitos tan diversos de la gestión empresarial como la prevención de riesgos laborales y la seguridad y salud en el trabajo, la responsabilidad social corporativa o las actividades relacionadas con la gestión de recursos humanos, por poner sólo unos ejemplos.

En el ámbito de la gestión de la Salud y Seguridad Ocupacional, tiene gran relevancia la norma OHSAS 18000 Occupational Health and Safety Assessment Series (Sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo), que tiene como finalidad proporcionar a las organizaciones los elementos de un sistema de gestión de la SSO eficaz que puedan ser integrados con otros requisitos de gestión, y para ayudar a las organizaciones a lograr los objetivos de SSO y económicos.

### 1.1.11.3. La integración de sistemas de gestión basados en estándares internacionales



Imagen 7. Sistema integrado de gestión: calidad + medio ambiente + seguridad ocupacional

El éxito en la difusión de tantos estándares de gestión ha llevado a las organizaciones a que su implementación esté orientada a lograr un único sistema de gestión integrado. Al respecto, en el ámbito académico se han publicado investigaciones que analizan los aspectos más relevantes sobre la integración de sistemas de gestión, basados principalmente en la definición de Sistema Integrado de Gestión (SIG), la metodología de integración, los niveles de integración de la empresa y sus ventajas y desventajas.

#### 1.1.11.4. Estructura de los Sistemas Integrados

La estructura de los Sistemas Integrados está formada por un tronco y tantas ramas como sistemas estén integrados.

El tronco corresponde con el sistema de gestión común de las áreas a integrar, por ejemplo de calidad, medio ambiente y seguridad laboral y, quedarán incluidos la política, recursos, planificación, control de las actuaciones, auditoría y revisión del sistema.

Cada rama acogerá los elementos particulares de cada uno de los sistemas que se quieren implantar. Normalmente, un Sistema de Gestión Integrado se compone de la siguiente estructura:

- Política de gestión integrada.
- Organización.
- Planificación.
- Sistema de gestión integrada.
- Capacitación y cualificación.
- Documentación del sistema y control.
- Implantación.
- Evaluación y control del sistema integrado.
- Mejora del sistema.
- Comunicación.

#### **1.1.11.5. La integración de sistemas de gestión: ventajas**

Pueden señalarse las siguientes ventajas derivadas de la integración de los sistemas de gestión:

- Simplificación de los requerimientos del sistema.
- Optimización de los recursos.
- Reducción de costos.
- Realización de auditorías integradas.
- Reducción de la documentación.
- Alineación de los objetivos de los distintos estándares y sistemas.
- Creación de sinergias.
- Reducción de duplicaciones de políticas y procedimientos.
- Incremento de la motivación de los trabajadores.
- Mejora de la efectividad y eficiencia de la organización.
- Mejora de la satisfacción de los stakeholders o partes interesadas.

#### **1.1.11.6. La integración de sistemas de gestión: dificultades**

Una organización puede encontrarse con diversas dificultades durante el proceso de integración, como por ejemplo:

- Dificultades derivadas de la resistencia al cambio por parte de la alta dirección y del personal de la organización.
- Necesidad de recursos adicionales específicos para planificar y ejecutar el plan de integración.
- Dificultad para elegir el nivel de integración adecuado al nivel de madurez de la organización.
- Mayor necesidad de formación del personal implicado en el sistema integrado de gestión.

Entre las investigaciones realizadas por expertos, los aportes más destacados se encuentran los siguientes:



<b>Aportes en Integración de Sistemas de Gestión</b>	
<i>Único sistema formado por subsistemas de función específica que pierden completamente sus identidades únicas: "sistema de sistemas"</i>	<b>Karapetrovic y Willborn (1998)</b>
<i>Plantea 14 reglas para la integración, destacando importancia del compromiso de gerencia, decisión del tipo de SIG y objetivos comunes. Bases del SIG: política, programas, procedimientos y planificación, comunes para toda la organización</i>	<b>Winder (2000)</b>
<i>Dos categorías: sistemas de gestión y auditorías, con el objetivo de aumentar el rendimiento de la empresa. Tres niveles de integración: documentación, alineación de procesos clave, objetivos y recursos, y sistema "todo en uno"</i>	<b>Karapetrovic (2002)</b>
<i>Integración proporciona sinergias y ahorros para la organización. Dos niveles: alineación estándares e integración en un único sistema. Tres modelos de integración: por procesos, PDCA y armonizando, alineando e integrando los diferentes de sistemas de gestión</i>	<b>Karapetrovic y Jonker (2003)</b>
<i>Combinación de sistemas de gestión basado en análisis de los procesos clave y definición elementos comunes: comprensión de las actividades productivas, planificación sistemática, implementación, control, auditoría y mejora</i>	<b>Fresner y Engelhardt (2004)</b>
<i>Tres niveles integración: correspondencia (entre referencias y coordinación interna), comprensión (procesos y tareas genéricas) e integración (creación cultura de aprendizaje, participación de los stakeholders y mejora continua)</i>	<b>Jorgensen (2007)</b>
<i>Factores internos y externos condicionan la implantación. Internos: recursos humanos, estructura y cultura de la organización. Externos: stakeholders, organismos certificadores y entorno institucional. Modelo de sinergias en tres niveles: estratégico, estructura organizativa y documentación</i>	<b>Zeng et al. (2006)</b>

Tabla 1. Sistema integrado de gestión: aportes

## **1.2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO**

### **1.2.1. Constitución política de El Salvador**

DECRETO N° 955

**LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR.**

CONSIDERANDO:

I.- Que la Constitución en su Art. 65 establece que la salud de los habitantes de la República, constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. Que el Estado determinará la política nacional de salud, controlará y supervisará su aplicación;

II.- Que el Art. 67 de la Constitución establece que los servicios de salud Pública serán esencialmente técnicos y crea las carreras sanitarias, hospitalarias, paramédicas y administración hospitalaria.

III.- Que el Art. 68 de la Constitución determina que un Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo, el cual estará formado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico y médico veterinario;

IV.- Que el ejercicio de las profesiones que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo será vigilado por organismos legales formados por académicos pertenecientes a cada profesión, con facultades para suspender en el ejercicio profesional a los miembros del gremio bajo su control, cuando ejerzan su profesión con manifiesta inmoralidad o incapacidad;

V.- Que de conformidad al Decreto Legislativo de fecha 30 de junio de 1927, publicado en el Diario Oficial No. 161, Tomo 103 de fecha 19 de julio de 1927, se emitió la Ley de Farmacias la cual no responde a las necesidades actuales relacionadas con la salud;

VI.- Que de conformidad con el Decreto Legislativo No. 2699 de fecha 28 de agosto de 1958, publicado en el Diario Oficial No. 168, Tomo 180, de fecha 10 de septiembre del referido año, se emitió la Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médica, Odontológica y Farmacéutica, reformadas mediante los Decretos Legislativos Nos. 357 y 591 de fechas 21 de marzo de 1985 y 12 de febrero de 1987, Publicados en los Diarios Oficiales Nos. 75, Tomo 287 y 43, Tomo 294 de fecha 23 de abril de 1985 y 4 de marzo de 1987 respectivamente;

VII.- Que mediante el Decreto Legislativo No. 147 de fecha 30 de agosto de 1930, publicado en el Diario Oficial No. 26, Tomo 110 de fecha 31 de enero de 1931, se emitió el Código de Sanidad de la República de El Salvador; contando a la fecha con 57 años de haberse, emitido, razón por la que se considera que no está acorde con la realidad actual;

VIII.- Que de conformidad con el Artículo 271 de la Constitución de 1983, la Asamblea Legislativa debe armonizar con ésta las leyes secundarias de la República, y las Leyes especiales de creación y demás disposiciones que rigen las Instituciones Oficiales Autónomas;

IX.- Que a efecto de cumplir con el mandato constitucional relacionado con el considerando anterior y de las normas contenidas en las convenciones suscritas y ratificadas por el Estado de El Salvador con otros Estados u organismos Internacionales sobre la materia de salud, es conveniente emitir un nuevo Código que armonice con la Constitución y la realidad del pueblo en esta materia:

POR TANTO, en uso de sus facultades constitucionales y a iniciativa del Presidente de la República por medio del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

Código de Salud. El Código de Salud establece en " El Art. 195.- El Ministerio establecerá las normas generales para coordinar y unificar los procedimientos que han de seguir todos los establecimientos públicos de asistencia médica a fin de evitar duplicidad y dispersión de esfuerzos".

Política Nacional de Salud 2009 2014.

Estrategia 9: Política Hospitalaria. Regular e incrementar la eficacia, eficiencia y calidad de los niveles secundario y terciario (hospitales) como componente relevante de la red integrada de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Línea de acción 9.4: Mejorar la capacidad gerencial de los cuadros directivos de los hospitales como condición para el funcionamiento eficaz y eficiente de los servicios hospitalarios; institucionalizando y generalizando la implantación de un Sistema de información gerencial que facilite la toma de decisiones.

## **CODIGO DE SALUD**

### **TITULO PRELIMINAR**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

### **CAPITULO UNICO**

Art. 1.- El presente Código tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización, funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás organismos del Estado, servicios de salud privados y las relaciones de éstos entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud del pueblo.

Art. 2.- Los Organismos estatales, entes autónomos y en general los funcionarios y autoridades de la administración pública, así como los particulares, sean éstas personas naturales o jurídicas, quedan obligados a prestar toda su colaboración a las autoridades de Salud Pública y coordinar sus actividades para la obtención de sus objetivos.

Art. 3.- Podrán desarrollar actividades de salud, las Instituciones nacionales, internacionales o extranjeras legalmente reconocidas en el país, en todo lo que la Ley o los convenios o tratados internacionales suscritos por El Salvador les confieren intervención, lo que ha de realizarse de acuerdo y en cooperación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Art. 4.- Quedan sujetos a las disposiciones del presente Código, la organización y funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que vigilarán el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo

inmediato con la salud del pueblo; los organismos y servicios de salud pública, los servicios de salud privada e instituciones oficiales autónomas que presten servicios de salud.

Art. 5.- Se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo, las profesiones médicas, odontológicas, químico farmacéuticas, médico veterinaria, enfermería, licenciatura en laboratorio clínico, Psicología y otras a nivel de licenciatura. Cada una de ellas serán objeto de vigilancia por medio de un organismo legal, el cual se denominará según el caso, Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, Junta de Vigilancia de la Profesión Químico Farmacéutico, Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria, Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería, junta de Vigilancia de la Profesión de Laboratorio Clínico y Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología.

Se entenderá que forman parte del ejercicio de las profesiones antes mencionadas y por consiguiente estarán sometidas a la respectiva Junta de Vigilancia, aquellas actividades especializadas, técnicas y auxiliares que sean complemento de dicha profesión.

El Consejo Superior de Salud Pública, calificará aquellas profesiones además de las antes relacionadas, a nivel de Licenciatura, que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo y que podrán tener su respectiva Junta de Vigilancia.

Si se tratare de otras actividades profesionales relacionadas directamente con la salud, no enumeradas en el inciso primero de este artículo o para cuyo estudio no existe en las Universidades legalmente establecidas en el país, la escuela o facultad correspondiente, el Consejo podrá autorizar su ejercicio previo exámen, determinado a cuál de las Juntas quedará sometida para su control.

Art. 6.- Cuando en el texto del presente Código se mencione Consejo, Ministerio o Junta, debe entenderse que se refiere al Consejo Superior de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, Odontológica, Químico-Farmacéutica, Médico Veterinaria, Licenciatura en Laboratorio Clínico y Licenciatura en Psicología, según el caso.

## TITULO I

### DEL CONSEJO Y DE LAS JUNTAS

#### CAPITULO I

#### NATURALEZA E INTEGRACION DEL CONSEJO Y DE LAS JUNTAS

Art. 7.- El Consejo Superior de Salud Pública, es una corporación del Derecho Público con capacidad jurídica para contraer derechos y adquirir obligaciones e intervenir en juicios y tanto él como las Juntas de Vigilancia gozarán de autonomía en sus funciones y resoluciones. Para los demás fines prescritos, en este Código, el Consejo se relacionará con los organismos públicos a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Art. 8.- El Consejo Superior de Salud Pública estará formado por catorce miembros, un Presidente y un Secretario nombrado por el Órgano Ejecutivo y tres representantes electos de entre sus miembros por cada uno de los gremios: Médico, Odontológico, Químico-Farmacéutico y Médico Veterinario.

Art. 9.- Las Juntas de Vigilancia a que se refiere la parte final del inciso primero del artículo cinco, se formarán por cinco académicos cada uno pertenecientes a la respectiva profesión, electos en la forma establecida en el siguiente artículo.

Los cinco miembros de cada una de las Juntas de Vigilancia en su primera reunión elegirán un Presidente y un Secretario.

Art. 10.- La elección de los representantes de los gremios para integrar el Consejo y las Juntas se efectuará en Asamblea General de Profesionales de cada gremio, convocada, especialmente para tal efecto por el Consejo Superior de Salud Pública. El voto deberá ser secreto y personal y no se podrá elegir a quien no se encuentre presente en dicha Asamblea.

La convocatoria se hará con treinta días de anticipación, por lo menos a la fecha señalada para la reunión, por medio de un aviso que se Publicará en el Diario Oficial y en dos diarios de mayor circulación. Esta se celebrará en la ciudad de San Salvador, en el local, día y hora indicados en la convocatoria cuales quiera que sea el número de asistentes y actuará bajo la Presidencia de los miembros del Consejo en funciones, quienes no tendrán voto, a excepción de los académicos de los gremios de cuya reunión se trate.

Las elecciones se practicarán en el curso del penúltimo mes del período de funciones de los miembros.

Si no se lograre que los gremios profesionales elijan por si sus representantes para integrar el Consejo y las Juntas el Consejo Superior de Salud Pública los designará antes de terminar su período y si el Consejo no lo hiciere, los elegirá la Asamblea Legislativa.

Art. 11.- Los miembros de elección del Consejo y los de las Juntas de Vigilancia durarán en sus funciones, dos años y no podrán ser reelectos, excepto los suplentes, cuando éstos no hubieren ejercido funciones de propietarios por un lapso de seis meses consecutivos.

Cada uno de ellos tendrá su respectivo suplente, electo en la misma forma, para que específicamente lo sustituya en caso de fallecimiento, ausencia o impedimento y solo a falta del suplente que corresponda se podrá llamar a otro de los mismos gremios.

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social, nombrará a un Presidente y a un Secretario del Consejo quienes durarán en sus funciones un máximo de tres años pudiendo ser reelectos; asimismo nombrará a los suplentes respectivos, los que serán llamados a desempeñar aquellos cargos, mediante acuerdo, en las ausencias temporales del correspondiente propietario.

La ausencia del Presidente o Secretario del Consejo o de la Junta en el lugar, día y hora en que ha de efectuarse una sesión, no impedirá la celebración de la misma. En este caso, el Consejo o la Junta designará en el acto, de entre sus miembros, un Jefe de Debates para el solo efecto de presidir la sesión y un Secretario de actas para que levante la correspondiente.

El Órgano Ejecutivo cubrirá la vacante definitiva del Presidente y del Secretario del Consejo a más tardar dentro de los quince días subsiguientes a la fecha en que aquellos ocurran.

Art. 12.- Para ser miembro propietario o suplente del Consejo o de las Juntas, se requiere:

a) Ser salvadoreño;

b) Poseer título académico en su respectiva profesión conferido o incorporado por la Universidad de El Salvador o título académico conferido por Universidades legalmente establecidas en el país y tener por lo menos seis años de ejercicio profesional, cuando se trate de los miembros del Consejo y tres años de ejercicio profesional, cuando se trate de los miembros de las Juntas;

c) Ser de reconocida moralidad;

d) Ser mayor de treinta años de edad;

e) Estar en el ejercicio de los derechos de ciudadano y haberlo estado en los cinco años anteriores a su nombramiento o elección.

El Presidente y el Secretario del Consejo, no deberán pertenecer a los gremios profesionales de Medicina, Odontología, Químico Farmacéutico, Médico Veterinario y de ninguna otra profesión relacionada con la salud. El Presidente y el Secretario deberán ser académicos titulado de una Universidad legalmente establecida en el país.

No podrán ser miembros del Consejo ni de una misma Junta de Vigilancia los parientes entre sí, comprendidos dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

Art. 13.- El cargo de miembro del Consejo y de las Juntas de Vigilancia es obligatorio e incompatible con cualesquiera de los cargos mencionados en el Art. 236 de la Constitución, si posteriormente fuere nombrado o electo para desempeñar uno de los tales cargos, cesará en el ejercicio de miembro del Consejo o de las Juntas.

Las personas que se nieguen a desempeñar sin causa justa el cargo de Miembro del Consejo o de las Juntas, será sancionado, con una multa de CINCO MIL COLONES.

Son causas justas para negarse a desempeñar o a continuar desempeñando los cargos mencionados en el inciso anterior, los siguientes:

1) Imposibilidad física y mental.

2) Tener que ausentarse del país por un período no menor de un año.

La sanción establecida en el segundo inciso de este artículo se aplicará tanto a los miembros propietarios como a los suplentes del Consejo y de las Juntas.

SE PRESUME DE DERECHO QUE UNA PERSONA no acepta el cargo de Presidente, Secretario o miembro del Consejo o de cualquiera de las Juntas, tanto en lo que se refiere a los propietarios como a los suplentes, por el hecho de no presentarse el día y hora señalada previamente para ese efecto a la Presidencia de La República. Cuando se trate del Presidente y Secretario del Consejo; ante el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, cuando se trate de los restantes miembros del Consejo, o ante el Consejo, cuando se trate de los miembros de las Juntas, a manifestar su aceptación y rendir la protesta correspondiente.

La convocatoria para la concurrencia a manifestar su aceptación y a rendir la protesta correspondiente, se hará oportunamente a las personas designadas para ejercer los cargos de que se trate por medio de comunicaciones personales y por medio de una Publicación en el Diario Oficial, siendo esta la que servirá de prueba sobre el hecho de que se ha efectuado la convocatoria.

## CAPITULO II ATRIBUCIONES DEL CONSEJO

Art. 14.- Son atribuciones del Consejo:

- a) Velar por la salud del pueblo en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;
- b) Vigilar el funcionamiento de todos los organismos, instituciones y dependencias del Estado, cuyas actividades se relacionan con la salud del pueblo, presentando al Ministerio las recomendaciones para su perfeccionamiento señalando específicamente las anomalías que deban corregirse;
- c) Contribuir al progreso de los estudios de las profesiones y disciplinas relacionadas con la salud Pública, por los medios que estime más prácticos y eficaces, prestando su colaboración a la Universidad de El Salvador y demás Universidades e Instituciones dedicadas a la enseñanza de las profesiones y señalando las mejoras a introducir en los planes de estudio, métodos de enseñanza y demás medios encaminados a esa finalidad; Autorizar previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva la apertura y funcionamiento de los centros de formación profesional relacionados con la salud del pueblo. Este informe debe ser rendido dentro de los treinta días a partir de la recepción de la documentación por la respectiva Junta. En caso de no rendirlo el Consejo resolverá sin necesidad de él;
- d) Autorizar previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva, la apertura y funcionamiento de droguerías, farmacias, laboratorios farmacéuticos, laboratorios biológicos, laboratorios clínico biológicos, gabinetes radiológicos, hospitales, clínicas de asistencia social, gabinetes ópticos, laboratorios de prótesis dental y ventas de medicinas en lugares donde no existe farmacia o que éstas se encuentren a más de 2 kilómetros del lugar donde se pretende abrirlas y los dedicados al servicio y atención de la salud; y a su clausura por infracciones a este Código o sus reglamentos. Estos establecimientos son de utilidad pública en consecuencia el cierre de los mismos, sólo podrá efectuarse por resolución del Consejo.
- e) Llevar un registro público para la inscripción de los establecimientos que autorice de conformidad a los literales ch) y d) de este artículo.
- f) Elaborar los proyectos de Reglamentos previo informe de las Juntas de Vigilancia, a que están sometidos los organismos y establecimientos bajo su control y enviarlos al Órgano Ejecutivo por medio del Ministerio para su aprobación. El informe a que se refiere este literal deberá ser rendido en los 30 días siguientes al de la notificación respectiva.

Art. 15.- Corresponde al Presidente del Consejo:

- a) Presidir las sesiones del Consejo, así como representarlo judicial y extrajudicialmente.
- b) Actuar como Jefe de la Oficina del Consejo y de todo el personal administrativo subalterno.
- c) Ser el medio de comunicación entre el Consejo y las demás dependencias administrativas, así como con los profesionales y particulares;
- ch) Nombrar, remover, suspender, conceder licencias y aceptar renunciaciones del personal administrativo del Consejo.

- d) Cumplir y hacer cumplir las resoluciones del Consejo;
- e) Informar de sus actividades al Organismo Ejecutivo por medio del Ramo de Salud Pública y Asistencia Social, cuando le fuere solicitado;
- f) Rendir informe anual de las actuaciones del Consejo al Organismo Ejecutivo; y
- g) Las demás atribuciones que le señale el presente Código y sus reglamentos.
- h) Autorizar en casos de emergencia o catástrofe lo establecido en literal x) del Art. 14, así como el despacho de productos controlados, en casos específicos, informando en su oportunidad al Consejo.

Art. 16.- Corresponde al Secretario del Consejo:

- a) Autorizar con su firma tanto las resoluciones del Consejo como las del Presidente del mismo;
- b) Tomar debida nota de las sesiones del Consejo y levantar las actas correspondientes;
- c) Colaborar con el Presidente del Consejo a efecto de cumplir sus resoluciones y en la administración de la oficina del Consejo y su personal.

### CAPITULO III ATRIBUCIONES DE LAS JUNTAS

Art. 17.- Son atribuciones de las Juntas:

- a) Llevar un registro de los profesionales de su ramo en el cual inscribirán a todos los académicos egresados o incorporados en la respectiva facultad de la Universidad de El Salvador y de los egresados de las facultades respectivas en Universidades Legalmente establecidas en el país;
- b) Inscribir en el registro de profesionales a los académicos que reciban su título en las Universidades legalmente establecidas en el país y de los incorporados en la Universidad de El Salvador. Para este efecto, la Secretaría General de cada una de las Universidades comunicará inmediatamente a la Junta de Vigilancia respectiva, la expedición del título correspondiente;
- c) Vigilar el ejercicio de la profesión correspondiente y sus respectivas actividades auxiliares a que se refiere el inciso segundo del Art. 5 del presente Código; así como velar porque estas profesiones no se ejerciten por personas que carezcan del título correspondiente, exigiendo el estricto cumplimiento de las disposiciones penales relativas al ejercicio ilegal de las profesiones;
- ch) Formular los anteproyectos de Ley, y reglamentos correspondientes al ejercicio de cada una de las profesiones respectivas, sometiéndolos a la consideración del Consejo;
- e) Rendir informe razonado ante el Consejo de las diligencias a que se refiere el literal d) del Art. 4 del presente Código;
- f) Intervenir a petición de parte en aquellos casos en que surja desavenencia entre un profesional y su cliente o entre un establecimiento de los comprendidos en este Código y las personas que por motivo de salud recurriere a sus servicios. La resolución que al efecto se dicte deberá considerarse únicamente como medida transaccional entre las partes, sin perjuicio de que, de acuerdo con las circunstancias que acompañan al hecho, este pueda considerarse como referencia para estimar la conducta profesional del imputado;
- g) Elaborar su reglamento interno y reformas y someterlo a la consideración del Consejo;
- h) Nombrar, remover, aceptar renunciaciones y conceder licencias a su personal de empleados;
- i) Elaborar su ante proyecto de presupuesto remitiéndolo al Consejo;
- j) Imponer las sanciones que este Código o sus reglamentos determine; y



k) Hacer efectivo el servicio obligatorio de turnos a que se refiere el literal j) del Art. 14 del presente Código.

l) Ordenar el análisis en sus laboratorios, de las muestras de especialidades farmacéuticas que le fueren presentadas, solicitando autorización para su inscripción, importación, fabricación y expendio en el país, con el objeto de verificar si realmente están preparadas de conformidad con la fórmula pretendida y que reúnen los requisitos establecidos en el reglamento correspondiente. Posteriormente la Junta de Vigilancia de la profesión Químico Farmacéutica continuará con los trámites ya establecidos.

## **1.2.2. Artículos de la constitución de la república**

**Artículo 1:** El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. Así mismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

**Artículo 69:** El Estado proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia. Asimismo el Estado controlará la calidad de los productos alimenticios y las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar.

**Artículo 101:** El orden económico debe responder esencialmente a principios de justicia social, que tiendan a asegurar a todos los habitantes del país una existencia digna del ser humano. El Estado promoverá el desarrollo económico y social mediante el incremento de la producción, la productividad y la racional utilización de los recursos. Con igual finalidad, fomentará los diversos sectores de la producción y defenderá el interés de los consumidores.

### **Declaración Universal de los Derechos Humanos A.G. res. 217 A (III), ONU Doc. A/810 p. 71 (1948).**

#### **Artículo 25**

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

### **Organización Mundial de la Salud**

#### **Derecho a la salud**

#### **Nota descriptiva N°323**

#### **Noviembre de 2013**

El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir los más saludablemente posible.

Esas condiciones incluyen disponibilidades garantizadas de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano.

El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966;
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979;
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Carta Social Europea, 1961;
- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 1981; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), 1988.

### **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas Observación General del Derecho a la Salud (2000)**

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos.
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

### **1.2.3. Tratados Internacionales**

Para efectos de dar a las personas una atención de calidad en el sector público, se tiene en El Salvador como marco regional reconocido en su legislación la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública. Esta establece los objetivos, principios, deberes y derechos de los ciudadanos para acceder a una gestión pública de calidad, adoptados en la XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno en San Salvador, El Salvador, del 29 al 31 de Octubre del 2008, mediante la resolución N° 25 del “Plan de Acción de San Salvador”. La Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública persigue los objetivos siguientes:

- Promover un enfoque común en Iberoamérica sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública, que integre las distintas perspectivas políticas y técnicas que se encuentran presentes en los diversos niveles y sectores de las Administraciones Públicas de la región.

- Conformar un cuerpo de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados Iberoamericanos en la formación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.
- Proponer la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública, que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos de las Administraciones Públicas Iberoamericanas y a sus diversas formas organizativas. □ Servir como guía para el diseño, regulación, implementación, desarrollo, mejora y consolidación de planes de calidad y excelencia en la gestión pública, que le permitan a las diferentes administraciones públicas de los Estados Iberoamericanos potenciar sus capacidades y utilizar plenamente para acometer los retos y desafíos del desarrollo integral de sus respectivas sociedades y el lograr el bienestar de sus ciudadanos.

La Carta establece que la calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos. Considerando que la Administración Pública debe responder a las necesidades de los ciudadanos. La orientación a la calidad en la gestión pública supone la creación de valor público, por lo que tiene que responder al principio de gestión para resultados.

Además; la mejora de la normatividad persigue el establecimiento de un marco normativo sencillo que facilite la eficacia, eficiencia, agilidad y adaptabilidad de los procesos y procedimientos, y, por ende, la mejora en la prestación del servicio a los ciudadanos, así como la productividad nacional. Y será tarea permanente de los órganos y entes de las Administraciones Públicas iberoamericanas la mejora de la calidad en la elaboración de normas y el análisis de impacto normativo, la agilización y la simplificación de los trámites administrativos, siempre de conformidad con el interés general. Agrega que la adopción de sistemas de gestión normalizados facilita el desarrollo de un proceso de evaluación y mejora continua. En dicho sentido, se recomienda la adopción de modelos que contemplen la gestión integrada de la calidad, el medio ambiente y la salud y seguridad laboral. Añade que: La certificación externa de los servicios públicos, puede prestigiarlos ante la sociedad. Por lo mencionado anteriormente la Gestión de la Calidad en el sector público está enmarcada tanto a nivel internacional como nacional pero sin perder de vista el marco Regional. Por lo que los sistemas de gestión a implementar en el sector público deben ir orientados a dar cumplimiento a los principios o lineamientos básicos establecidos en la normativa legal.

Los órganos y entes públicos orientarán sus actividades al desarrollo de una estrategia en términos de procesos, basada en datos y evidencias, definiendo objetivos, metas y compromisos a alcanzar. La adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la Administración Pública orientada al servicio público y para resultados. A los efectos de la calidad en la gestión pública, los procesos constituyen una secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor añadido.

- La gestión por procesos en la Administración Pública debe tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la intervención pública, lo cual requiere adoptar enfoques y diseñar los procesos de prestación del servicio desde la perspectiva del ciudadano, usuario o beneficiario, y no desde la perspectiva de la Administración Pública.

- La dirección estratégica supone un enfoque flexible, que se anticipa y adapta a las necesidades de la sociedad. Permite analizar y proponer soluciones, para orientar a la Administración Pública a una visión u horizonte en un plazo determinado. Dicha visión de futuro supone dotarla de capacidad para dar respuesta a los requerimientos de las diferentes partes interesadas. Para ello, los órganos y entes de la Administración Pública desarrollarán políticas, estrategias, planes, objetivos, metas, estructuras, sistemas y procesos críticos orientados a la consecución de los objetivos.

- La dirección estratégica se basa en el ciclo de mejora: establecimiento de objetivos y planificación, desarrollo de forma sistemática y a través de procesos de las actuaciones planificadas, comprobación de los resultados obtenidos con respecto a los objetivos establecidos y adaptación continua de la planificación estratégica. La repetición sucesiva del ciclo de mejora permite alcanzar la mejora continua de la calidad del servicio al ciudadano y, por ende, una Administración Pública en transformación y actualizada.

La gestión por procesos implica el desarrollo de las actuaciones siguientes:

a. La identificación de los requerimientos, necesidades y expectativas, de los diferentes destinatarios de las prestaciones y servicios públicos, así como de otros posibles grupos de interés.

b. La identificación de todos los procesos necesarios para la prestación del servicio público y la adecuada gestión de la organización: procesos clave u operativos, de apoyo a la gestión y estratégicos; lo que se denomina mapa de procesos.

c. La definición del objetivo de cada uno de los procesos, así como de los beneficios que aporta a los grupos de interés a los que va dirigido.

d. La definición secuencial detallada y precisa de las diferentes actividades que componen el proceso o procedimiento concreto, para el cumplimiento de los diferentes requerimientos, y en su caso su diagrama.

e. La definición de las obligaciones, así como de las autoridades y directivos encargados.

f. La definición de indicadores que permitan la medición y control del desarrollo de la marcha adecuada del proceso.

g. La definición y desarrollo de un sistema de gestión que permita el seguimiento, evaluación y mejora continua de la calidad de los procesos, y la prestación del servicio.

h. La implantación de sistemas de gestión normalizados o estandarizados. La mejora de la normatividad persigue el establecimiento de un marco normativo sencillo que facilite la eficacia, eficiencia, agilidad y adaptabilidad de los procesos y procedimientos, y, por ende, la mejora en la prestación del servicio a los ciudadanos, así como la productividad nacional.

## SECCION CINCUENTA Y NUEVE

### Relaciones Públicas e Internacionales

Art. 274.- El Ministerio mantendrá permanente un adecuado programa de relaciones públicas con objeto de crear y fortalecer relaciones con miembros de las profesiones relacionadas con

la salud y con los elementos de la comunidad, para lograr la comprensión de las acciones de los organismos de salud y desarrollar una creciente colaboración y respeto hacia esos organismos.

Art. 275.- El Ministerio asesorará al Órgano Ejecutivo, sobre las cuestiones sanitarias relativas a la inmigración y respecto a las condiciones higiénicas y de salubridad a que deben sujetarse las empresas de transporte internacional, aéreo, marítimo o terrestre dentro del territorio del país.

Art. 276.- El Ministerio debidamente autorizado por el Organo Ejecutivo en los ramos correspondientes; podrá promover congresos internacionales en salud, concurrir por medio de representantes que al efecto acredite.

Art. 277.- El Ministerio intervendrá en el estudio y aprobación de todos los tratados, convenios o acuerdos internacionales relacionados con la salud.

## **1.2.4. Leyes orgánicas**

### **SECCION SIETE**

#### **Saneamiento del Ambiente Urbano y Rural**

Art. 56.- El Ministerio, por medio de los organismos regionales, departamentales y locales de salud, desarrollará programas de saneamiento ambiental, encaminados a lograr para las comunidades;

- a) El abastecimiento de agua potable;
- b) La disposición adecuada de excretas y aguas servidas;
- c) La eliminación de basuras y otros desechos;
- ch) La eliminación y control de insectos vectores, roedores y otros animales dañinos;
- d) La higiene de los alimentos;
- e) El saneamiento y buena calidad de la vivienda y de las construcciones en general;
- f) El saneamiento de los lugares públicos y de recreación
- g) La higiene y seguridad en el trabajo;
- h) La eliminación y control de contaminaciones del agua de consumo, del suelo y del aire;
- i) La eliminación y control de otros riesgos ambientales.

Art. 57.- El Ministerio por medio de sus organismos tendrá facultades de intervención y control en todo lo que atañe a las actividades de saneamiento y obras de ingeniería sanitaria.

Art. 58.- El Ministerio tiene facultades, en caso de grave riesgo para la salud, inspeccionar por medio de sus delegados el interior de casas, locales, predios públicos y privados. Los moradores, dueños y demás personas que tengan a cargo dichos inmuebles están en la obligación de permitir su acceso.

Los que contravengan lo dispuesto en este artículo incurrirán en las penas que este Código señale o lo que sus reglamentos establezcan.

Art. 59.- Cuando se comprobaren deficiencias higiénicas o de saneamiento, el Ministerio ordenará a quien corresponda proceder a subsanar o corregir tales deficiencias.

Art. 60.- El Ministerio exigirá a los organismos competentes la demolición de las edificaciones que constituyan grave riesgo para la salud de las personas, cuando las mismas se encuentren en pésimo estado o afecten la salud física o mental o que amenacen ruinas por condiciones que no admitan reparación.

## SECCION OCHO

### Agua Potable

Art. 61.- Las ciudades y poblaciones urbanas deberán estar dotadas de servicio de agua potable, y cuando no los tengan, el Estado; de acuerdo a sus recursos y conforme a los planes respectivos, se los proveerá por medio de los organismos especializados correspondientes.

Art. 62.- En las áreas rurales, el Estado estimulará a los pobladores para la creación, funcionamiento y mantenimiento de acueductos dando al respecto la asistencia técnica que sea necesaria y la ayuda económica posible, de acuerdo a sus recursos.

Art. 63.- El agua destinada para el consumo humano deberá tener la calidad sanitaria que el Ministerio conceptúa como buena y exigirá el cumplimiento de las normas de calidad en todos los abastecimientos de agua utilizadas para el consumo humano.

En tal virtud y para determinar periódicamente su potabilidad los propietarios o encargados de ellos permitirán las inspecciones del caso.

Art. 64.- No podrá efectuarse ninguna construcción, reparación o modificación de una obra pública o privada destinada al aprovechamiento de agua para consumo humano sin la autorización previa del Ministerio, para lo cual deberá presentarse a éste, una solicitud escrita con las especificaciones y planos de las obras proyectadas.

Art. 65.- Un reglamento determinará las condiciones técnicas y legales de los servicios de agua potable, así como de la calidad de la misma.

## SECCION NUEVE

### Baños Públicos

Art. 66.- El Ministerio controlará; la construcción, instalación y funcionamiento de piscinas públicas y privadas playas y balnearios marítimos; a costres y de ríos; al igual que baños públicos de agua corriente termales y medicinales. La construcción y funcionamiento de estos establecimientos serán determinados en el reglamento respectivo.

Art. 67.- Se prohíbe descargar residuos de cualquier naturaleza, aguas negras y servidas en acequias, quebradas, arenales, barrancas, ríos, lagos, esteros; proximidades de criaderos naturales o artificiales de animales destinados a la alimentación o consumo humano, y cualquier depósito o corriente de agua que se utilice para el uso público; consumo o uso doméstico, usos agrícolas e industriales, balnearios o abrevaderos de animales, a menos que el Ministerio conceda permiso especial para ello.

Art. 68.- Las aguas provenientes de cloacas, desagües y otras presumiblemente contaminadas, no podrán destinarse a la crianza de especies acuáticas, comestibles ni al cultivo de vegetales y frutas que suelen ser consumidas sin cocimiento.

Art. 69.- Se prohíbe descargar aguas servidas y negras en las vías públicas, parques, predios públicos y privados y en lugares no autorizados para ello.

Art. 70.- Es obligación de todo propietario o poseedor de inmueble ubicado en el radio urbano con redes públicas de agua potable y cloacas, instalar los correspondientes servicios conectados a esas redes siempre que estas quedaren a una distancia de cien metros, con facilidades de conexión. En caso contrario deberá disponerse por algún sistema autorizado por el Ministerio, que garantice la salud de los moradores.

Art. 71.- En las escuelas, colegios, cuarteles, mercados, hoteles, moteles y otros lugares similares, establecerán los servicios sanitarios necesarios que recomiende el Ministerio de acuerdo con el número de usuarios y áreas utilizables.

Art. 72.- La construcción o adaptación de viviendas destinadas a arrendamiento colectivo, deberán cumplir los requisitos exigidos por el Ministerio en relación con la cantidad y calidad de los servicios sanitarios.

Art. 73.- Un reglamento determinará las condiciones técnicas de la eliminación y disposición de excretas y de las aguas negras, servidas e industriales.

## SECCION DIEZ

### Basura y Otros Desechos

Art. 74.- Corresponde al Ministerio la autorización de la ubicación de los botaderos públicos de basura y su reglamentación.

Art. 75.- Todo edificio o local de uso público debe mantenerse limpio conforme a las instrucciones que dicte la autoridad de salud correspondiente.

Art. 76.- Los propietarios, poseedores o detentadores de predios baldíos y de sitios o locales abiertos en sectores urbanos, deberán cerrarlos para evitar que se conviertan en fuentes de infección.

Art. 77.- Los establecimientos que produzcan desechos que por su naturaleza o peligrosidad no deben entregarse al servicio público de aseo deberán establecer un sistema de tratamiento o autorizado por el Ministerio.

Art. 78.- El Ministerio, directamente o por medio de los organismos competentes, tomará las medidas que sean necesarias para proteger a la población de contaminantes tales como: humo, ruidos, vibraciones, olores desagradables gases tóxicos, pólvora u otros atmosféricos.

## SECCION ONCE

### Insectos Vectores, Roedores y otros Animales

Art. 79.- El Ministerio deberá dictar las medidas que correspondan para proteger a la población contra los insectos, roedores, perros u otros animales que pudieren transmitir enfermedades al ser humano o alterar su bienestar. Cuando se compruebe su peligrosidad, deberán ser retirados o eliminados por su poseedor o directamente por el Ministerio.

Art. 80.- Toda persona natural o jurídica que se dedique al control de insectos y roedores, deberá obtener el permiso de operación del Ministerio y éste controlará la adecuada aplicación de plaguicidas y las medidas de seguridad con la población de conformidad al reglamento.

Art. 81.- Se prohíbe la crianza y explotación de animales domésticos dentro del radio urbano de las poblaciones, se permitirá únicamente en lugares especialmente designados para ellos previo informe favorable de la correspondiente autoridad de salud que vigilará el mantenimiento de las adecuadas condiciones higiénicas.

## 1.2.5. Reglamentos

Obligaciones, Derechos y Prohibiciones

SECCION UNO

Obligaciones

Art. 33.- Son obligaciones de los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la salud, las siguientes:

- a) Atender en la mejor forma a toda persona que solicite sus servicios profesionales, ateniéndose siempre a su condición humana, sin distinción de nacionalidad, religión, raza, credo político ni clase social;
- b) Cumplir con las reglas de la ética profesional adoptadas por la Junta respectiva;
- c) Cumplir con las disposiciones del presente Código y los Reglamentos respectivos;
- ch) Colaborar gratuitamente cuando sus servicios fueren requeridos, por las autoridades de salud y demás instituciones y organismos relacionados con la salud, en caso de catástrofe, epidemia u otra calamidad general;
- d) Atender inmediatamente casos de emergencia para los que fueren requeridos;
- e) Cumplir con las disposiciones vigentes, sobre prescripción de estupefacientes, psicotrópicos y agregados; y
- f) Todas las demás obligaciones y responsabilidades que conforme al presente Código y sus reglamentos les correspondan.

SECCION DOS

Derechos

Art. 34.- Son derechos de los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la salud los siguientes:

- a) Contratar convencionalmente, los honorarios profesionales;
- b) Solicitar a la Junta respectiva, su intervención cuando surjan desacuerdos con relación a los honorarios;
- c) Transferir pacientes a otros profesionales cuando en beneficio de una mejor atención lo consideren necesario;
- ch) Velar por la superación del gremio.

SECCION TRES

Prohibiciones



Art. 35.- Se prohíbe a los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes, relacionados con la salud:

- a) Permitir el uso de su nombre a persona no facultada por la Junta respectiva, para que ejerza la profesión;
- b) Difamar, calumniar o tratar de perjudicar por cualquier medio a otro profesional en el ejercicio de la profesión;
- c) Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos anti-científicos o dudosos;
- ch) Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles;
- d) Anunciar o aplicar fármacos inócuos, atribuyéndoles acción terapéutica;
- e) Anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental que induzca a error o engaño;
- f) Anunciar la confección de aparatos protésicos exaltando sus virtudes, propiedades, término de su construcción, duración, tipos, características y precios;
- g) Expedir certificados en lo que se exalten o se elogien la calidad o cualidad de los instrumentos o productos elaborados;
- h) Publicar falsos éxitos profesionales, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualesquiera otro engaño;
- i) Publicar referencias a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados en la respectiva profesión;
- j) Publicar cartas de agradecimiento de los pacientes;
- k) Practicar hipnosis con otra finalidad que no sea del ejercicio mismo de su profesión;
- l) Delegar en su personal técnico o auxiliar, facultades y funciones o atribuciones propias de su profesión;
- ll) Expedir certificaciones profesionales por complacencia o dando datos falsos sobre el padecimiento de enfermedades no existentes; y
- m) Las demás que la Junta respectiva, el presente Código y los Reglamentos respectivos les prohíban.

Queda prohibido a los técnicos y auxiliares dentales la atención clínica o quirúrgica de los pacientes.

Art. 36.- Los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la salud, no podrán recurrir a la huelga o al abandono de su cargo, para reclamar u obtener soluciones de cualesquiera índole.

Art. 37.- El Secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de la familia y la respetabilidad del profesional exigen el secreto por lo cual deben mantener confidencialmente cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de su profesión.

Art. 38.- El Secreto profesional se recibe bajo dos formas:

- a) El secreto explícito formal, textualmente confiado por el paciente al profesional;
- b) El secreto implícito que resulta de las relaciones del paciente con el profesional.

El secreto profesional es inviolable; salvo el caso de que, mantenerlo, vulnere las leyes vigentes o se tenga que revelar en un peritaje o para notificar enfermedades infecto contagiosas ante las autoridades de salud.

Art. 39.- Los profesionales, técnicos, auxiliares, higienistas y asistentes relacionados con la salud, son responsables legalmente de sus actos en el ejercicio profesional, cuando por

negligencia, impericia, ignorancia, abandono inexcusable, cause daño o la muerte del paciente.

### **1.2.6. Decretos**

#### **SECCION CUARENTA Y TRES Asistencia Médica**

Art. 193.- El Ministerio como organismo directivo y coordinador de todos los aspectos de la salud pública del país, realizará por intermedio de sus dependencias técnicas y sus organismos regionales, departamentales y locales de salud, las funciones y obligaciones de asistencia médica y médico social, para asegurar la recuperación adecuada de la salud de los enfermos.

Art. 194.- Para los efectos del artículo anterior, el Ministerio desarrollará un programa nacional como parte del plan integral de salud pública, para proporcionar servicios médicos generales y especializados.

Art. 195.- El Ministerio establecerá las normas generales para coordinar y unificar los procedimientos que han de seguir todos los establecimientos públicos de asistencia médica a fin de evitar duplicidad y dispersión de esfuerzos.

Art. 196.- Para el mejor desarrollo del programa nacional de asistencia médica, el Ministerio coordinará todas las actividades correspondientes que desarrollen en el país los organismos nacionales, públicos, descentralizados y privados y los internacionales, de acuerdo con el plan nacional de salud.

Art. 197.- La ubicación, construcción e instalación de los establecimientos privados de asistencia médica, tales como hospitales, clínicas, policlínicas, sanatorios, clínicas sicoterapéuticas u otras similares, se hará conforme los reglamentos de construcción respectivo y las normas especiales que acordará el Ministerio en coordinación con el Consejo.

Art. 198.- Autorizar a los establecimientos de salud del Ministerio para que acepten la colaboración de la iniciativa privada, por medio de la creación de patronatos conforme a la ley respectiva.

### **1.2.7. Resoluciones**

#### **SECCION TREINTA Y DOS Otros Servicios Preventivos**

Art. 148.- El Ministerio dará tratamiento preventivo a la población humana cuando sea necesario, para evitar la diseminación de enfermedades transmisibles y toda persona esta obligada a someterse a dicho tratamiento.

Art. 149.- Para el control de la tuberculosis se dictarán las normas y se acordarán las acciones que, en forma integrada; tendrán por objeto la prevención de la enfermedad; diagnóstico, localización y el adecuado tratamiento, control y rehabilitación de los enfermos. Estas normas y acciones serán obligatorias en todos los establecimientos de salud públicos y privados.

Art. 150.- Para cumplir con lo indicado en el artículo anterior, el Gobierno dará todo su apoyo a las instituciones nacionales e internacionales, públicas o privadas, que contribuyan al control de la tuberculosis.

Art. 151.- Es obligatorio para todo enfermo de tuberculosis y cualquiera enfermedad transmisible, someterse al tratamiento indicado, tanto ambulatorio como hospitalario; y las autoridades de seguridad pública, darán todo su apoyo al Ministerio, para que esta disposición se cumpla. El incumplimiento de esta disposición hará incurrir en responsabilidad.

Art. 152.- Es obligatorio para los contactos de enfermedades transmisibles, agudas, crónicas y zoonosis, someterse a la investigación Clínica y a las acciones de las normas que el Ministerio establezca.

### **Organización**

El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro, Viceministro y las Direcciones de Planificación, Regulación, Aseguramiento de la Calidad y Administrativa y Financiera. Las Direcciones están formadas por Unidades Técnicas especializadas. El Ministro recibe asesoría continua de parte del Asesor del Despacho y las Unidades Asesoras. Esta estructura es la que actualmente se está fortaleciendo como ente Rector

## **1.2.8. Antecedentes del sector salud**

En 1806 se crearon asilos (hospitales), siendo los principales los de San Salvador, San Miguel (asilo San Antonio) y en San Vicente, donde se contaba con cinco médicos de los cuales dos residían en San Salvador, uno en San Vicente y dos en San Miguel.

En 1807 se empezaron a practicar cirugías completas por el doctor Emilio Álvarez de nacionalidad colombiana, a quien se le consideró padre de la cirugía en aquella época; dichas cirugías fueron practicadas en el asilo de San Salvador.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), nace el 23 de julio de 1900, con el nombre de Consejo Superior de Salubridad dependiente del Ministerio de Gobernación. El consejo determinó que dentro de las actividades principales realizadas están: estadísticas médicas, saneamiento de zonas urbanas, inspecciones de víveres, higiene de rastros y mercados, construcción de cloacas y sistemas de aguas hervidas, obligatoriedad de instalar letrinas, lucha contra los mosquitos, visitas a establos, fábricas y beneficios de lavar café. El primer código de sanidad entra en vigencia el 24 de julio del mismo año. El 15 de agosto se creó la dirección general de vacunación la cual en 1907 se llamó Instituto de Vacunación contra la Viruela.

En 1920 se fundó la Dirección General de Sanidad, dependiendo también del Ministerio de Gobernación. En 1925 se nombra el primer odontólogo y se inicia la profilaxis antivenérea en siete cabeceras departamentales.

En 1926 el poder ejecutivo creó a través de la subsecretaría de beneficencia, el servicio de asistencia médica gratuita, cuya finalidad era prestar auxilio oportuno y eficaz a los enfermos pobres en todas las poblaciones de la República y la creación de circuitos médicos, especificando que en cada circuito se establecerá una junta calificadora integrada por el alcalde municipal y otros ciudadanos para clasificar a las personas como pobres, ya que la condición de escasez económica establecería el derecho de ser atendido gratuitamente, también especifica el mismo decreto en el artículo 23 que este servicio de asistencia médica gratuita recibirá el apoyo moral y económico no sólo del supremo gobierno y de las municipalidades sino también de las clases que por sus condiciones económicas tenga aptitudes para ello.

En 1930 se aprueba el nuevo código de sanidad, en este año se establece la primera clínica de especialidad que se encarga del cuidado general de niños en todas sus etapas, ubicada en San Salvador. En 1935 aparecen las tres primeras enfermeras graduadas y en este año el sector salud cuenta con un servicio médico escolar y un servicio para el control de los parásitos intestinales.

Los servicios departamentales de sanidad estaban a cargo de un médico delegado, un agente sanitario, un vacunador y por enfermeras no graduadas. Este año se reportó el último brote de viruela.

En 1946 se fundó el Ministerio de Asistencia Social, y en 1948 mediante el Decreto Legislativo número 134 el 14 de octubre se le modifica el nombre por el que actualmente posee, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), lo que fue publicado en el Diario Oficial número 57 del 10 de octubre de 1950. Desde esa fecha el MSPAS ha tendido a complejizarse y ha incorporado modificaciones tanto en su estructura como en su funcionamiento, cambios que han respondido a la necesidad de satisfacer las demandas que en el campo de la salud le plantea a la sociedad salvadoreña.

En julio de 1951, se inician las actividades del área de demostración sanitaria, proyecto en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en este proyecto nació la escuela de servicio, atención integral, organización de comunidades rurales, actividades de saneamiento rural y puestos de salud.

En los años de 1993 a 1994 un equipo de consultores nacionales e internacionales (USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), OPS (Organización Panamericana de la Salud), BM (Banco Mundial), BID (Banco Interamericano de Desarrollo)), formularon el proyecto “Análisis del Sector Salud de El Salvador” y produjeron el documento “La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia”, que contenía un diagnóstico y propuesta para la reforma de la salud en nuestro país.

En los años de 1994 a 1995, por encomienda de la Comisión Intersectorial de Salud, el Grupo de Reforma del Sector Salud, elaboró el documento “Guía para la Reforma del Sector Salud en El Salvador”. En esa misma época se formuló el Plan de Gobierno 1994-1999: El Salvador país de oportunidades, que incorporaba elementos innovadores de política y

estrategia en los temas de salud y nutrición. Ninguna de las propuestas y planes antes mencionados se llevó a la práctica.

En 1998 se presentaron nuevas propuestas que abordan el tema de la problemática de la salud y proponen soluciones. Entre los estudios más significativos podemos mencionar los realizados por la Comisión Nacional de Desarrollo (Mesa 13 de la Consulta Especializada), Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES), Comisión Nacional de Salud (CONASA), la propuesta ciudadana por la salud del Colegio Médico de El Salvador y Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (STISSS).

Los planteamientos se hicieron desde distintas ópticas, en algunos casos con puntos de coincidencia y en otros con franca divergencia:

a) La Mesa 13 de la Consulta Especializada de la Comisión Nacional de Desarrollo propone la conformación de un Sistema Nacional de Salud, hace énfasis en la organización para la separación de funciones y en la coordinación y vinculación del Sistema.

b) FUSADES plantea una solución de mercado; sugiere la compra de un seguro obligatorio de prevención y de atención secundaria y terciaria, financiado con aportes personales y/o con apoyo Estatal.

c) La CONASA presenta que los objetivos de la Reforma se alcanzarían con la provisión mediante diferentes modalidades privadas y la autonomía de gestión de los actuales proveedores públicos, aplicándose un seguro universal para el financiamiento del Sistema.

d) El Colegio Médico dirigió un proceso participativo que culminó en una propuesta de Política Nacional de Salud, ésta tiene especial énfasis en la Rectoría complementada con una gestión participativa y la descentralización sin privatización. El Ministerio de Salud asumiría el rol de Rector y la provisión continuaría siendo mixta.

e) El STISSS propone que sea el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) el encargado único de la provisión y capte las cotizaciones a nivel nacional, extendiendo la seguridad social a toda la población. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en éste caso se desligaría de la provisión y se concentraría en emitir la política de salud, normar y regular el Sistema de Salud.

f) En ese mismo período se formuló el Plan Estratégico del GOES 1999-2004, denominado la Nueva Alianza, que en su Alianza Solidaria propone acciones sustantivas y líneas estratégicas de acción dedicadas específicamente a la Reforma del Sector Salud.

g) El interés de los trabajadores de la salud, grupos y organizaciones de la sociedad civil por reformar el sector, así como las corrientes de reforma en el contexto internacional convirtieron en impostergable y urgente la necesidad de arribar a una solución integrada.

h) Uniéndose al esfuerzo para dar esa respuesta y por iniciativa del Presidente de la República se conformó por decreto ejecutivo No. 15, de fecha 19 de julio de 1999, el Consejo de Reforma del Sector Salud, con representatividad de diversos sectores para presentar al Ejecutivo una Propuesta Integral de Reforma del Sector Salud. Como objetivo principal del MSPAS se establece velar por la conservación y restablecimiento de la salud de los habitantes de la República, la cual se proyecta a la totalidad del territorio nacional y sus más

de nueve millones de habitantes identificando grupos de mayor riesgo por su edad sexo y distribución geográfica.

### **1.2.8. Estructura del sector salud**

El sistema de salud de El Salvador está estructurado en torno a tres sectores escasamente interrelacionados: el sector público, el sector de la seguridad social y el sector privado.

El sector público, bajo la conducción del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), históricamente se ha propuesto brindar una cobertura universal y amplia a través de su propia red de establecimientos asistenciales.

Cuenta para ello con 30 hospitales con internación, cuya disponibilidad de camas es de 4,849 y cerca de 450 centros periféricos de primer nivel y segundo nivel de atención, empleando un total de 17, 800 agentes, de los cuales alrededor del 15% son médicos.

Para los fines de la política sanitaria, el país se encuentra dividido en lo que se conoce como el SIBASI por departamentos, cuya conducción está a cargo de las Direcciones Departamentales, de las que dependen los centros periféricos localizados en las respectivas áreas de influencia; los hospitales, en cambio, tienen el carácter de organismos descentralizados adscritos al MSPAS.

La operativización del Sector Publico se encuentra basada en el Sistema Básico de Salud Integral, que sustenta su capacidad para resolver problemas de salud de la población de su responsabilidad, mediante la descentralización técnica y administrativa para el ejercicio de su gestión y de acuerdo a las políticas, normas y estrategias dictadas por el ente rector.

Si bien las prestaciones en todos los niveles de atención se encuentran aranceladas, la recaudación por esta vía no alcanza a solventar el 5% de los gastos operativos del sistema, por lo que su financiamiento descansa fundamentalmente en fondos provenientes de rentas generales.

El sector de la seguridad social está integrado por algo más de 10 entidades, de las cuales la más relevante es el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), este ente brinda cobertura en salud a los trabajadores en relación de dependencia y empleadores del sector privado, a los agentes del sector público, a los jubilados y pensionados, y a los cónyuges de los titulares e hijos menores de 6 años, que en conjunto representan el 14.2% de la población del país.

Los servicios médicos se otorgan mayoritariamente a través de prestadores propios, aunque también se han celebrado convenios con los hospitales del MSPAS y, en forma más reciente se han comenzado a realizar contratos de consultas ambulatorias con efectores privados. Su financiamiento descansa fundamentalmente en aportes y contribuciones salariales, las cuales para los empleados del sector público resulta de 9.35% de sus ingresos.

### 1.2.9. Sector hospitalario

En 1806 se crearon asilos (hospitales) sin asistencia, siendo los principales el de San Salvador, San Miguel (Asilo San Antonio) y en San Vicente, los cuales contaban con doce cirujanos (Barberos) y veintiséis curanderos.

En 1856 se comenzaron a practicar cirugías completas por el Doctor Emilio Álvarez (1847 – 1906) de Nacionalidad Colombiana, a quien se le considero Padre de la cirugía en aquella época; dichas prácticas fueron realizadas en el asilo de San Salvador.

A partir de entonces se comenzaron a practicar diferentes cirugías tales como nefrectomías, operaciones de próstata, laparotomías, siendo la primera la laparotomía exploratoria practicada en 1882 por el Dr. Emilio Álvarez, para extirpar un tumor de ovarios. Para este entonces el Hospital General que existía (Antes casa de caridad), no era suficiente para las demandas, por lo que Don Teodoro Kreintz y el Dr. Ramón García González, tomaron la iniciativa de construir un verdadero hospital, para lo cual Don José Rosales quien estaba de acuerdo con ellos donó toda su fortuna en abril de 1885 inaugurándose posteriormente en julio de 1902 el hospital Rosales. En julio de 1951 se inician las actividades del área de demostración sanitaria, proyecto en conjunto con la OMS, en este proyecto nació la escuela de capacitación sanitaria la cual brindaría capacitación de adiestramiento en servicio de atención integral, organización de comunidades rurales para las actividades de saneamiento de salud.

Por otra parte, en nuestro país, aún a mediados del siglo pasado, habían ramas de la medicina que no eran reconocidas como especialidades Médicas, por lo que sus procedimientos eran realizados por cirujanos o médicos generales. Ello cambió cuando la Familia Regalado proporcionó un terreno y donó parte del financiamiento para la construcción de Hospitales especializados en estas áreas que antes no eran atendidas por médicos que hubiesen elaborado estudios especializados en dichas ramas.

En 1960 un grupo visionario de 17 médicos jóvenes, integrado por ginecólogos, pediatras, anesthesiólogos y un radiólogo, decidieron unir sus esfuerzos para crear una sociedad pionera, con el fin de desarrollar un hospital privado que se dedicara a cubrir dichas áreas he aquí cuando nace lo que ahora conocemos como Hospital Centro Ginecológico, especializándose este como su nombre lo dice en el área de ginecología y obstetricia, contando este tanto con el personal como con la infraestructura y la tecnología necesaria para brindar a las mujeres que fueran dar a luz una mayor seguridad a la hora de traer a sus hijos al mundo.

Este proyecto dio sus frutos el 8 de junio de 1964, día en el cual el Hospital Centro Ginecológico inició sus labores en San Salvador, ubicándose en Urbanización la Esperanza, en donde poco a poco se generó una especie de “polo hospitalario” al cual se fueron sumando clínicas y hospitales de diversas especialidades, creando de esta manera lo que hoy en día se conoce como Colonia Médica.

Con el paso del tiempo, el Centro Ginecológico amplió su área de atención, incluyendo la especialidad de Pediatría, que al igual que las especialidades de Ginecología y Obstetricia, ofrece servicios de la más alta calidad, pues desde sus inicios, la Institución ha dedicado todos sus recursos y esfuerzos por la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus pacientes, razón por la cual se les considera un Hospital líder en el ámbito hospitalario.

En el año 1964 surge la inquietud de un médico visionario al ver algunas áreas en las cuales las instituciones existentes en esta época no lograban satisfacer las necesidades de los usuarios. Fue aquí cuando el Dr. José Cáliz se une a un grupo de tres médicos, los cuales en el año 1965 se disponen a crear un nuevo centro médico con el fin de brindar al público nuevos servicios especializados. Fue así que en el año de 1966 se adquirió una parcela de la Finca la Esperanza y empieza la construcción de lo que ahora conocemos como Hospital Centro de Emergencias, estando éste ubicado en la esquina opuesta del Hospital centro ginecológico.

Este centro médico fue creado con el fin de dar asistencia a cualquier tipo de emergencias, con excepción de servicios de partos. En sus inicios este hospital contó con cuatro habitaciones y con el paso del tiempo al ver la aceptación de este centro ante las personas comenzó a extender sus instalaciones para así poder brindar sus servicios a más usuarios.

Este hospital cuenta con 65 empleados entre personal especializado en el área médica, así como personal administrativo y de servicios varios, además este hospital cuenta con el servicio de transporte de pacientes en ambulancia de sus casas al centro de emergencia, siendo éste uno de los servicios que en sus inicios no podían brindar a sus pacientes.

La razón principal que detuvo el crecimiento de las instalaciones de este centro médico en los años 80, fue el conflicto armado, ya que disminuyó el flujo de personas que solicitaban los servicios de dicho centro hospitalario.

En el año de 1977 nace el Hospital de Diagnóstico en la Colonia Médica considerado el más respetado Centro Médico Privado de El Salvador. Está localizado en el corazón de la zona médica de la capital, donde se encuentran más de 300 consultorios médicos, laboratorios clínicos y farmacias, razón por lo cual en 1998 fue denominada "Colonia Médica" por la Municipalidad de San Salvador.

El 12 de febrero de 2001 se abren las puertas al público de una nueva sucursal del Hospital de Diagnóstico en nuestro país. Este ha sido diseñado y equipado de acuerdo a estándares de calidad internacional. Se encuentra localizado en el centro del área residencial de San Salvador y es fácilmente accesible desde los Hoteles y oficinas de las más grandes corporaciones nacionales e internacionales.

Para conveniencia de las visitas y pacientes también en el mismo edificio se encuentran localizadas farmacias, restaurantes, cafeterías, agencias de viajes, salones de belleza y venta de regalos. Los más de 300 médicos del Hospital cubren todas las Especialidades, atienden a los pacientes que los visitan con la ayuda de un excelente grupo de enfermeras y paramédicos altamente capacitados. Los servicios que brindan estas dos sucursales son Emergencias y traumas, unidad materno infantil, cateterismo cardiaco, cirugía de corazón, trasplante renal, cirugía plástica, unidad cardiovascular, hemodiálisis, endoscopia del tubo digestivo, unidad del estudio del sueño, chequeos médicos, entre otros.



## 1.3. MARCO CONCEPTUAL

MINSAL (El Ministerio de Salud) del Órgano Ejecutivo de la República de El Salvador; es la instancia rectora en materia de salud, que garantiza a los habitantes de la República de El Salvador la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida<sup>6</sup> y es por esa misión que el Ministerio de Salud es la institución responsable del mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud y la búsqueda de la excelencia; es una condición indispensable y prioritaria para el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los compromisos relacionados a la función social del Estado.

### 1.3.1. Calidad

Es necesario tomar en cuenta algunos aspectos importantes relacionados al término Calidad, entre ellos que, Calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, por el contrario, la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención; que no constituye un término absoluto sino que supone un proceso de mejoramiento continuo y que calidad es objetiva y medible y finalmente, no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

#### 1.3.1.1. Evolución histórica de la calidad

Para analizar el avance que se ha tenido se pueden destacar 5 etapas en el desarrollo de la calidad:

1. AÑO 1920: Inspección de la calidad.

En esta etapa se da la separación de las unidades buenas de las malas en un conjunto de piezas.

2. AÑO 1950: Control de la Calidad.

En esta etapa se da la detección de defectos en el proceso de fabricación de productos y a raíz de eso nace la prevención para lograr tener menor porcentaje de error en la fabricación.

3. AÑO 1970: Aseguramiento de la Calidad.

En esta etapa se da la incorporación del control de la calidad en todas las actividades de una organización, esto tendrá como resultado una mejor eficiencia y se asegurará satisfacer al cliente.

4. AÑO 1980: Gestión de la Calidad.

Integrar el esfuerzo de todo el talento humano hacia el logro de la calidad.

5. AÑO 1990: Gestión Total de la Calidad.

Extensión total del logro de la calidad conseguida 10 años atrás a todas las actividades que realiza la organización. Esto crea una nueva filosofía de trabajo.

---

<sup>6</sup> Misión, Ministerio de Salud, Gobierno de El Salvador

### 1.3.2. Salud

- La salud es un proceso que se expresa en el completo bienestar psíquico, físico y social y no solamente como ausencia de enfermedad<sup>7</sup>.
- Proceso dialéctico, biológico y social producto de la interrelación del hombre con el medioambiente, influido por las relaciones de producción y que se expresa en niveles de bienestar físico, mental y social.<sup>8</sup>

### 1.3.3. Calidad en Salud

Para dar respuesta a la misión y visión institucional y a través de un proceso consensuado, se propone la definición de calidad en salud, entendida ésta como:

“Es el grado en el cual los servicios de salud establecidos para las personas, la familia y la comunidad en su conjunto, garantizan un acceso oportuno, brindándose de manera ética con eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, seguridad, integralidad y calidez”.

Esta definición presenta varias características que se deben destacar:

a) La expresión “Es el grado en el cual...”, significa que la calidad es una variable que admite diferentes valores y que se puede y de hecho, se va a medir.

b) El término “Los servicios de salud establecidos”, hace referencia al Sistema de Salud en su conjunto, el cual debe garantizar el acceso oportuno y equitativo de la población a los servicios que para ella se han concebido, de acuerdo con el perfil epidemiológico del país y con sus metas de desarrollo humano.

c) El sistema de salud actúa en tres dimensiones: no sólo sobre el individuo sino también sobre la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

d) Se asume que la calidad integra características de índole técnica como la eficiencia, seguridad, integralidad, entre otras, y la interpersonal como la calidez.

e) El compromiso con la efectividad implica reconocer que no hay calidad si no se logra un impacto favorable sobre la situación de salud de la población.

### 1.3.4. Prioridades relacionadas a la calidad

En congruencia con la definición de calidad, diferentes grupos proponen la adopción de 5 grandes prioridades sobre las cuales se deben alinear los esfuerzos del país, y no solamente del sector, para mejorar la calidad de los servicios de salud. Estas prioridades son:

---

<sup>7</sup> O.M.S. año 1950

<sup>8</sup> Salud de Salvador Allende ( año 1973 )

Acceso Oportuno: entendido como el grado en el cual se garantiza que las personas, las comunidades y la sociedad en su conjunto puedan hacer uso de los servicios de salud sin que se presenten retrasos que puedan generar riesgos o daños sobre su vida y su salud. Esta característica integra la accesibilidad y la oportunidad, e implica la identificación y remoción de posibles barreras geográficas, físicas, administrativas, económicas, sociales y culturales.

Seguridad: se define como el grado en el cual se garantiza que los beneficios derivados de los servicios de salud superan sus riesgos potenciales. Implica la utilización de instrumentos y metodología basadas en evidencia científica para identificar y reducir la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos de tipo accidental e intencional que se puedan agregar a los riesgos inherentes a las circunstancias genéticas y clínicas de los usuarios, o para mitigarlos una vez que se han materializado.

Integralidad: es el grado en el cual se garantiza que los usuarios reciban una atención en salud completa, pertinente, racional y continua en función de sus necesidades, y en un contexto bio-psico-social. Garantizar esta característica implica fortalecer el desarrollo, aplicación y evaluación de la ejecución de normas técnicas, manuales y guías de atención que determinen con precisión el conjunto de servicios que deben recibir los usuarios de acuerdo con sus necesidades, y la coordinación que debe establecerse entre los diferentes niveles de atención del sistema de salud para proveer dichos servicios.

Efectividad: es el grado en el cual se garantiza que las intervenciones de cuidado de la salud desarrolladas por el sistema en su conjunto generan un impacto positivo sobre el perfil epidemiológico del país y sobre la calidad de vida de las personas. Implica desarrollar acciones coordinadas y eficaces de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que logren altas coberturas y que permitan lograr y superar las metas de desarrollo del milenio.

Satisfacción del Usuario: es el grado en el cual se garantiza que los servicios ofrecidos y prestados generan complacencia entre los usuarios desde el punto de vista de la dimensión interpersonal de la calidad. Esta característica implica desarrollar una cultura de servicio al usuario, y entenderlo como el centro y la razón de ser de todo el sistema de salud.

En la medida en que el sistema de salud garantice las condiciones de entrada antes analizadas y desarrolle instrumentos de mejoramiento de la calidad alineados con estas cinco prioridades, se estará interviniendo más del 80% de la problemática de calidad en salud del país.

### **1.3.5. Estrategias de la calidad**

- Fomentar la cultura de calidad, como requisito indispensable en el quehacer cotidiano de los servicios de salud.
- Integrar las diferentes iniciativas, modelos, metodologías y herramientas de calidad, así como su adecuación a la realidad nacional.
- Establecer alianzas para la formación y capacitación del recurso humano en salud con las instituciones formadores.

- Orientar los procesos de atención en salud, técnicos y administrativos hacia la satisfacción del usuario.
- Fomentar que la calidad sea un eje transversal en todos los programas, planes y proyectos en salud.
- Promover el desarrollo de formación de equipos de trabajo en redes y nodos, tanto a nivel institucional, interinstitucional e intersectorial.
- Promover la formulación y ejecución de proyectos de mejora continua de la calidad en los establecimientos de salud.
- Promover la gestión de la cooperación externa para la formulación y ejecución de proyectos de mejora continua en los servicios de salud.
- Promover la participación social en los procesos de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de Salud.

### **1.3.6. Control y gestión de la calidad**

Hace algún tiempo se pensaba, y se actuaba en consecuencia, que la calidad únicamente se controlaba. El departamento de control de calidad, como una función empresarial más, se dedicaba a separar el producto aceptable (de acuerdo con determinados estándares o características objetivas) del que no lo era mediante la inspección de la materia prima, del producto acabado o en fases intermedias de producción.

A continuación, el departamento de producción procedía al arreglo correspondiente hasta conseguir la conformidad y aceptación del producto. Solo se inicia la corrección si se detecta un defecto en el producto. Ambas actividades, evaluación y arreglo, son terriblemente costosas constituyendo un clásico indicador de ineficiencia por lo que suponen de carencias en el dominio del proceso productivo. El escenario competitivo hace que sea conveniente cambiar el objetivo perseguido por la calidad. De la calidad del producto se pasa a perseguir la satisfacción del cliente (referencial ISO 9001:2000) o de las partes interesadas, clientes-personas-proveedores-sociedad-accionistas (modelo EFQM).

El concepto calidad tiene ahora un alcance global al abarcar a todas las actividades empresariales, operativas y de gestión; ello es debido a que se entiende por producto el resultado del trabajo de cualquier persona y por cliente al destinatario de ese trabajo. Con este amplio alcance y el enfoque a los procesos, pero a todos los procesos de la empresa, la calidad sirve para integrar todas las funciones empresariales en torno a un objetivo común: satisfacer al cliente. Así pues, de un concepto negativo, estático y reactivo de la calidad se pasa a otro positivo, orientado a la acción y proactivo. Para tomar una acción específica, no es necesario que se haya detectado algún defecto o error, sino que se emprende para cumplir los objetivos de mejora fijados y satisfacer más y mejor al cliente (añadir valor).

### **1.3.7. Gestión de la calidad**

Comprende tanto el control de la calidad como el aseguramiento de la calidad, así como los conceptos suplementarios de política de la calidad, planificación de la calidad y mejoramiento de la calidad. La gestión de la calidad opera a todo lo largo del sistema de la calidad. Estos conceptos se pueden extender a todas las partes de una organización.

Conceptualmente, la gestión de la calidad es el conjunto de actividades de la función general de la dirección que determinan la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades y se lleva a cabo, tal como ya ha sido mencionado, por medios tales como la planificación de la calidad, la inspección, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y el mejoramiento de la calidad, en el marco del sistema de la calidad.

Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

- a) **Enfoque al cliente:** las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- b) **Liderazgo:** los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- c) **Participación del personal:** el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- d) **Enfoque basado en procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- e) **Enfoque de sistema para la gestión:** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- f) **Mejora continua:** la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
- g) **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- h) **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Estos ocho principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000 (2015)

### 1.3.8. Gestión pública de la calidad

La calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

La calidad en la Gestión Pública puede y debe ser constantemente mejorada, buscando elevarla a niveles de excelencia, es decir obtener resultados sostenibles, con tendencias

crecientes de mejora, y que tales resultados se comparen favorablemente con los más destacados referentes nacionales e internacionales.

### **1.3.9. Atención hospitalaria**

La atención hospitalaria incluye la asistencia prestada por los médicos especialistas tanto en centros de especialidades como en hospitales. Son los médicos de atención primaria quienes valoran la necesidad de asistencia especializada en cada caso.

A este nivel se ofrece a la ciudadanía los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en el nivel de atención primaria.

### **1.3.10. Norma**

Las normas son reglas que se establece con el propósito de regular comportamientos y así procurar mantener un orden. Esta regla o conjunto de reglas son articuladas para establecer las bases de un comportamiento aceptado, de esta forma se conserva el orden.

### **1.3.11. Norma Técnica**

Una norma técnica es un documento aprobado por un organismo reconocido que establece especificaciones técnicas basadas en los resultados de la experiencia y del desarrollo tecnológico, que hay que cumplir en determinados productos, procesos o servicios.

Las normas resultan fundamentales para programar los procesos de producción. Se crean con el consenso de todas las partes interesadas e involucradas en una actividad (fabricantes, administración, consumidores, laboratorios, centros de investigación). Deben aprobarse por un Organismo de Normalización reconocido. (Ver anexo 2 y 3)

### **1.3.12. Acreditación**

La acreditación es un proceso voluntario mediante el cual una organización de salud es capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de los mismos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de acreditación implica la autoevaluación de la organización, así como una evaluación en detalle por un equipo de expertos externos.

## 1.4. MARCO CONTEXTUAL

### 1.4.1. Historia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSAL)

Desde la década de los 90, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha desarrollado acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad en la atención de los servicios de salud, muchas de las acciones realizadas han concentrado su interés en el aumento de las coberturas de los servicios de salud, mejoras en los indicadores de salud, así como esfuerzos para conocer y mejorar la satisfacción del usuario por los servicios recibidos. Durante ese período se desarrollaron iniciativas importantes tales como: capacitaciones con el enfoque de calidad y la conformación de los Círculos de Calidad en los establecimientos de la red nacional de servicios de salud, en los cuales se analizaban situaciones que afectaban la calidad de atención y la búsqueda de soluciones en forma conjunta. Una experiencia de estos esfuerzos fue la etapa del desarrollo institucional del nuevo hospital de niños Benjamín Bloom con un proceso de calidad en la gestión de éste, con el apoyo del gobierno de Alemania para mejorar la calidad de los servicios que se prestan.

Además la Unidad por el Derecho a la Salud del MINSAL basados en la Política Nacional elabora la primera carta de los derechos de los pacientes, la cual consigna principios y valores que respaldan la calidad y calidez de la atención a los usuarios en los establecimientos de salud a nivel nacional.

En el mismo período, a través de un proyecto en los hospitales y unidades de salud se reactiva el fortalecimiento de la calidad con la cooperación de Agencias Internacionales organizando cursos de calidad dirigidos a personal multidisciplinario de los servicios de salud, para ese entonces Nueva Guadalupe, se perfila como el modelo a seguir en la mejora de la calidad<sup>9</sup>. Otros esfuerzos de calidad se realizaron a nivel de los Sistemas Básicos de Salud Integral en el Hospital de Metapán y Unidades de salud de municipios aledaños, así como en Hospitales de Sensuntepeque e Ilobasco.<sup>10</sup>

En los últimos años, se han realizado encuestas en diferentes establecimientos de salud sobre la percepción de los usuarios respecto a la calidad de servicios de salud recibidos, identificando algunos problemas de insatisfacción del usuario, lo cual generó la elaboración de una propuesta para fortalecer el cambio de actitudes de los proveedores de salud, a través de capacitaciones en los temas de mejoramiento de la calidad, que en la dinámica del desarrollo se transformaron en círculos de trabajo, siendo una de las problemáticas abordadas, los tiempos de espera de los usuarios, la percepción de la calidad que tienen los usuarios de los servicios salud.

Otro esfuerzo importante, fue la investigación sobre la percepción de la calidad de la atención recibida, a través de asambleas comunitarias, grupos focales, así como encuestas de opinión y entrevistas a profundidad, como se reporta en la Síntesis de Resultados de la Consulta realizada en el Sector Salud por la Comisión Nacional de Salud en 1999. En este mismo año, se formula el Proyecto de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El

---

<sup>9</sup> Proyecto MSPAS / PASS-GTZ

<sup>10</sup> Proyecto OPS/OMS

Salvador como un aporte para la reforma del sector salud publicado por la OPS/OMS, El Salvador.

A través de la Cooperación Técnica Alemana se desarrolló la capacitación en calidad con el enfoque del Modelo EFQM (European Foundation Quality Management), desarrollando una serie de Talleres sobre Calidad Aplicada a Salud Pública (CALSAAP) con el fin de capacitar a personal técnico de los diferentes establecimientos de salud, incluyendo algunas instituciones educativas<sup>11</sup>. Producto de estas capacitaciones ha sido la realización de 3 Foros de Calidad con la participación de personal multidisciplinario del Ministerio de Salud a nivel nacional, en los cuales se han presentado los resultados de los mejores Proyectos de Calidad y en el último Foro se logró la integración de otros sectores, tales como Ministerio de Economía, Sector Privado, Universidades, etc., con el fin de lograr un intercambio de experiencias relacionadas con la calidad de los servicios.

Otra iniciativa ha sido el Proyecto para mejorar la calidad de formación y el desempeño del personal de enfermería a nivel nacional con la conducción de la Unidad de Enfermería del ente rector, obteniendo resultados exitosos y sostenibles a la fecha, este Proyecto fue apoyado por la cooperación técnica y financiera del Gobierno de Japón.

En la misma línea de la formación en calidad, se realizaron Diplomados en Gerencia, en los cuales se incorporan módulos enfocados a la mejora de la calidad, así como las alianzas con las Universidades que los han acreditado.

En la década del dos mil, se realiza la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, ejercida por la Autoridad Sanitaria Nacional, siendo una de ellas la Función Esencial No. 9: Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Individual y Colectivos; de acuerdo a los resultados de la medición de los indicadores propuestos en esta función, no se ha alcanzado el nivel óptimo en el desempeño de la misma, lo que no ha permitido obtener un desarrollo a nivel sectorial.

Además se incorpora la herramienta de los Compromisos de Gestión, los cuales adoptan el enfoque de calidad, a través de las encuestas de satisfacción de usuarios, disminución de los tiempos de espera, Ventana del Director, Buzones de Sugerencias, así como la capacitación para fortalecer las competencias del personal de salud en algunas áreas de atención tales como emergencia, reanimación neonatal, competencias obstétricas, entre otras.

Con el apoyo del Gobierno de Japón, se capacitan a entrenadores en el modelo EPQI (Mejora Continua de la Calidad en Salud Basada en Evidencias), capacitándose 20 técnicos en Japón, quienes han formado 10 facilitadores y 23 equipos de Mejora Continua.

A iniciativa de la Dirección General de Salud con participación de todas las Direcciones y otras instituciones del sector, hace una revisión de toda la experiencia previa; a partir de lo

---

<sup>11</sup> Memorias CALSAAP. Hospital Bloom, ISSS, ISRI y las universidades Salvadoreña Alberto Masferrer (USAM), Evangélica, Don Bosco. Se capacitó 25 personas de agosto a diciembre, por medio de un Diplomado en Gerencia de la Calidad, avalado por la USAM. Simultáneamente en el Hospital Nacional Benjamín Bloom y el ISRI se realizan réplicas de este curso, logrando capacitar 40 en el Bloom y 36 en el ISRI.



cual se elaboró una propuesta del “Plan Nacional de Garantía de Calidad para los Servicios de Salud”, con la asistencia técnica de OPS/OMS, El Salvador.

En el año 2005 se realizó un Taller Nacional de Calidad, en el cual se presentaron los resultados de la investigación sobre la Calidad Sentida por los usuarios, realizada en 5 unidades de salud de la zona Metropolitana<sup>12</sup>, en dicho taller se identificaron las 5 principales áreas de mejora a corto plazo con el compromiso de elaborar un plan operativo para el mejoramiento de dicha áreas.

La XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, realizada en el 2003, incluyó en su Declaración de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, la Resolución en la que los mandatarios de veintiún países expresaron su compromiso para avanzar en la profesionalización de la función pública de los países de la Región y respaldaron los principios y orientaciones de la “Carta Iberoamericana de la Función Pública”.

En ella se plantea que toda gestión pública debe estar referenciada a la satisfacción del ciudadano, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y programas públicos, o como legítimo participante en el proceso formulación, ejecución y control de las Políticas Públicas bajo el principio de corresponsabilidad social.

Que en una gestión pública de calidad, la atención a todos los(as) ciudadanos(as) se realiza con imparcialidad, asegurando que serán tratados con igualdad, sin discriminación por motivos tales como: el género, edad, raza, ideología, religión, nivel económico, situación social o localización geográfica.

Que la mejora de la normatividad, persigue el establecimiento de un marco normativo sencillo que facilite la eficacia, eficiencia, agilidad y adaptabilidad de los procesos y procedimientos y por ende, la mejora en la prestación del servicio a los ciudadanos, así como la productividad nacional.

Y deja establecido que la evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad de la Estrategia se realiza a través del monitoreo de indicadores, revisión del cumplimiento de los objetivos y planes establecidos, además de la opinión extraída de los diferentes grupos de interés, o como resultado de la realización de evaluaciones y auditorías.

La Política Nacional de Salud 2009-2014, tiene como premisa que la salud es un derecho de todos y está dirigida a garantizar altos niveles de calidad, a través del mejoramiento permanente en la atención.

Por lo tanto, debe asumirse una actitud responsable hacia la Calidad, que se convierta en un principio de conducta cotidiana, expresada en el desempeño integral a partir de la sensibilidad humana y el elevado profesionalismo, como resultado del desarrollo y aplicación de conocimientos.

En los Hospitales Nacionales, se debe perfeccionar la Calidad, desarrollándola de forma consciente y que permita aportar decididamente a la Red Integral e Integrada de Servicios de

---

<sup>12</sup> Plan de Mejora Continua de Servicios de Salud Proyecto de Apoyo a la Modernización BID/MSPAS 2005.

Salud en adelante RIISS, Para ello es necesaria la sistematización en función de obtener avances sustanciales en esta labor transformadora, mediante la formulación, implementación e implantación de la Estrategia de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios.

## **1.4.2. Carta iberoamericana de calidad en la gestión pública**

La Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, promueve el establecimiento de un enfoque común en los países Iberoamericanos, sobre de los principios de calidad y excelencia en la gestión pública con la finalidad que sirvan de referencia a las diferentes administraciones públicas iberoamericanas y a partir de la cual se procure la adopción de un conjunto de principios y orientaciones que sirvan de referencia para la formulación de planes, políticas, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua en la gestión pública.

Así mismo, la Carta vincula la calidad en la gestión pública con dos propósitos fundamentales de un buen gobierno democrático:

1. Toda gestión pública debe estar referenciada a la satisfacción del ciudadano, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y programas públicos, o como legítimo participante en el proceso formulación, ejecución y control de las políticas públicas bajo el principio de corresponsabilidad social;
2. La gestión pública tiene que orientarse para resultados, por lo que debe sujetarse a diversos controles sobre sus acciones, suponiendo entre otras modalidades la responsabilidad del ejercicio de la autoridad pública por medio del control social y rendición periódica de cuentas.

La declaratoria sobre los procesos de Calidad en la Gestión Pública es producto del trabajo conjunto entre los gobiernos aglutinados en el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Y fue aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado y adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, realizada en octubre de 2008 en San Salvador.

### **1.4.2.1. Objetivos de la Carta Iberoamericana**

- a. Promover un enfoque común en Iberoamérica sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública, que integre las distintas perspectivas políticas y técnicas que se encuentran presentes en los diversos niveles y sectores de las Administraciones Públicas de la región.
- b. Conformar un cuerpo de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos en la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.
- c. Proponer la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública, que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos de las Administraciones Públicas iberoamericanas y a sus diversas formas organizativas.

<b>Principios de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública</b>	
1.	Servicio público
2.	Legitimidad democrática
3.	Trasparencia y participación ciudadana
4.	Legalidad
5.	Coordinación y cooperación
6.	Ética pública
7.	Acceso universal
8.	Continuidad en la prestación de servicios
9.	Imparcialidad
10.	Eficacia
11.	Eficiencia
12.	Economía
13.	Responsabilización
14.	Evaluación permanente y mejora continua

#### 1.4.2.2. Autoevaluación

El proceso de autoevaluación es una de las acciones estratégicas del Programa de Fortalecimiento Institucional y Gestión de la Calidad que está impulsando la Dirección General de Transformación del Estado mediante la Dirección de Fortalecimiento Institucional y Gestión de la Calidad en las Instituciones que forman parte de la Red de Calidad.

La Red de la Calidad está conformada por 33 instituciones (dependencias del nivel central y Autónomas) del Órgano Ejecutivo y está constituida como un espacio y mecanismo interinstitucional que facilite la ejecución y cumplimiento de los objetivos, que buscan mejorar la atención y servicios a la población salvadoreña.

La Autoevaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública (CICGP) que se efectuó en el Ministerio de Trabajo y Previsión Social fue realizada del 29 de febrero al 11 de marzo 2016 y facilitada por personal técnico de la Oficina de Coordinación y

Desarrollo Institucional a 10 grupos evaluadores, en los que participó personal Directivo, Jefaturas de Oficinas a nivel nacional y personas representantes de los Sindicatos del Ministerio de Trabajo y Previsión Social; haciendo un total de 64 personas.

#### **1.4.2.3. Propósito de la autoevaluación**

Conocer el grado de avance en la implementación de la Carta Iberoamericana de la Calidad en el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, durante la gestión 2015 con el propósito de identificar las brechas de desempeño y las oportunidades de mejora, que permitan a la Institución potencializar el uso de los recursos para la obtención de resultados y brindar un servicio de calidad con calidez orientado a la Ciudadanía.

### **1.4.3. Organización**

El programa Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, se considera trazador del quehacer en salud. Este programa será conducido por un Comité Nacional de Calidad, que tiene como característica fundamental ser multidisciplinario y con representatividad de todas las instituciones del sector salud.

Este Comité lo coordinará el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Dirección General de Salud, siendo su función principal garantizar la ejecución de este programa, a través de la planificación, organización, dirección y control de los ejes programáticos establecidos. El comité empleará la estrategia de formación de facilitadores y la capacitación en cascada, para finalmente formar los comités locales, siendo éstos la contraparte del Comité Nacional.

El Programa Nacional de Garantía de la Calidad estará apoyado por las diferentes líneas de cooperación en calidad con apoyo técnico financiero, lo cual contribuirá a su ejecución en todos los establecimientos de salud.

#### **1.4.3.1. Premisas en relación a la calidad**

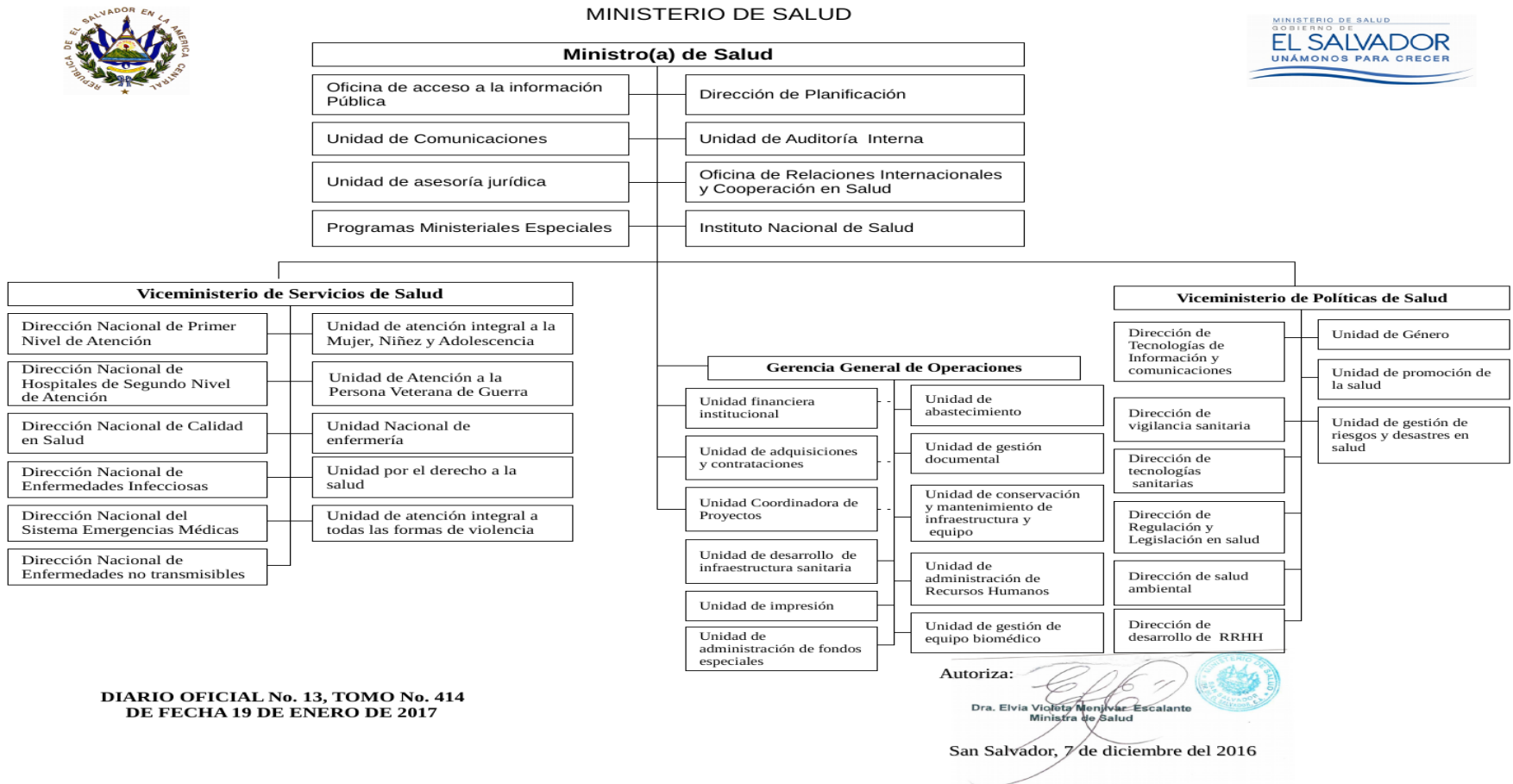
La Dirección Nacional de Hospitales debe garantizar que en lo concerniente a la calidad, se cumpla lo siguiente:

- A) Adecuarlo al propósito de la organización.
- B) Incluir el compromiso de cumplir con los requisitos y mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
- C) Proporcionar el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.
- D) Debe ser comunicada y adecuarla dentro de la organización.
- E) La Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios, debe ser ampliamente conocida por las jefaturas y el personal a fin de que todos se involucren en su ejecución, asegurando que se informe y detalle sobre la misma al personal actual y al nuevo, tanto técnico como administrativo.

#### 1.4.3.2. Líneas de acción

- A) El Consejo Estratégico de Gestión del Hospital, tiene la responsabilidad de implantar y desarrollar la Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios, dirigida de manera esencial, hacia el paciente, familia y comunidad.
- B) La calidad hospitalaria es una responsabilidad compartida, a cargo del Director(a) del Hospital.
- C) El impulso de la Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios, requiere como base que el personal este motivado, comprometido, con sólidos valores humanos, morales y éticos, con una relación armoniosa entre estos y la Dirección, para aumentar la capacidad de ambos de dar valor a al plan de trabajo y sus resultados.
- D) La aplicación de las acciones para el mejoramiento de la calidad en los servicios hospitalarios, deben estar dirigidas fundamentalmente a los procesos asistenciales médicos, servicios de apoyo, así como al aseguramiento de los mismos, por parte del personal.
- E) Incorporar en la calidad hospitalaria, acciones dirigidas a fortalecer su principio preventivo e integral.
- F) El control de calidad se debe realizar internamente, mediante auto evaluación, y externamente con evaluación retrospectiva y concurrente.

### 1.4.4. Estructura Organizativa



DIARIO OFICIAL No. 13, TOMO No. 414  
DE FECHA 19 DE ENERO DE 2017

Imagen 9. Estructura Organizativa<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Fuente: MINSAL

## 1.4.5. Filosofía institucional

### **Misión:**

Somos la instancia del Estado rectora en materia de salud, que garantiza a los habitantes de la República de El Salvador la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida.

### **Visión:**

Instancia rectora del sector fortalecida, conduciendo de manera eficiente y efectiva el Sistema Nacional de Salud y garantizando a los habitantes de la República de El Salvador servicios integrales de salud en armonía con el ambiente, con equidad, calidad y calidez, para la conservación y restablecimiento de la salud, estimulando para ello la corresponsabilidad y la contraloría social.

### **Principios:**

#### Transparencia

Decisiones de cara a la población y rendición de cuentas como premisas de buen gobierno, rectitud fiscal, sostenibilidad, honestidad y responsabilidad.

#### Solidaridad

Colaboración y redistribución para el bien común, unidad de intereses y propósitos.

#### Compromiso

Dar prioridad a la salud de los salvadoreños.

#### Equidad

Para que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar su potencial de salud y no experimenten desigualdades socialmente determinadas, injustas y evitables.

#### Universalidad

En el acceso a los servicios y bienes, en el marco de un sistema de protección social universal para todos los salvadoreños.

#### Gratuidad

Derecho a recibir atención en los servicios de salud del sistema público sin tener que pagar por prestación.

#### Intersectorialidad

Abordaje de los problemas de salud involucrando en su identificación y solución sectores diferentes al sector salud, para enfrentar los factores que los determinan.

#### Participación social

Potenciar el poder de decisión de la población como fuente de soberanía e iniciativa políticas en los asuntos de su salud y en la rendición de cuentas.

## 1.4.6. Categorías hospitalarias.

### 1.4.6.1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

El Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, en el marco de la Reforma de Salud potencia el ejercicio pleno del Derecho Humano a la Salud, a partir del funcionamiento eficaz y eficiente del Sistema Nacional de Salud, por lo anterior se identifica como reto el propiciar progresivamente la mejora continua de la calidad en la atención hospitalaria, procurando establecer ambientes seguros, en los cuales existan los Recursos Humanos, equipo y materiales necesarios para el funcionamiento efectivo, a fin de brindar atención oportuna con calidad.

La prestación de servicios a nivel hospitalario debe ser ordenada, a fin de que los procedimientos de menor complejidad, que actualmente consumen parte importante de los recursos en los Hospitales Regionales o de Tercer nivel se reduzcan y ubiquen en el nivel que más corresponde.

Los Hospitales son categorizados de la siguiente manera:

#### •Primer Nivel de atención en salud:

El primer nivel de atención es la organización y utilización adecuada de los medios, recursos humanos, materiales, financieros y prácticas, orientadas a la promoción y conservación de la salud, prevención del daño y sus complicaciones como el tratamiento oportuno de las enfermedades, está conformado por: a) La persona y la familia, b) los agentes de salud; c) Equipos institucionales comunitarios y d) casas y unidades de promoción de la salud sus funciones consisten en promover y conservar la salud mediante la participación ciudadana y corresponsabilidad de los actores sociales, prevenir el daño y sus complicaciones tratar oportunamente las enfermedades.

#### •Segundo Nivel de atención en salud:

El segundo nivel es la organización de mediana complejidad, orientada a brindar servicios permanentes e integrales, de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento, en las especialidades básicas y algunas subespecialidades; está conformado por los Hospitales Nacionales Generales del Sistema básico de salud integral (SIBASI).

#### •Tercero Nivel de atención en salud:

El tercer nivel es la organización de alta complejidad, orientada a brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento, para dar respuesta oportuna y efectiva a la referencia especializada de todos los SIBASI. Está conformado por los Centros Especializados de Referencia Nacional:

a) Pediátrico: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años.

b) Gineco-Obstétrico: Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez" cuenta con especialidades para la atención Materno-Infantil (Ginecología, Obstetricia y Neonatología).

c) Especializado para la atención de la adultez y adolescencia: Hospital Nacional Rosales, cuenta con la atención en especialidades médicoquirúrgicas y otras subespecialidades.





Imagen 10. Esquema de organización de las redes integrales e integradas de servicios de salud y los niveles de atención en la salud.

Además del criterio de prestación de servicios, se categorizan como Hospitales Escuela aquellos que realizan formación de especialidades, a partir de los Convenios que suscriba el MINSAL con instituciones educativas en el área de la salud.

Los Hospitales Escuela son los siguientes:

Tabla 2. Hospitales Escuela

Hospitales Escuela	Departamento	Región
1. Hospital Nacional "Rosales"	San Salvador	Metropolitana
2. Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom"	San Salvador	Metropolitana
3. Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez"	San Salvador	Metropolitana
4. Hospital San Juan de Dios de San Miguel	San Miguel	Oriental
5. Hospital San Juan de Dios de Santa Ana	Santa Ana	Occidental
6. Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"	San Salvador	Metropolitana
7. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández"	San Salvador	Metropolitana
8. Hospital Nacional "San Rafael"	La Libertad	Central
9. Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José A. Saldaña"	San Salvador	Metropolitana

Fuente: MINSAL

**A.1** Las categorías hospitalarias definidas en el presente instrumento técnico jurídico, responden a las Estrategias 9 y 25 de la Política Nacional de Salud 2009 - 2014, que establece la creación de Políticas hospitalarias con el fin de regular e incrementar la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los niveles secundario y terciario de atención.

Los Hospitales están categorizados de acuerdo a los siguientes criterios:

- Perfil epidemiológico del área.
- Conjunto de prestaciones que ofrece.
- Ubicación geográfica.
- Población a atender.

- Equipamiento médico e industrial.
- Prestación de servicios de especialización.
- Tecnificación del recurso humano.
- Docencia e investigación para los Hospitales Escuela.

**A.2** Además de los aspectos anteriores, para la categorización es importante considerar lo siguiente:

1. Dotación de recurso humano.
2. El estado del equipo biomédico e insumos.
3. Las condiciones de la planta física o infraestructura y;
4. La existencia y aplicación de la normativa institucional y Ministerial, que contiene los siguientes componentes:

- 4.1 Continuidad de la atención
- 4.2 Expediente clínico
- 4.3 Atención y quejas
- 4.4 Organización y métodos
- 4.5 Comités, principalmente: (ver tabla 2)
- 4.6 Organización y funciones

Tabla 3. Listados de Comités

• Comité de Mejora Continua de la Calidad.	• Comité de Seguridad y Salud Ocupacional.
• Comité de Lactancia Materna.	• Comité de Atención de Desastres.
• Comité de Ética.	• Comité de Expediente Clínico.
• Comité de Farmacoterapéuticos.	• Comité de Vigilancia de la Mortalidad Materna e Infantil.
• Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Hospitalaria.	

Fuente: MINSAL

**A.3** Los establecimientos hospitalarios en el contexto de la RISS deben cumplir con el 100% de los criterios ponderados como indispensables, 80% de los necesarios y más del 50% de los convenientes.

Los criterios se califican dicotómicamente, es decir Cumple o No cumple. Con esto debe quedar establecido que no es aplicable el cumplimiento parcial. Por otra parte, de acuerdo a las características de la complejidad del Hospital, algunos de los criterios de evaluación en algunos casos deben ser calificados como “No Aplica”. Los comités de los Hospitales, sus directores médicos y otros especialistas deben proporcionar datos totalmente verídicos, para obtener resultados confiables.

Los pasos que se deben cumplir, para el proceso se presentan a continuación:

- Definición de los criterios mínimos de operación para cada nivel de atención hospitalario.
- Elaboración de los instrumentos de evaluación.
- Validación teórica y en campo de los instrumentos de evaluación.

- Evaluación.
- Agrupamiento de los treinta Hospitales en las categorías y por nivel de atención.

### 1.4.7. Estructura y evaluación.

Estos requisitos se deben cumplir en los Hospitales, sin su cumplimiento no se puede brindar la atención con un mínimo de eficiencia y seguridad. Se deben seleccionar criterios trazadores, a fin de ponderar el sistema de categorización por niveles de atención. Las variables se evalúan en base a puntajes previamente establecidos, según los asignados como los esperados.

Tabla 4: Criterios que contienen los requisitos mínimos de operación para los Hospitales de la red pública del MINSAL.

<b>Indispensables</b>	<b>Necesarios</b>	<b>Convenientes</b>
Tienen relación directa con un proceso de atención ofertada o con un proceso administrativo, sin ellos no podrían realizarse.	Tienen una relación indirecta con el proceso de atención. Su importancia tiene una incidencia media en el proceso.	No tiene una relación directa con el proceso de atención. Se refiere a la calidad en la atención.
La ausencia de uno o varios de éstos, pone en riesgo la vida o la atención del usuario, o bien, la eficiencia del proceso administrativo.	La ausencia de alguno o varios de éstos, no pone en riesgo la vida del usuario o la eficiencia del proceso administrativo. Pero incide en la efectividad	Su presencia mejora el proceso de atención o la eficiencia del proceso administrativo.
La función que cumple no puede ser suplida técnicamente o científicamente con ningún otro elemento, material o equipo. Sin ellos no puede brindarse la oferta de servicios.	La ausencia de uno o varios de ellos, no da lugar a sanción o cierre del establecimiento.	La ausencia de uno o varios de ellos, no da lugar a sanción o cierre del establecimiento.
Aseguran la bioseguridad en protección a los usuarios, trabajadores y población.	Son necesarias para el desarrollo de las funciones del servicio, pero no están directamente relacionadas con el proceso de atención.	Ej. el aire acondicionado es indispensable en quirófanos, conveniente en el área administrativa
Ambientes, o condiciones de estructura física indispensable o lugares cuyas características garantizan la conservación de materiales, insumos o medicamentos indispensables para la atención del paciente o la ejecución de los procesos clínicos o administrativos esenciales del establecimiento.	Ambientes que no están directamente relacionados con el proceso de atención, pero que son necesarios para apoyar el proceso clínico o administrativo.	Ambientes útiles o deseables para mejorar el proceso de atención o administrativo.

Los criterios a evaluar se deben agrupar en cuatro aspectos:

## **1. Dotación de Recursos Humanos.**

Este criterio evalúa que el Hospital cuente permanentemente, durante las veinticuatro horas del día y los trescientos sesenta y cinco días del año, con personal médico con capacidad comprobada de estudios de la especialidad o especialidades que atienda el Hospital, y con personal de enfermería capacitado para la atención de urgencias, en base a la instrumentación técnico jurídica del MINSAL.

- a) El Hospital debe tener personal, en la cantidad necesaria y con la calificación técnica idónea, para prestar los servicios de hospitalización que ofrece, las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año.
- b) El Hospital debe contar en el área de cirugía, con personal debidamente capacitado y en la cantidad suficiente para brindar los servicios quirúrgicos y de anestesia que ofrece.
- c) El Hospital debe contar con el personal profesional certificado y técnico acreditado (en su defecto con capacitaciones y formación comprobable) para atender los servicios de consulta externa, diagnóstico y de apoyo al tratamiento y los servicios de rehabilitación.
- d) El Hospital debe cumplir las Políticas y los instrumentos técnico jurídicos, además de la normativa interna, que establezcan las responsabilidades, derechos, obligaciones y sanciones a las que se somete todo el personal del Hospital, y además conocer y aplicar la Norma Técnica de Control Interno Específica, autorizada por la Corte de Cuentas de la República.

## **2. Estado del equipo biomédico e insumos:**

### **2.1 Equipamiento.**

Este criterio evalúa si el Hospital cumple con el equipamiento mínimo para las especialidades que ofrece en las diferentes áreas y servicios. El instrumento de evaluación contiene lo siguiente:

- a) Existencia de equipamiento en los consultorios de las diferentes especialidades médicas.
- b) El equipo médico del Hospital, debe contar con el mantenimiento preventivo y correctivo.
- c) El Hospital de segundo o tercer nivel, debe tener disponible en los consultorios el equipo descrito en los requerimientos mínimos de operación para su nivel de atención y dependiendo de la especialidad médica.
- d) En caso de que el área de consulta externa no esté ligada físicamente a la unidad hospitalaria, debe contar con un botiquín de urgencias cuyo contenido se establece por los instrumentos técnicos jurídicos del MINSAL.
- e) Evaluar que el consultorio de odontología, en caso de que exista, cuente con el equipo descrito y detallado en la normativa respectiva.
- f) Evaluar que el área de hospitalización cuente con el equipo descrito y detallado, que se requiere según su nivel.
- g) Cumplimiento por parte del Hospital de los requisitos mínimos de operación para:
  - El Departamento o Servicio de imagenología.
  - El Servicio de recuperación post anestésica.
  - El Arsenal quirúrgico.

h) Evaluar que el Hospital cuente con la cantidad y calidad tecnológica adecuada de equipo de cómputo y sistemas informáticos, para apoyar los servicios de la especialidad o especialidades que ofrece.

En cuanto al equipo, se debe elaborar el catálogo de equipamiento estándar para Hospitales que se puede tomar como referencia para determinar los tipos, cantidades y características de los equipos que se necesite en cada establecimiento, según su categorización. El cual debe ser en términos de inventario técnico de equipos que puede ser utilizado para un registro descriptivo de las principales características de los equipos, sobre el cual se basa la planificación, programación, adquisición y control de partes y repuestos y la ejecución de otras acciones operativas propias del servicio de mantenimiento.

## 2.2 Insumos.

Monitorizar las áreas específicas adecuadas para el almacenamiento de insumos médicos y los artículos generales, tanto en bodega como en hospitalización, laboratorios y gabinete de radiología entre otros.

Verificar que los lugares de almacenamiento sean adecuados conforme a las especificaciones de almacenamiento de los insumos médicos señalados por el fabricante y la regulación establecida, así como la existencia de insumos mínimos necesarios para un Hospital de segundo y tercer nivel.

Este criterio evalúa los siguientes aspectos necesarios en el área de insumos:

- El instrumento evalúa que el Hospital esté en capacidad de almacenar, manejar y controlar, de acuerdo con su tipo, todos los insumos médicos y artículos generales.
- El Hospital debe contar con farmacia, insumos y recursos suficientes para atender las necesidades de hospitalización.
- El Hospital debe contar con banco de sangre o servicio de transfusión propio, con los insumos y recursos suficientes para atender las necesidades de hospitalización.
- El Hospital debe almacenar y controlar los medicamentos que sean o contengan estupefacientes o psicotrópicos, de acuerdo con las disposiciones legales y administrativas aplicables.

Se debe implementar el sistema de monitorización constante del abastecimiento de insumos a partir de la actualización constante del SINAB como módulo del SUIS, incluyendo un mapeo del proceso de aprovisionamiento, a fin de mejorar la gestión local y central. Revisar particularmente la gestión de contratos con los proveedores y la periodicidad de las entregas.

## 3. Condiciones de la planta física o infraestructura.

Este criterio señala que como requisito mínimo de operación el Hospital debe poseer una infraestructura adecuada y funcional:

a) Contar con instalaciones adecuadas, en tamaño, cantidad y distribución, para atender a los pacientes de la especialidad, especialidades o servicios propios que ofrezca el Hospital.

- b) Evaluación del índice de seguridad Hospitalaria por la Unidad de Emergencias y Desastres del Nivel Superior del MINSAL y su plan de trabajo para corregir las observaciones.
- c) Contar con mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones físicas, en todo el Hospital.
- d) Contar con planta de emergencia para el suministro de energía eléctrica, por lo menos en las áreas críticas: quirófanos, partos, emergencias, neonatología, imagenología, laboratorios y elevadores para transferencia de pacientes.

Un componente fundamental de los sistemas de atención de salud, es su infraestructura y esto es debido a que, las características estructurales de los lugares en donde se realiza la atención influyen sobre el proceso, disminuyendo o aumentando su calidad; de forma que estos resultados pueden orientar a la toma de decisiones en inversión estableciendo prioridades en los Hospitales que resulten más deficientes.

Además, se debe realizar el mantenimiento preventivo en los establecimientos según corresponda, de tal manera que permita contar con las precondiciones establecidas en los presentes Lineamientos técnicos.

#### **4. Existencia y aplicación de los instrumentos técnicos jurídicos.**

##### **4.1. Continuidad de la atención.**

El criterio evalúa los siguientes requisitos mínimos de operación:

- a) La existencia del sistema referencia, retorno e interconsulta. En primera instancia evalúa la existencia de equipo suficiente para la interacción y asistencia durante las veinticuatro horas, entre lo cual se verifica que existan ambulancias suficientes en número y características para la atención de la demanda de pacientes de traslado.
- b) También se refiere a la existencia de instrumentos técnicos jurídicos y nexos de comunicación con otras instituciones de salud, de los diferentes niveles de atención para el traslado de pacientes, ya sea para el diagnóstico o tratamiento.

##### **4.2. Expediente clínico.**

Este criterio evalúa que el expediente clínico de cada paciente cumpla con los instrumentos técnicos jurídicos y la confidencialidad propia de este tipo de documento legal, que permita contar con un soporte ante procesos de evaluación, auditoría o requerimientos legales, que fortalecen el buen funcionamiento y comunicación entre el Hospital y los pacientes.

##### **4.3. Atención y quejas.**

Evalúa la existencia de un servicio de orientación, asesoría, consejería y registro del consentimiento informado y la existencia de un sistema de recepción de quejas por parte de los pacientes o familiares o de un departamento enfocado al trato digno y satisfacción del paciente y sus familiares.

##### **4.4. Organización y métodos.**

Este criterio evalúa si el Hospital cuenta con los instrumentos de organización y métodos para los motivos de atención más frecuentes y ha estandarizado los procedimientos médicos, de enfermería y técnicos obligatorios en cada servicio que ofrece:

- a) El Hospital cumple con las Guías Clínicas y evalúa prioritaria y periódicamente, la atención de las diez causas de egreso más frecuentes en los últimos dos años.
- b) El Hospital cumple con lo establecido en los Manuales de procedimientos técnicos de enfermería.
- c) El Hospital cumple con lo establecido en los Manuales de procedimientos técnicos de cada servicio de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que ofrece.
- d) Existe definición por escrito de los procedimientos que pueden ser realizados en el área de emergencias o admisión.
- e) El Hospital cuenta con un Programa de Mejora Continua de la Calidad, documentado que acredita su operación.
- f) El Director del Hospital debe realizar un monitoreo al Departamento de Neonatología, según la naturaleza del Hospital, en búsqueda de condiciones eficientes de operación, y el Jefe del servicio realiza reuniones informativas con el personal de salud, al menos una vez al mes, sobre la situación de morbilidad y mortalidad neonatal.

#### 4.5 Comités.

Este criterio evalúa si el Hospital cuenta con los Comités técnicos para detectar y resolver problemas relacionados con la atención requerida por los instrumentos técnicos jurídicos. Se da especial importancia a la Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad (MCC).

#### 4.6 Organización y funciones.

Este criterio evalúa si el Hospital cuenta con un diseño organizativo que facilite el logro de las funciones hospitalarias, con la mayor coordinación y control. Establece que se requiere de un Comité estratégico, como apoyo a la Dirección, que tenga representación de las áreas clave y sus criterios se califican como necesarios.

4.7 Evaluación especial de la estructura para la prestación de servicios del Sistema integrado de cuidado obstétrico neonatal y planificación familiar, en adelante SI-CONE-PF; durante la evaluación de Criterios de estructura se hace énfasis, a la evaluación de los insumos y equipo necesarios para la implementación del SI-CONE-PF, dada la importancia nacional, su impacto esperado en la disminución de la mortalidad materna y neonatal, así como de la implementación de estrategias, como parte de la Mejora continua de la calidad aplicada a la atención del binomio madre e hijo.

En los informes y análisis antes mencionados, que corresponden a la evaluación de los indicadores establecidos, se deben realizar acciones plasmadas en el Plan específico para cada Hospital.

No obstante su categorización, los Hospitales deben atender a todo paciente que consulte en la Unidad de Emergencias de éste, independientemente de la complejidad de la patología y del número, debiendo individualizar cada caso, del que se pueden tener seis probables escenarios:

1. Manejo ambulatorio (alta).
2. Referencia a la consulta externa del mismo Hospital, si le corresponde.
3. Referencia a la UCSF, Ecos Familiares o Ecos Especializados, respectivo.
4. Ingreso a hospitalización u observación, si le corresponde.
5. Ingreso para sala de operaciones o trabajo de parto, según sea el caso.
6. Referencia a otro Hospital de la RIISS de acuerdo a su complejidad.

Lo anterior depende del conjunto de atenciones por especialidad y a la disponibilidad de:

- a. Infraestructura.
- b. Recursos Humanos.
- c. Servicios de apoyo.
- d. Medicamentos e insumos.

Para la tipificación del riesgo quirúrgico de los pacientes que serán sometidos a cierto tipo de procedimientos, se utiliza la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA), los que se describen a continuación:

*Estado físico (ASA) I.* Paciente saludable. No sometido a cirugía electiva.

*Estado físico (ASA) II.* Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.

*Estado físico (ASA) III.* Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, entre otras.

*Estado físico (ASA) IV.* Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, entre otros.

*Estado físico (ASA) V.* Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de veinticuatro horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, entre otros. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.

### **1.4.8. Descripción de prestación de servicios de hospitales de tercer nivel**

#### **a. Servicios de salud que se prestan:**

Se incluyen los Hospitales con máxima capacidad resolutive diagnóstica y terapéutica, que atienden patologías de alta complejidad, siendo estos:

1. Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”.
2. Hospital Nacional Rosales.
3. Hospital Nacional de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán”.



## **b. Actividades institucionales:**

1. Brindar atención especializada de Emergencia, recuperación y rehabilitación a los enfermos de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas de medicina y cirugía en el caso del hospital Rosales; de ginecología, obstetricia y neonatología en el hospital Nacional de la Mujer, y de pediatría médica y quirúrgica, así como neonatología en el Hospital Benjamín Bloom. Son establecimientos de pacientes agudos y atienden a toda la población del país a través de la referencia y retorno.
2. El modelo asistencial se basa en el enfoque multiprofesional contando con Guías Clínicas para el tratamiento. Desarrolla actividades de docencia e investigación en salud. Se ubica en la capital del país considerada como de mayor desarrollo económico y con mayor concentración poblacional.
3. Servicio de Emergencias: con un área de selección, de acuerdo a la especialidad. En esta área el paciente es evaluado inmediatamente por un médico especialista quien prioriza la atención, brindando una mayor oportunidad y seguridad para los pacientes según complejidad.
4. Atención ambulatoria o Consulta externa: los Hospitales especializados de Tercer nivel cuentan con múltiples sub especialidades de la atención médica; poseen equipos multidisciplinarios para la discusión de casos. La demanda y el perfil epidemiológico exigen cubrir las veinticuatro horas de las especialidades más críticas.
5. Servicio de Hospitalización, aplica para las especialidades el mismo criterio ya expuesto.
6. En los casos quirúrgicos tienen la capacidad para resolver toda la cirugía de alta complejidad y las complicaciones del sistema hospitalario y paciente con la clasificación ASA III, IV o V.
7. En el Hospital de Maternidad, es de relevancia el control prenatal de las embarazadas con alto riesgo o con comorbilidad. Así como la atención hospitalaria del parto con complicaciones. Consejería a madres sobre sus cuidados y los del recién nacido, consejería en lactancia materna y planificación familiar post parto. En ginecología se atiende la cirugía de alta complejidad (ASA III, IV o V).
8. En el Hospital Bloom se producen las atenciones claves para el recién nacido con morbilidad, y prematuro, reanimación neonatal, la cirugía pediátrica de padecimientos de alta complejidad (ASA III, IV o V).
9. En el Hospital Rosales se atienden todas las especialidades de la Medicina Interna: pacientes agudos y crónicos, con patología de alta complejidad. Cuenta con la unidad de cuidados intermedios e intensivos de mayor capacidad instalada de la red pública.
10. Ortopedia y traumatología en emergencia y cirugía de alta complejidad, reemplazos de articulación y colocación de prótesis.

## 1.4.9. Características de Organización y Funcionamiento de hospitales tercer nivel

### 1.4.9.1. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

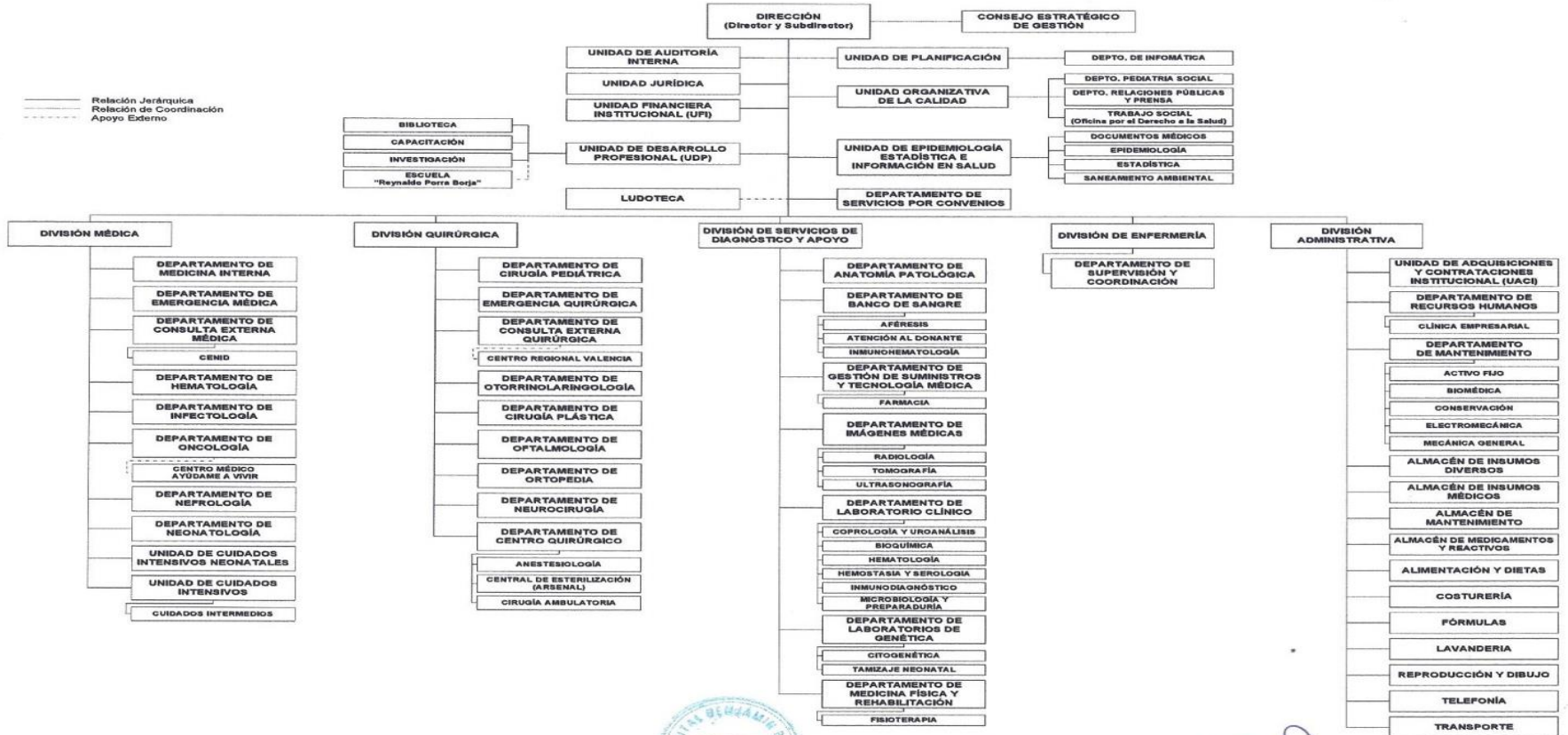
Tabla 5. Características de Organización del Hospital Nacional de Niño Benjamín Bloom.

<b>HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM</b>	
<b>MISIÓN</b>	Somos un Hospital público de referencia que brinda atención de salud a la población pediátrica, a través de servicios especializados, con recursos humanos multidisciplinarios, desarrollando una gestión basada en valores que garantizan la satisfacción del usuario.
<b>VISIÓN</b>	Convertirnos en un Hospital público de referencia líder en atención especializada que brinde servicios médicos de avanzada a la población pediátrica, basada en la búsqueda permanente del crecimiento profesional y excelencia científica e investigativa, comprometidos con un sistema de valores que evidencie y garantice la satisfacción del usuario.
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Establecer una administración hospitalaria eficiente y eficaz que garantice un servicio de salud de calidad y fortalezca el desarrollo institucional.
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	1 Aplicar un sistema de control y seguimiento institucional que garantice el uso óptimo de los recursos en forma transparente y apoyada en la legislación y tecnología actualizada.
	2 Lograr la eficiencia y eficacia del Recurso Humano, a través de la formación y desarrollo de sus capacidades, basado en un sistema de valores que garantice la búsqueda permanente de la excelencia.
	3 Lograr que la infraestructura, tecnología de vanguardia, equipamiento e insumos, sean los requeridos para el desarrollo eficiente de la atención de tercer nivel.
	4 Brindar atención médica especializada con apoyo en la investigación basada en evidencia, avance tecnológico y un sistema de valores, que garantice la satisfacción del usuario.
	5 Contar con una organización modernizada que promueva mayor eficiencia y eficacia en la gestión de los servicios de salud que brinda, basada en un sistema de valores y en constante búsqueda de la calidad.
	6 Contar con los recursos financieros que respondan a la oferta de servicios, bajo una administración con transparencia y eficiencia, aplicando mecanismos de monitoreo y evaluación de acuerdo a los controles institucionales y los legalmente establecidos.
	7 Lograr la eficiencia institucional a través del ordenamiento lógico de los procesos que nos permitan optimizar los recursos y mejorar la calidad de atención.
	8 Procurar la satisfacción del usuario externo a través de la asistencia médica adecuada y oportuna en cumplimiento de sus derechos y basado en el sistema de valores institucional.
	9 Colaborar para fortalecer el trabajo en RISS y la intersectorialidad con todas las organizaciones que intervienen en la prestación de los servicios de salud.
<b>FUNCIONES PRINCIPALES</b>	1 Proporcionar servicios de salud a la población usuaria de servicios especiales de acuerdo a las políticas institucionales.
	2 Garantizar la atención médica a los usuarios de los programas de salud, manteniendo el manejo de protocolos establecidos en el Hospital.
	3 Establecer mecanismos efectivos de comunicación entre los diferentes servicios de apoyo hospitalario que dan atención a los usuarios del programa y cumplen con la normativa existente para la recuperación financiera de los servicios brindados.
	4 Definir una información sencilla y comprensible sobre los cambios y actualizaciones de normativas existentes en los programas de salud atendidos para facilitar la recuperación económica del servicio brindado.
	5 Mantener una coordinación eficaz en el personal del servicio con el fin de evitar errores en la documentación que se realiza para la recuperación de fondos por los servicios brindados.
	6 Lograr una recuperación económica favorable para el Hospital con el apoyo y trabajo de todo el recurso multidisciplinario contratado para la atención del programa de salud.

# Estructura Organizativa. Organigrama.



## Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom" Organigrama 2015



Organigrama modificado y aprobado por la Dirección: el 26 de Agosto de 2015.



Dr. Álvaro Hugo Salgado Roldán  
 Director



Dr. Hector Guillermo Lara Torres  
 Sub-Director

Imagen 11. Estructura Organizativa Hospital Nacional de Niños

## Características de la población.

### a) Estructura y Pirámide Poblacional

En la población a atender en el Hospital se han considerado dos conceptos, uno es la población de responsabilidad y otro la población esperada del Hospital.

#### • Población de Responsabilidad

La población de responsabilidad del Hospital, son los niños 0 a 12 años, sin embargo según artículo 3 de la LEPINA y lineamientos de categorización de Hospitales Pg 13, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años. Cuando los pacientes adquieren una enfermedad crónica en la infancia, los programas asistenciales de algunas sub especialidades incluyen atención hasta los 18 años de edad.

Considerado en la caracterización del Hospital y con el fin de tener un panorama general de la población infantil, tomando en consideración lo establecido por población infantil en la Ley Lepina; en la estructura poblacional del Hospital se considerado para el año 2017 y 2018, las edades hasta los 19 años, calculado en base al proceso proporcionado por la Región Metropolitana en el año 2009, el cual considera los pasos siguientes:

1. Se toman los datos del Censo de Población, de la Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC) 2015-2025, proporcionados por la Unidad de Estadística del MINSAL el 25 de noviembre del 2016.
2. Se agrupan los datos del país, en femenino y masculino y su total
3. Se suman los datos del Departamento de San Salvador, en femenino y masculino y su total
4. Se resta del total país menos San Salvador, por rangos de edad.
5. Del total país menos San Salvador se calcula el 30% por rango de edad
6. De los Datos del Departamento de San Salvador se calcula el 70%
7. Para definir la población de Responsabilidad se suma el 30% de total país menos San Salvador, más el 70% de San Salvador.

En el caso del 2017, aún no se contaba con los detalles de la información del Censo proporcionado por el MINSAL por año de edad, y el cálculo se basó en la media estadística por cada cinco años

Tabla 6. Población de Responsabilidad 2017

Edades	Masculino		Femenino	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0 a 4 años	128,984	13.90%	123,484	13.30%
5 a 9 años	121,533	13.09%	116,394	12.54%
10 a 14 años	118,460	12.76%	113,572	12.24%
15 a 19 años	102,905	11.09%	102,814	11.08%
<b>Total</b>	<b>471,883</b>	<b>50.84%</b>	<b>454,264</b>	<b>49.16%</b>
<b>Total General</b>	<b>928,147</b>			

Fuente: SPME

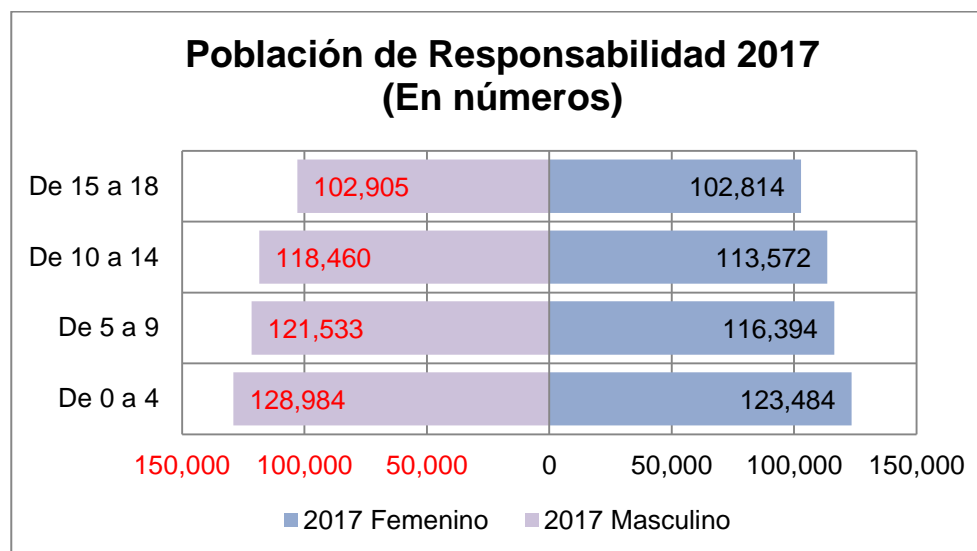
Tabla 7. Población de Responsabilidad 2018

Edades	Masculino		Femenino	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
0 a 4 años	110,007	12.5%	105,178	11.9%
5 a 9 años	112,729	12.8%	107,801	12.2%
10 a 14 años	121,541	13.8%	116,253	13.2%
15 a 19 años	105,989	12.0%	102,619	11.6%
<b>Total</b>	<b>450,266</b>	<b>51.0%</b>	<b>431,851</b>	<b>49.0%</b>
<b>Total General</b>	<b>882,117</b>			

Fuente: SPME

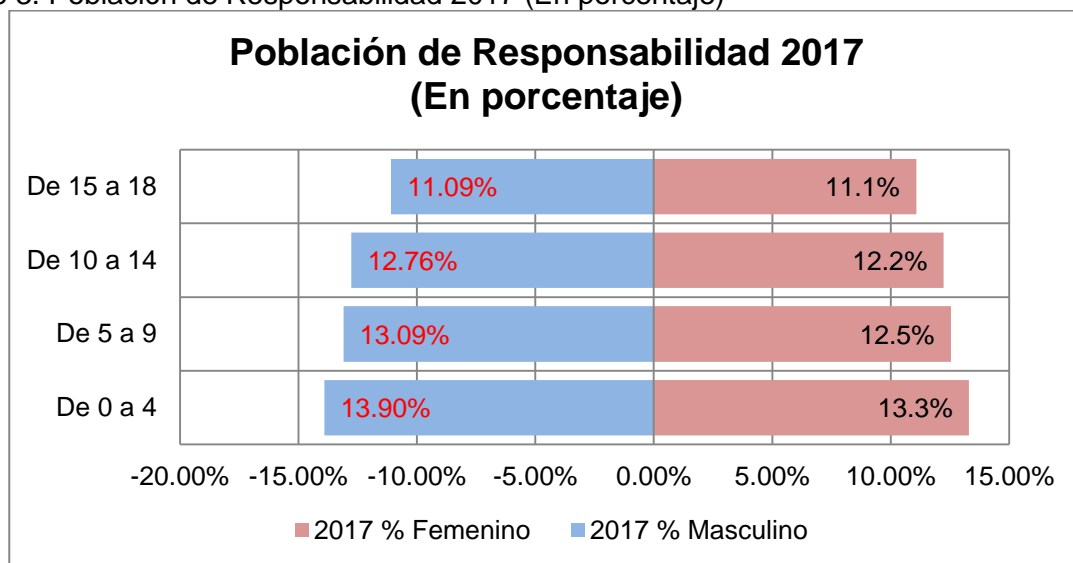
La población que se estableció como población de responsabilidad del HNNBB para el año 2018 es de 882,117 de los cuales tal como se muestra la próxima tabla, el 51 % es masculino y el 49 % femenino, en este punto es conveniente recordar que el HNNBB, es un Hospital de Referencia Nacional y por tal motivo se dificulta establecer la población específica. Es importante hacer notar, que dentro de la población de responsabilidad se incluyen a todos los niños hasta los 18 años; sin embargo, el Hospital, por definición atiende a pacientes hasta los 12 años, ampliando la edad de atención hasta los 18 años en patologías crónicas, conforme a la necesidad de los pacientes y los recursos del Hospital.

Grafico 2. Población de Responsabilidad 2017 (En números)



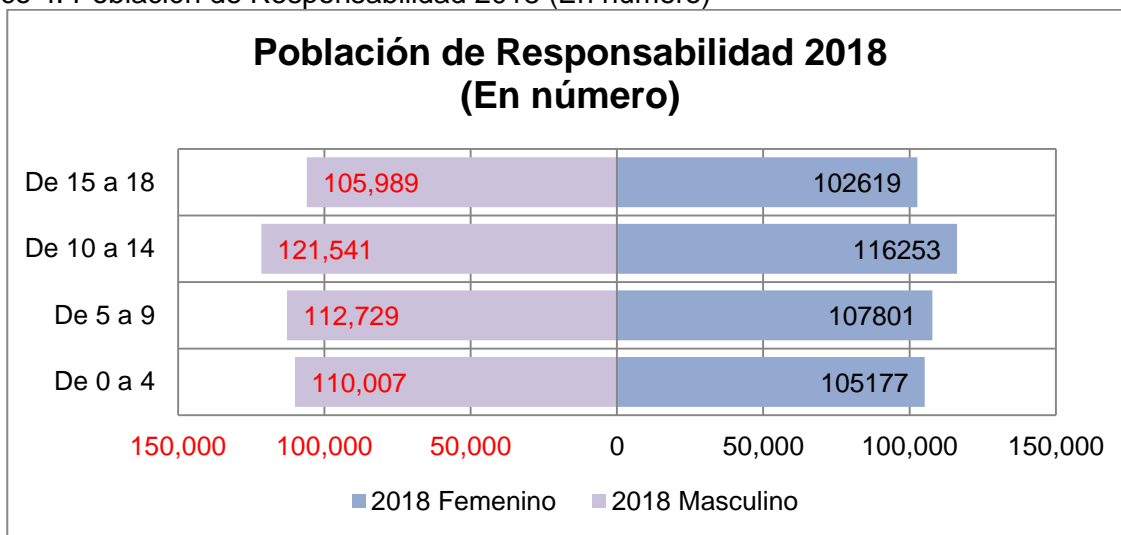
Fuente: PAOI Institucional del Hospital Nacional de "Niños Benjamín Bloom 2018

Grafico 3. Población de Responsabilidad 2017 (En porcentaje)



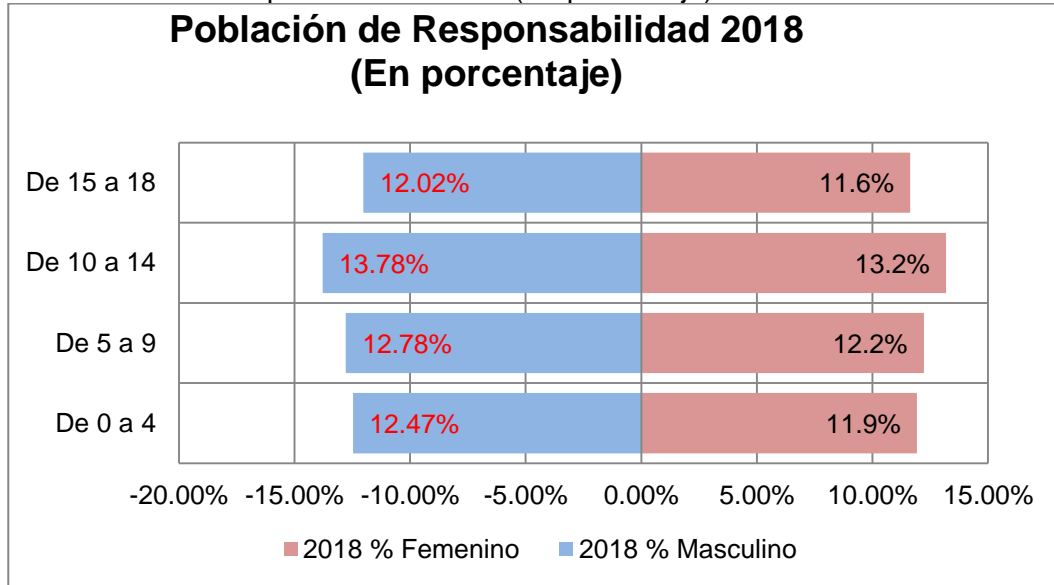
Fuente: PAOI Institucional del Hospital Nacional de "Niños Benjamín Bloom 2018

Grafico 4. Población de Responsabilidad 2018 (En número)



Fuente: PAOI Institucional del Hospital Nacional de "Niños Benjamín Bloom 2018

Grafico 5. Población de Responsabilidad 2018 (En porcentaje)



Fuente: PAOI Institucional del Hospital Nacional de "Niños Benjamín Bloom 2018

- **Población Esperada**

Entenderemos por población esperada, la población potencial a atender, la cual se ha calculado de acuerdo a los pasos siguientes:

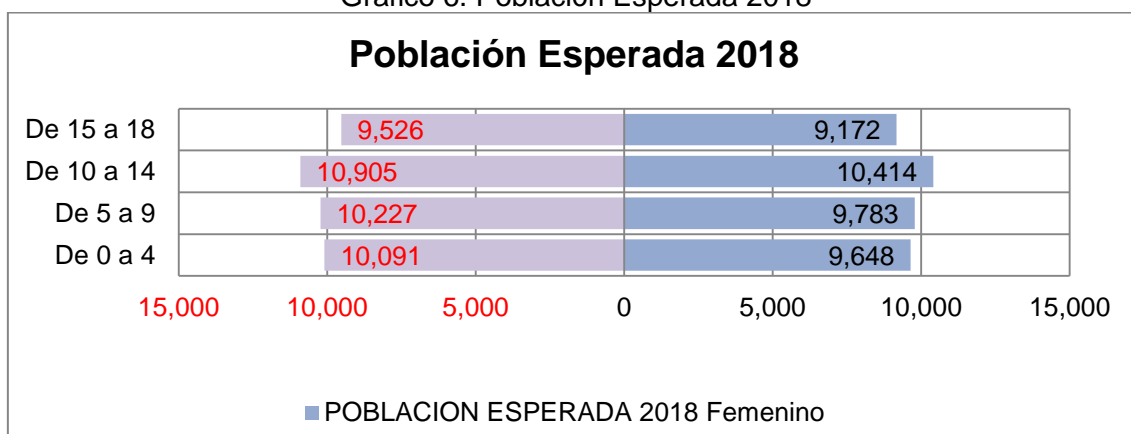
1. Se toman los datos del Censo de Población, de la Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC) 2015-2025, proporcionados por la Unidad de Estadística del MINSAL el 25 de noviembre del 2016.
2. Se agrupan los datos del país, en femenino y masculino y su total
3. De la población agrupada, se considera que el 90% se atenderá en el primer nivel de atención y el 10% en Hospitales. De los que serán atendidos en hospitales el 10% se considerara que será atendido en el tercer nivel de atención.
4. El resultado obtenido de los que se atenderá en el tercer nivel, se multiplica por la concentración de atenciones del tercer nivel y el resultado nos da la población esperada del 2018.

Tabla 8.Población de Esperada 2018

POBACION ESPERADA 2018			
RANGOS DE EDAD	Masculino	Femenino	Total
De 0 a 4	10,091	9,648	19,739
De 5 a 9	10,227	9,783	20,010
De 10 a 14	10,905	10,414	21,320
De 15 a 18	9,526	9,172	18,699
	40,750	39,018	79,768

Fuente: PAOI Institucional del Hospital Nacional de "Niños Benjamín Bloom 2018

Grafico 6. Población Esperada 2018



Fuente: PAOI Institucional del Hospital Nacional de "Niños Benjamín Bloom 2018

#### 1.4.9.2. Hospital Nacional de la Mujer "Doctora María Isabel Rodríguez".

Tabla 9. Características de Organización del Hospital Nacional de la Mujer.

HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER	
<b>MISIÓN</b>	Proporcionar atención médica en las especialidades de ginecología, obstetricia, neonatología y sus ramas afines con calidad y con alto sentido humano a la población, así como realizar investigación científica y participar en el desarrollo del recurso humano médico, de enfermería y paramédico para cumplir con los requerimientos y exigencias según estándares internacionales de calidad y seguridad.
<b>VISIÓN</b>	Ser el hospital de referencia a nivel nacional en la especialidad de ginecología, obstetricia y neonatología con mejores ambientes de infraestructura, tecnología y recurso humano, que garanticen proporcionar atención médica de calidad a sus usuarias.
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Proporcionar servicios médicos en la especialidad de ginecología y obstétrica de tercer nivel de atención a la población, realizar investigación científica y desarrollar los recursos humanos en las áreas médica, de enfermería, paramédica y administrativo con base a la normativa correspondiente.
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	1 Cumplir con las normas, reglamentos y documentos metodológicos emanados por el MINSAL.
	2 Cumplir con los protocolos de atención médica de manera eficaz y oportuna.
	3 Ser el centro de referencia del primero y segundo nivel de atención.
	4 Cumplir con el catálogo de prestaciones del hospital, en los procesos de atención medico quirúrgica para los casos de emergencia, hospitalización y consulta externa.
<b>FUNCIONES PRINCIPALES</b>	1 Proporcionar atención médica, como centro de referencia nacional a las pacientes con patología ginecológica y obstétrica, en aquellos casos que por su complejidad requieran una atención especializada, cumpliendo las normas y protocolos establecidos para el manejo adecuado de los mismos.
	2 Cumplir con lo establecido en el Sistema de Referencia/ Retorno/ Interconsulta.
	3 Participar en la planificación y evaluación de manera conjunta en función de las RISS nacional, para definir intervenciones que contribuyan a la calidad en el continuo de la atención de los pacientes en las diferentes sub especialidades
	4 Trabajar coordinadamente con el Sistema de Emergencias Médicas.
	5 Realizar actividades de promoción, educación y prevención de salud a los usuarios y personal, y aquellas que sean necesarias, en coordinación con el primer y segundo nivel de atención.
	6 Realizar actividades de docencia e investigación científica en coordinación con los centros formadores de recursos humanos en salud, y en educación en servicio intramural y con sus Ecos en función de la RIIS



**Estructura Organizativa. Organigrama.**

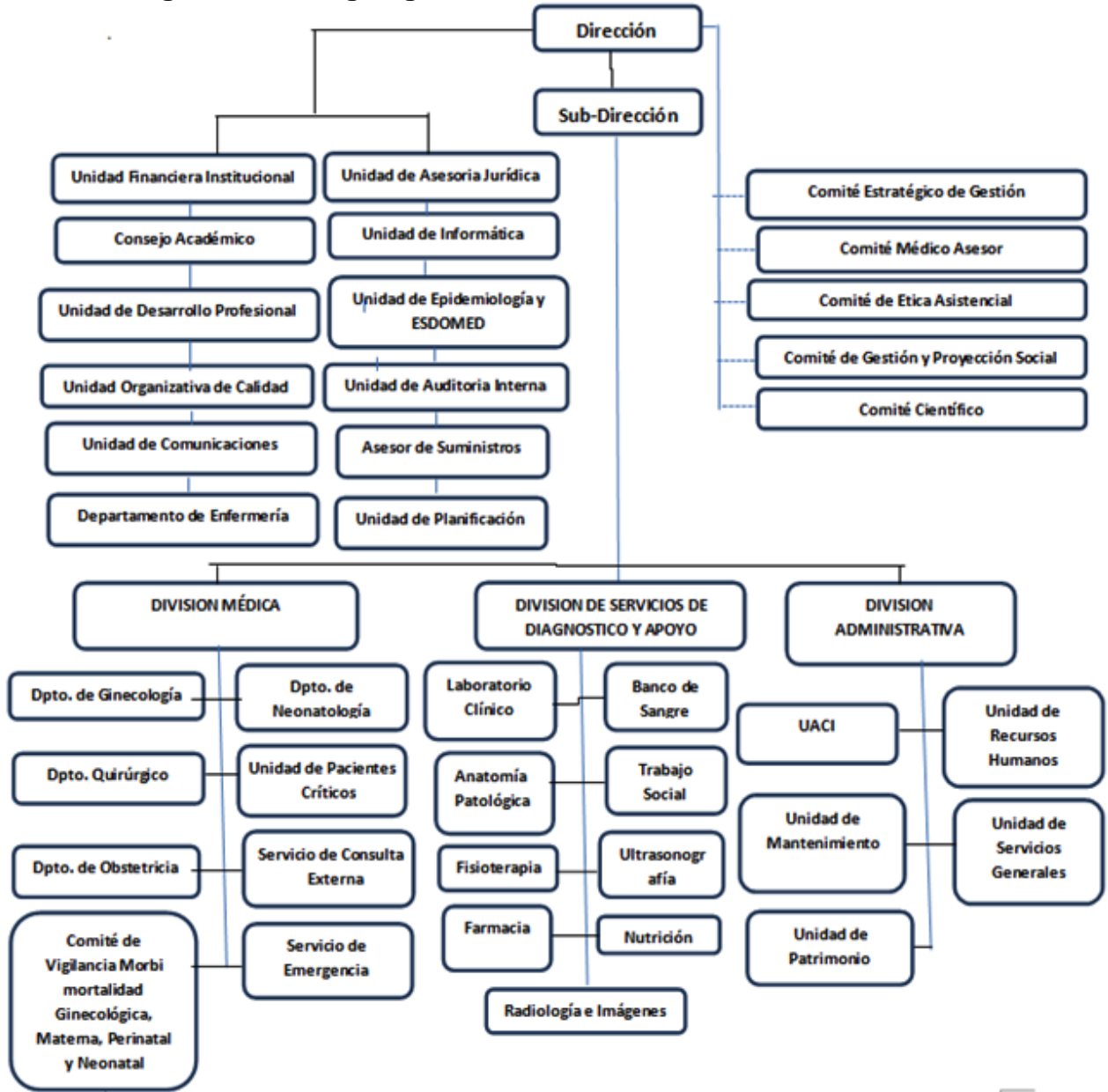


Imagen 12. Estructura Organizativa de hospital nacional de la mujer

**Características de la población.**

Tabla 10. Población Estimada 2018

	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>6,643,359</b>	<b>3,127,359</b>	<b>3,516,000</b>
10-14	600,556	307,194	293,362
15-19	666,840	339,400	327,440
20-24	706,877	354,468	352,409
25-29	622,553	299,642	322,911
30-34	491,933	220,655	271,278
35-39	414,348	176,797	237,551
40-44	379,365	160,635	218,730
45-49	347,014	147,934	199,080
50-54	298,953	127,174	171,779
55-59	249,351	105,711	143,640
60-64	207,602	88,409	119,193
65-69	171,903	73,395	98,508
70-74	135,908	57,957	77,951
75-79	102,641	43,486	59,155
80-84	69,371	28,804	40,567
85 y +	58,449	23,353	35,096

Fuente: DIGESTYC

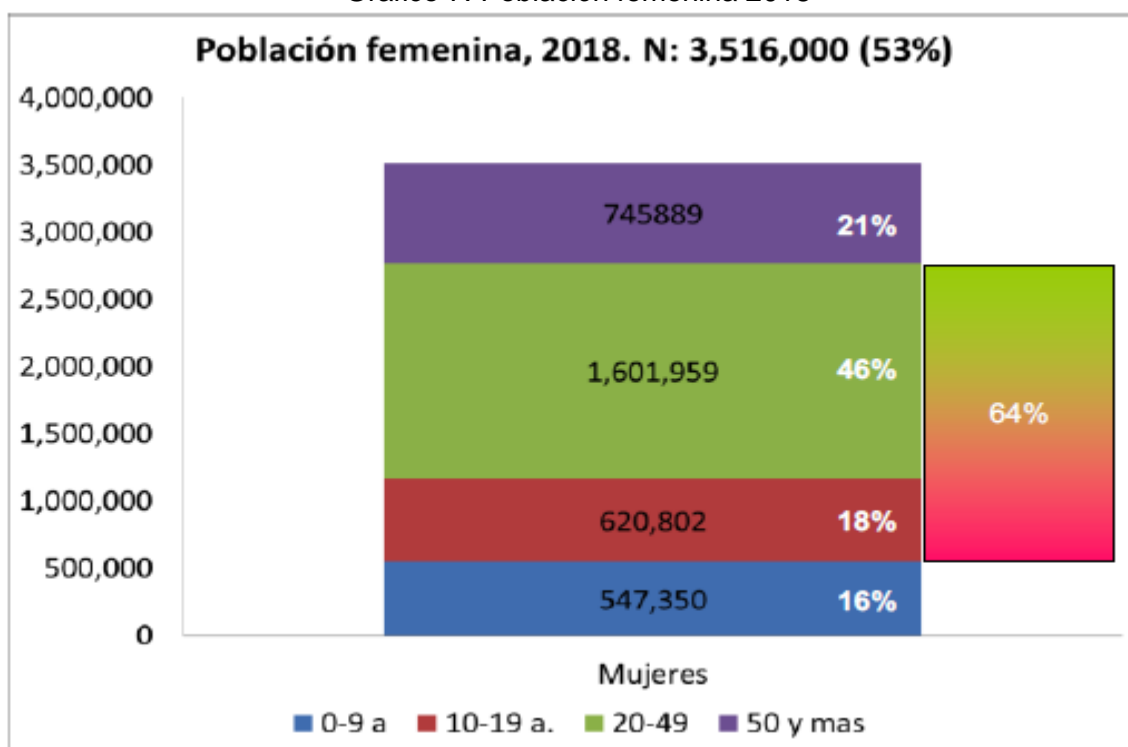
El primer escenario a analizar corresponde a la estructura poblacional estimada para el 2018. En la tabla 1 se muestra una distribución de frecuencias de la población estimada de acuerdo al sexo y edad; entre las características más relevantes se señalan:

- En el grafico 1 puede apreciarse que la población femenina es más numerosa y representa el 53% de la población total con dos subconjuntos de interés: a) población de mujeres en edad fértil, que representan el 64% de las cuales el 28% son adolescentes, de la población femenina las adolescentes representan el 18% y b) la población de adultas mayores de 50 años representan el 21% del total de población

femenina. Por lo anterior, nuestra gestión será enfocada en la atención materna, perinatal y neonatal, incluyendo a la población de mujeres adultas con padecimientos crónicos, principalmente tumores y neoplasias.

- Los servicios del Hospital están dirigidos a la atención de la mujer y su recién nacido<sup>14</sup>, y se incluye la población neonatal que requiere atención, principalmente a la afectada por complicaciones perinatales como la prematuridad, la sepsis y la asfixia.
- Si bien, se considera la Población Nacional como la potencial demandante de servicios de nuestro Hospital, en función de la Referencia Nacional que atiende los casos derivados de toda la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS) del MINSAL a nivel nacional. No obstante nuestros registros estadísticos, muestran que la demanda de personas atendidas por primera vez en el hospital durante 2017 fue de 16,917, más los recién nacidos que se incluyen en los servicios de neonatología, se estima una demanda real aproximada es de 20,000 personas.

Grafico 7. Población femenina 2018

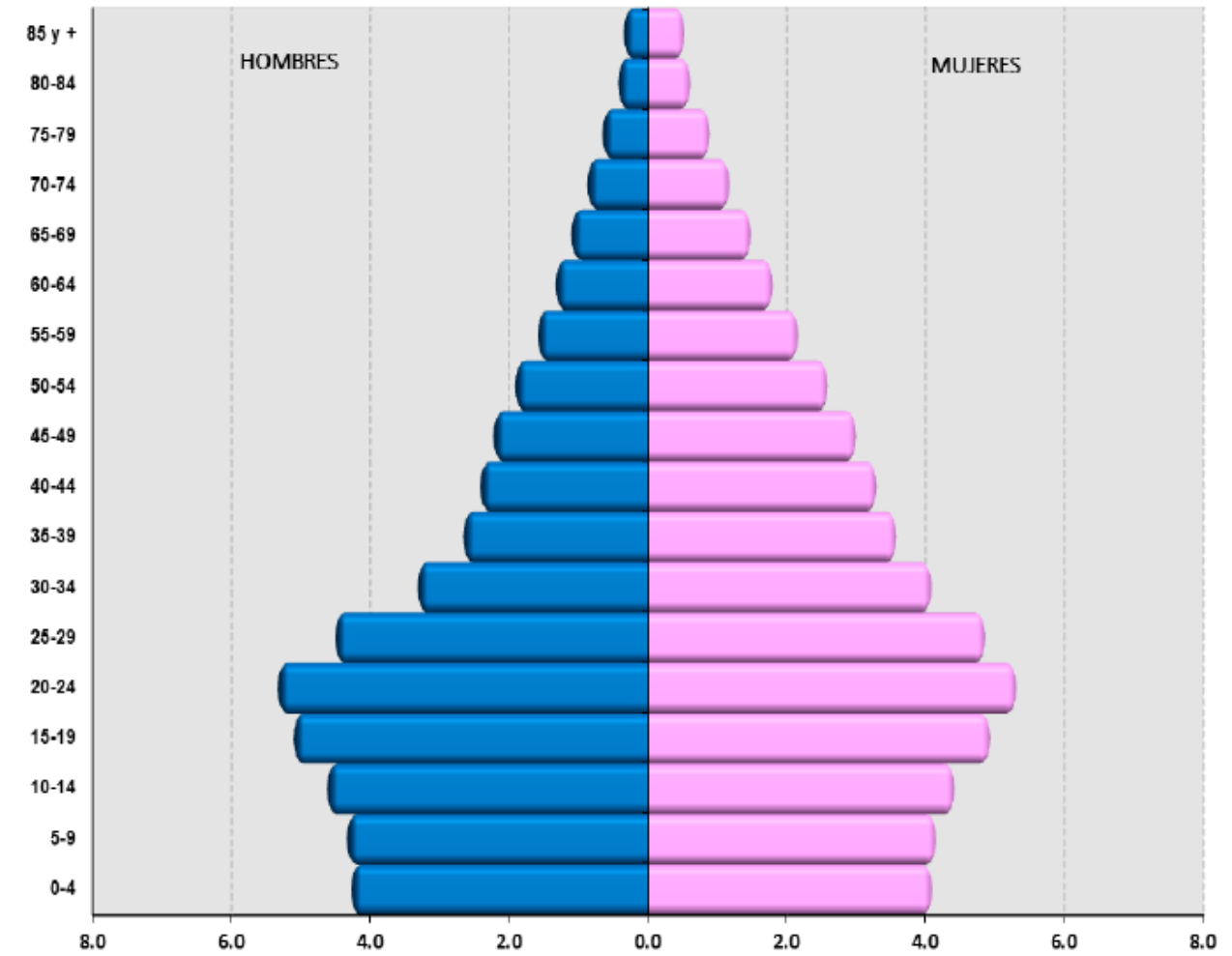


Fuente: Hospital Nacional de la Mujer

<sup>14</sup> La población masculina se excluye del análisis sin embargo se aclara que existen algunos servicios dirigidos a la atención de este grupo poblacional, como es el caso de las consultas de Infertilidad, Infectología, Planificación Familiar y los recién nacidos que se atienden en el Hospital, entre otros servicios

Grafico 8. Pirámide poblacional proyectada para el año 2018.

EL SALVADOR  
Estructura por edad y sexo de la población  
Año 2018



Fuente: DIGESTYC

### 1.4.9.3. Hospital Nacional Rosales.

Tabla 11. Características de Organización del Hospital Nacional Rosales.

<b>HOSPITAL NACIONAL ROSALES</b>	
<b>MISIÓN</b>	Proveer servicios de salud en medicina interna, cirugía y sus especialidades; con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y calidez; tanto en emergencias como en hospitalización y consulta externa, para satisfacer necesidades en salud a la población salvadoreña mayor de 12 años de edad; y ser uno de los tres principales Hospital Escuela del País.
<b>VISIÓN</b>	Constituirse en un hospital que satisfaga la demanda de tercer nivel de atención en las especialidades de medicina y cirugía en población mayor de 12 años y con acreditación como Hospital Escuela dentro del Sistema Nacional de Salud.
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Participar en la recuperación de la salud del paciente, combinando el esfuerzo de las áreas y especialidades médicas que conforman el Hospital Nacional Rosales; coordinados e inmersos en el Sistema Nacional de Salud.
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Asistir a los enfermos que demanden servicios médicos especializados, sin discriminación alguna y con el esmero que merecen</li> <li>2 Armonizar el esfuerzo humano, los insumos y las finanzas a fin de brindar los servicios medico-hospitalarios con calidad.</li> <li>3 Aplicar e implementar técnicas y herramientas administrativas (sistemas, procesos, estándares, otros), que propicien la eficiencia hospitalaria.</li> <li>4 Participar en investigaciones que aporten mejoras a la calidad de la atención médica y hospitalaria.</li> <li>5 Interactuar con el entorno institucional y social a fin de prevenir la enfermedad, promover la salud y asistir la rehabilitación.</li> <li>6 Especialización sistemática de personal en áreas de la salud en coordinación con las instituciones formadoras.</li> </ol>
<b>FUNCIONES PRINCIPALES</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Planificar, organizar, ejecutar y controlar los procesos médico-quirúrgicos y administrativos que se desarrollan en el Hospital, en coordinación con la Red Nacional Integral del Sistema de Salud, en beneficio de la población mayor de doce años</li> <li>2 Participar en la elaboración de la documentación regulatoria que responda a las finalidades, políticas y estrategias del MINSAL, para brindar servicios médico-quirúrgicos de tercer nivel.</li> <li>3 Participar en la formulación y elaboración de normas, procedimientos, protocolos para la atención hospitalaria en coordinación con la Dirección de Regulación y Legislación en Salud a través de la Dirección Nacional de Hospitales</li> <li>4 Cumplir y hacer cumplir la normativa institucional y lineamientos emanados del nivel central</li> <li>5 Gestionar oportunamente los recursos necesarios para el adecuado funcionamiento del hospital.</li> <li>6 Administrar de forma oportuna los recursos asignados y disponibles para obtener de ellos la mayor utilidad.</li> <li>7 Preparar y ejecutar a nivel hospitalario planes de emergencias y desastres en coordinación con la Red Nacional Integral del Sistema de Salud</li> <li>8 Promover y asesorar la investigación científica a nivel hospitalario y vinculado a los servicios nacionales de salud.</li> <li>9 Ejecutar los convenios y otros mecanismos de cooperación, promovidos y suscritos por el nivel central, para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria y de la formación profesional</li> <li>10 Coordinar esfuerzos con las instituciones vinculadas a la atención que se ofrece en las RIIS</li> </ol>

## Estructura Organizativa. Organigrama.

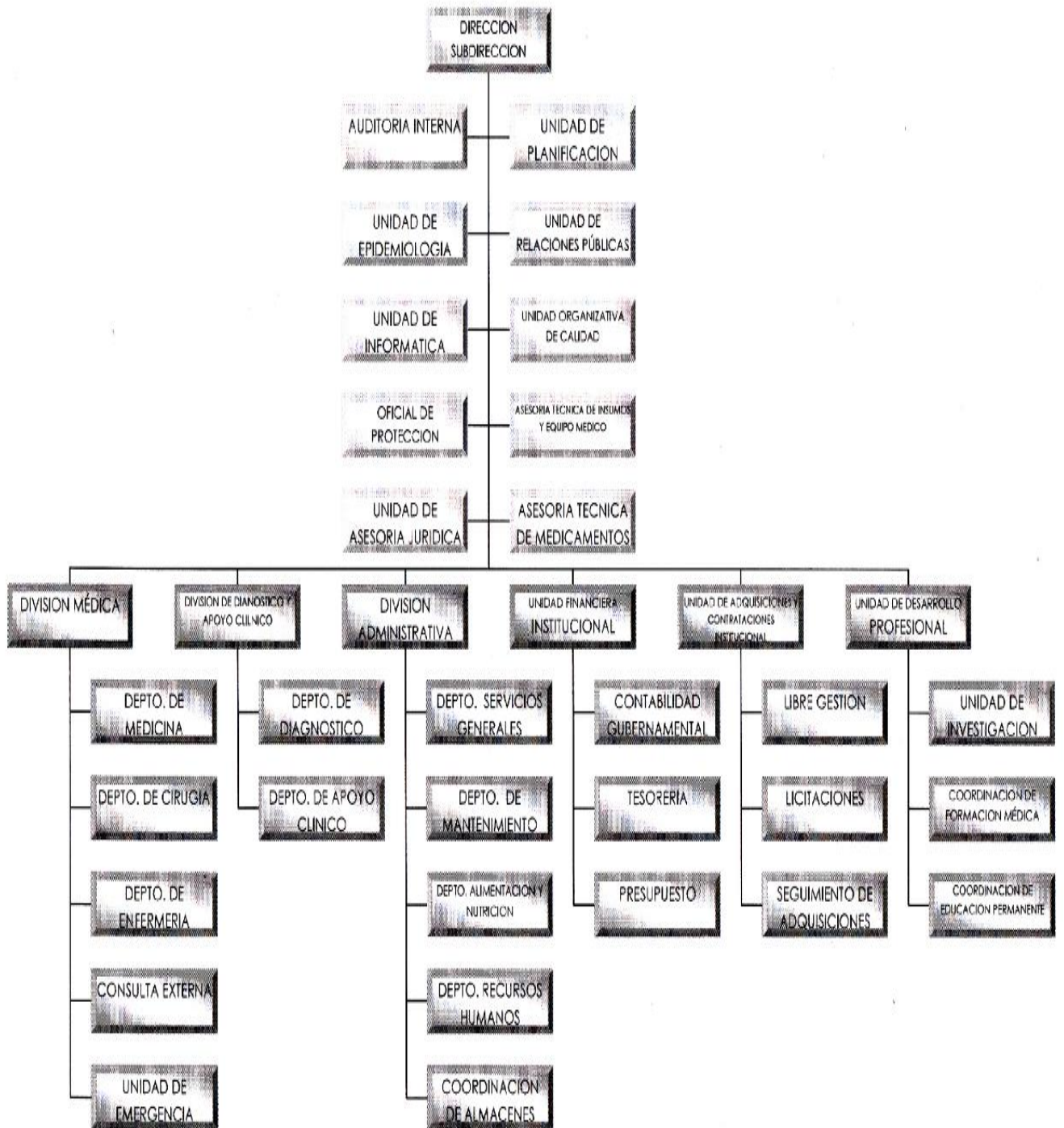


Imagen 13. Estructura Organizativa Hospital Nacional Rosaes

## Características de la población.

Estructura de la población proyectada para el año 2018 a cargo del Hospital Nacional Rosales.

La población a cargo del Hospital Nacional Rosales se ha estimado con base a la información de la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía y los registros de la población que demanda servicios médicos.

Siendo especializado, de referencia nacional, se estima que el Hospital Nacional Rosales tiene a cargo el 1% de la población salvadoreña; dato que se aproxima a la cantidad de pacientes atendidos en un año. El detalle reporta que el 49.17% es del sexo masculino y el 50.83% del sexo femenino, el cual se puede verificar en la siguiente tabla:

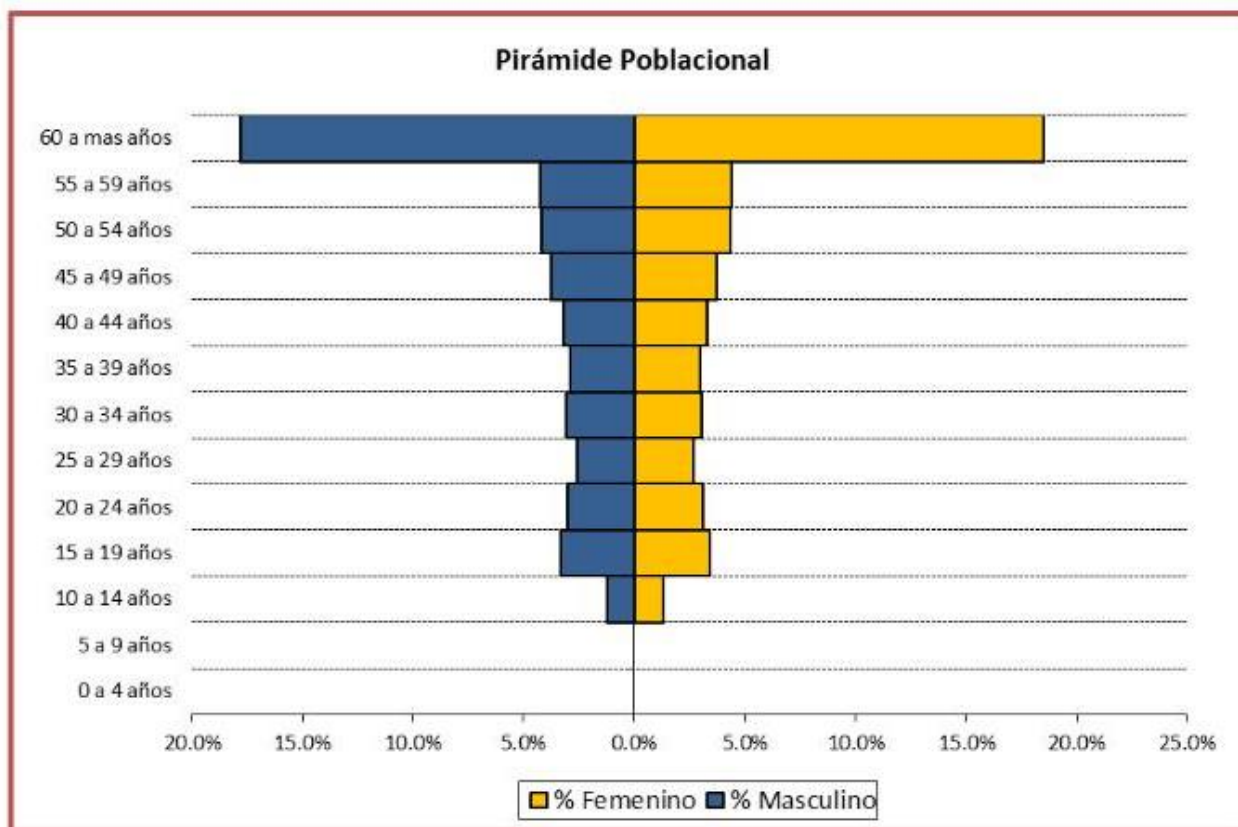
Tabla 12. Población que demanda servicios en 2018  
POBLACION QUE DEMANDA SERVICIOS EN EL HNR 2018

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
10 – 14	844	1.24%	878	1.29%	1721
15 – 19	2238	3.29%	2334	3.43%	4572
20 – 24	2041	3.00%	2123	3.12%	4164
25 – 29	1735	2.55%	1810	2.66%	3545
30 – 34	2089	3.07%	2068	3.04%	4157
35 – 39	1953	2.87%	2027	2.98%	3980
40 – 44	2164	3.18%	2252	3.31%	4416
45 – 49	2551	3.75%	2524	3.71%	5075
50 – 54	2837	4.17%	2953	4.34%	5790
55 – 59	2905	4.27%	3021	4.44%	5926
60 +	12097	17.78%	12593	18.51%	24690
	33453	49.17%	34583	50.83%	68036

FUENTE: Estimaciones con información de la DIGESTYC y registros de servicios prestados en el HNR  
NOTA: Se estima que el 1% de la población total de El Salvador hace uso de los servicios médicos especializados<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Por acuerdo de la Coordinación de Hospitales Nacionales de Tercer Nivel, en reunión sostenida el 23 de enero de 2018

Grafico 9. Pirámide poblacional de atención para el año 2018, a cargo del Hospital Nacional Rosales.



Fuente: SPME

#### 1.4.10. Plan Estratégico del MINSAL

El presente Plan Estratégico Institucional en Salud 2014-2019, es aplicable a todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, así como a sus servidores públicos.

El Plan Estratégico del MINSAL constituye, para el sector salud, el marco de referencia de la profundización de la Reforma de Salud en marcha a la cual deben alinearse; para la institución es una herramienta fundamental, orientadora del quehacer como ente rector del sector. Su principal contribución al proceso de reforma radica en el ordenamiento y priorización de las intervenciones contribuyentes a lograr los objetivos estratégicos establecidos a nivel país en materia de atención y provisión de servicios de salud, de los Objetivos del Milenio y de los convenios nacionales e internacionales ratificados por El Salvador. Orienta las acciones para operativizar la Política Nacional de Salud y el Plan Quinquenal de Desarrollo del Gobierno garantizando servicios de calidad y con calidez.



#### **1.4.10.1. Marco de referencia institucional para la formulación del PEI**

El marco de referencia institucional para la formulación del PEI, lo constituyen esencialmente el PQD y los contenidos del planteamiento de la Reforma del sector y la Política Nacional de Salud, siendo aspectos relevantes los modelos de Atención y de prestación de servicios, así como los avances del proceso de formulación del “Presupuesto por resultados”, conducido por el Ministerio de Hacienda.

#### **1.4.10.2. El Plan Quinquenal de Desarrollo del Gobierno 2014-2019**

Para el actual gobierno “El Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019: El Salvador productivo, educado y seguro”, es el instrumento de Política Pública del más alto nivel, considerándose el documento de referencia, por excelencia, para la formulación de los planes estratégicos ministeriales.

Apuesta a convertir a El Salvador en un país incluyente, próspero y solidario que ofrezca oportunidades de buen vivir a toda su población y que, como requisito fundamental para ello, reconozca las diferencias y necesidades específicas de los diversos grupos poblacionales.

El objetivo 4, referido específicamente a la salud de la población, plantea: “Asegurar gradualmente a la población salvadoreña, el acceso y cobertura universal a servicios de salud de calidad”, considerándose un objetivo de desarrollo y de buen vivir.

Se definen para el período 4 estrategias, 23 Líneas de Acción y 4 Metas, las cuales serán retomadas en el presente plan estratégico del MINSAL.

#### **1.4.10.3. La Reforma de Salud**

A partir de Junio 2010, se inicia el proceso de reforma del sector salud, cuyo objetivo fundamental es lograr el acceso y la cobertura universal de los servicios de salud, definiéndose, estos como servicios integrales, abordándolos desde la determinación social de la salud.

Asume como estrategia global, la Promoción de la salud, para la cual se han establecido principios básicos y acciones.

##### *Principios básicos para la promoción de la salud según la OMS*

- Asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios,

especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

#### Áreas de acción:

- Construir políticas públicas saludables. La salud debe formar parte de los temas y de la agenda política.
- Crear ambientes que favorezcan la salud. Los medios ambientes físicos y sociales influyen en la salud.
- Reforzar la acción comunitaria. La participación activa de la comunidad se puede dar en la definición de prioridades, de programas de acción, la toma de decisiones y la ejecución de los programas y proyectos.
- Desarrollar habilidades personales. El aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población, son aspectos relevantes, contribuyentes para el logro de la salud.
- Reorientar los servicios de salud. Se debe poner énfasis en la atención médica preventiva y promotora en lugar de la atención médica curativa. Es necesario que los servicios y los sistemas de salud se reorienten hacia atención promotora de la salud y a la atención primaria.

De acuerdo a lo planteado en el PQD, será la profundización de la reforma de salud, iniciada en el quinquenio 2009-2014 y, específicamente la profundización y fortalecimiento de cada uno de sus ejes lo que contribuirá en gran manera a avanzar en la resolución de los problemas de salud pública que se plantean abordar prioritariamente en el quinquenio.

Para su concreción, en el proceso de reforma del sector se asumen 10 ejes estratégicos de intervención.

#### Ejes Estratégicos de la Reforma

1. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud
2. Sistema Nacional de Emergencias Médicas
3. Medicamentos y vacunas
4. Intra e intersectorialidad
5. Instituto Nacional de Salud
6. Foro Nacional de Salud
7. Recursos Humanos en Salud
8. Sistema Único de Información Estratégica
9. Determinantes de la violencia y su impacto en salud
10. Determinantes ambientales y salud

#### **1.4.10.4. Modelos de Atención y Provisión de servicios de salud**

##### Modelo de Atención

El modelo de atención del MINSAL está basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral (APSI), dirigido a la atención de la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, incluye intervenciones de atención primaria, secundaria y terciaria (promoción y educación para la salud, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos).

### Modelo de provisión de servicios de salud: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS)

Las RIISS constituyen la herramienta del modelo de prestación de servicios del MINSAL y del sector, se definen como “una red de estructuras que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales, a una población definida en un territorio definido, que está dispuesta a rendir cuentas a la población, por los resultados obtenidos en la cantidad y calidad de los servicios prestados, la aplicación de fondos, así como del estado de salud de la población a la que sirve”.

Se trata de redes que prestan servicios de salud por niveles de atención: primero, segundo y tercer nivel. El núcleo de atención del modelo y que constituyen la puerta de entrada al sistema son los denominados Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares), equipos multidisciplinarios que llevan los servicios hasta la vivienda y la comunidad de los usuarios y usuarias. Existen además, los Equipos Comunitarios de Salud Especializados (Ecos Especializados) que complementan las acciones de los Ecos Familiares, garantizando la continuidad en el proceso de atención y mejorando la capacidad resolutoria de este nivel. Ambas estructuras constituyen el primer nivel de atención, el cual se integra a la red hospitalaria de 2do. y 3er. nivel a través de un sistema de referencia y retorno.

#### Atributos esenciales de las RIISS:

- Población y territorio a cargo, definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.
- El Primer Nivel de Atención Multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
- Existencias de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.
- Un sistema de gobernanza único para toda la red.
- Participación social amplia.
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
- Recursos Humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.

- Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, que desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
- Gestión basada en resultados.
- Financiamiento adecuado e incentivo financiero alineado con las metas de los planes quinquenales y anuales.

Con el funcionamiento óptimo de las RIISS, se potenciará el continuo de la atención en una red integral e integrada de servicios de salud, que responda a los enfoques y complejidad de la atención, pretende corregir el actual modelo que se ha caracterizado por un traslape de intervenciones en los distintos niveles y una fragmentación en las intervenciones dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente. Se trata además de normar las intervenciones a ser realizadas en las RIISS, haciéndolas extensivas al sector salud, rescatando así la función rectora del MINSAL.

### El Sistema de Protección Social Universal

El Gobierno de la República presupone que, al asumir las diferencias de género y el ciclo de vida de las personas como variables sobre las que debe intervenir, el Sistema de Protección Social Universal contribuirá a la interrupción del círculo intergeneracional de la pobreza y hará posible el camino hacia el desarrollo inclusivo.

Este Sistema se cimienta en un enfoque de derechos, potencia el desarrollo humano y la gestión territorial, y propicia la participación activa de los gobiernos municipales y de la comunidad a fin de alcanzar las metas de los Objetivos del Milenio. Su propósito fundamental es apoyar las poblaciones de mayor vulnerabilidad, mediante un abordaje responsable y eficaz de las determinantes sociales e inequidades en salud.

### Programa Comunidades Solidarias

El Programa establece cuatro ejes estratégicos, por medio de los cuales se aborda la determinación social de la salud integral de las personas:

- Capital humano (educación, nutrición, salud, prevención de la violencia, pensión básica),
- Infraestructura social básica,
- Generación de ingreso y desarrollo productivo, y,
- Gestión territorial.

### Compromisos nacionales e internacionales

Igualmente, el PEI responde a los distintos convenios y tratados nacionales e internacionales, que en materia de salud integral ha suscrito el Ministerio de Salud y el Gobierno de El Salvador. Dentro de los más relevantes se encuentran los siguientes:

#### *Nacionales*

El MINSAL asume como compromisos nacionales, los aspectos referentes a la salud, establecidos en las políticas y leyes que constituyen el marco político/jurídico del presente plan estratégico.

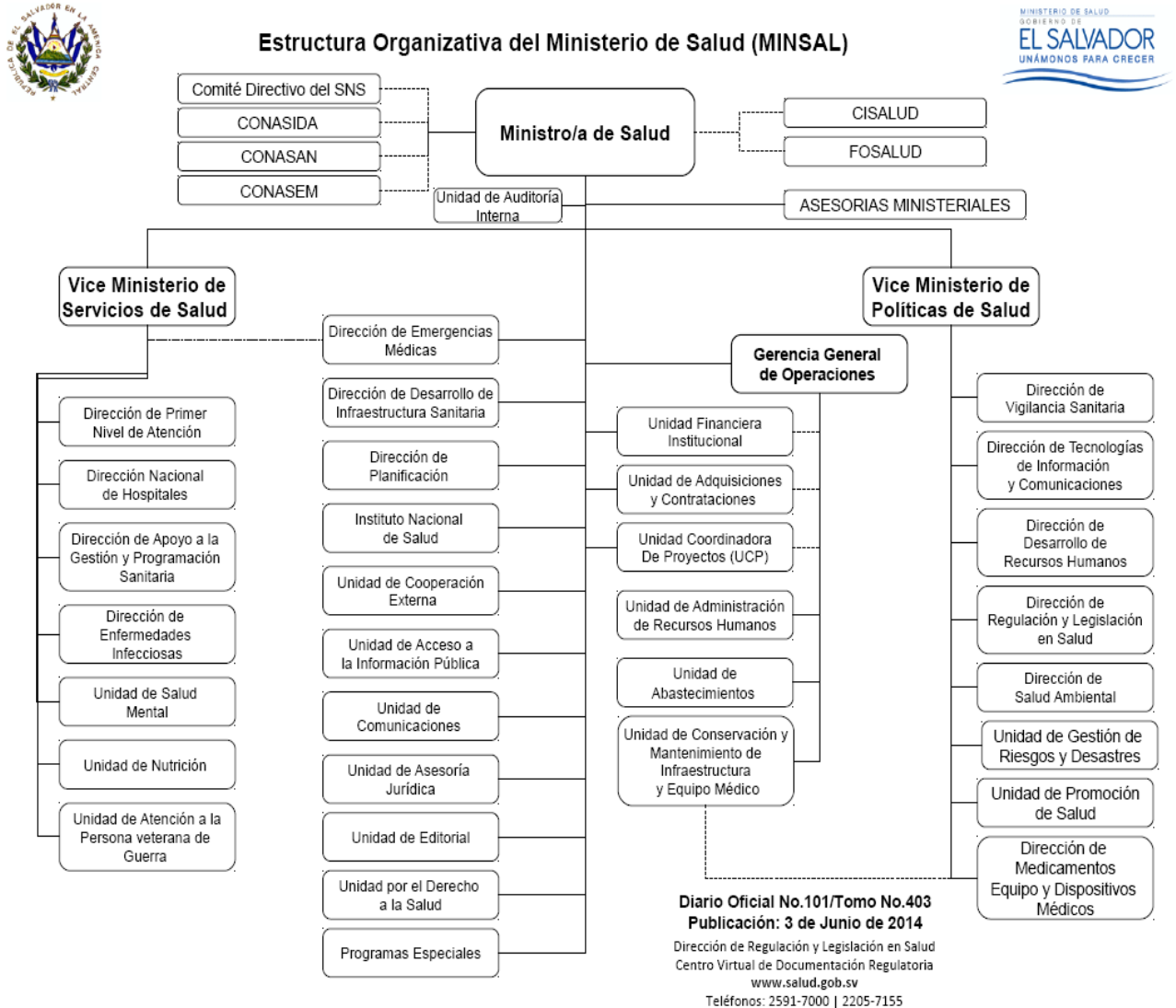
*Internacionales*

En el ámbito internacional, el MINSAL asume los compromisos en materia de salud, contenidos en los acuerdos de las Cumbres, Asambleas Mundiales, Conferencias, Reuniones, Declaraciones y Planes mundiales, de las cuales el país es signatario.

Para mayor profundidad sobre la estructura estratégica del MINSAL, procesos, capacidades institucionales, sistema de información y política nacional de salud; se presentan más detallados en el Anexo 1.

**1.4.10.5. Estructura, procesos y capacidades institucionales**

**Estructura Organizativa**



**Diario Oficial No.101/Tomo No.403**  
**Publicación: 3 de Junio de 2014**  
 Dirección de Regulación y Legislación en Salud  
 Centro Virtual de Documentación Regulatoria  
[www.salud.gob.sv](http://www.salud.gob.sv)  
 Teléfonos: 2591-7000 | 2205-7155

Imagen 14. Estructura Organizativa del MINSAL

Fuente: Diario Oficial No. 101/Tomo 403, Publicación: 3 de junio de 2014

## **Sistema de seguimiento y evaluación**

El sistema de seguimiento y evaluación, asegurará:

- Tener como unidad de seguimiento y evaluación las RIISS departamentales, a través de los planes operativos y los indicadores establecidos.
- Generar información consistente, objetiva, oportuna y pertinente en forma periódica que permita la toma de decisiones oportunas, haga posible la identificación del riesgo y permita realizar los ajustes necesarios oportunamente.
- Que la ejecución del PEI sea medida sistemáticamente, a través del monitoreo mensual de la ejecución de las actividades programadas en los planes operativos.
- Que la evaluación sea realizada cada 3 meses.
- Que se cuente con instrumentos unificados a ser aplicados por las instituciones del sector y por las RIISS departamentales; estos instrumentos deberán estar armonizados y alineados con las herramientas, procedimientos y criterios de seguimiento y evaluación del PQD establecidos por la STPP, así como con las herramientas, procedimientos y criterios establecidos por el MINSAL para el seguimiento a los avances de los 10 ejes de la Reforma de Salud en marcha.
- La formulación de un informe trimestral de los avances a ser enviado a la STPP.

### **1.4.11. Investigación de Campo**

#### **El Escenario global de la nueva gestión del hospital**

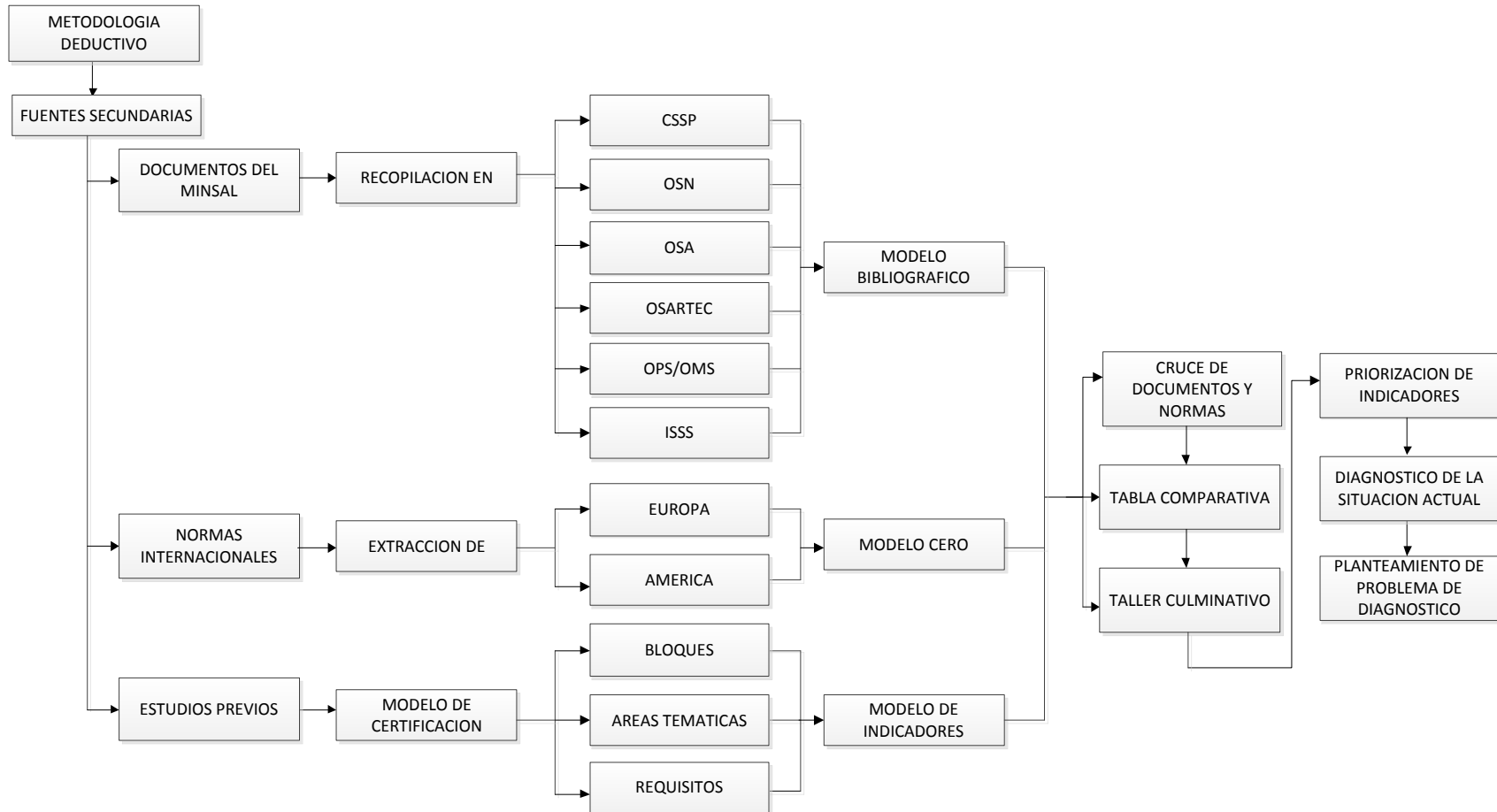
El análisis de cualquier tema, incluido el del sector salud y sus establecimientos, deben tener en cuenta los condicionantes externos, es decir el contexto en que actúa lo analizado. En un mundo inmerso en un proceso de globalización, que presenta claroscuros notables, entender el contexto resulta indispensable si se quiere captar las distintas fuerzas en acción.

## CAPITULO II: DIAGNOSTICO

### 2.1. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

#### 2.1.1. Descripción de Metodología general de la investigación

Imagen 15. Metodología general de la investigación



## **2.1.2. Definición de metodología de recolección de datos**

En este paso se define la metodología de recolección de datos a utilizar en el estudio, la cual establece el camino o guía a seguir para obtener toda la información necesaria para el estudio, considerando a la vez las etapas y herramientas que recolección de la información.

**En el desarrollo del diagnóstico se realizará una investigación descriptiva deductiva consistente en los siguientes elementos:**

### **Documentos del MINSAL:**

Consistirá en la recolección, revisión y ordenamiento en una tabla resumen de todos los esfuerzos que ha presentado el MINSAL en cuestión de Calidad, con el fin de determinar el nivel de desarrollo que ha tenido el MINSAL en la cuestión de calidad y normas técnicas. Como instrumento se utilizará de base ley de acceso a la información pública y teniéndolo en cuenta se utilizara Sitio Oficial del Ministerio de Salud de El Salvador.

También se tendrá la recopilación de información con reuniones y visitas a las distintas instituciones de salud y normas aplicables que hay en el país, con las que se buscara entrevistas con los expertos en el área de calidad de cada una de las instituciones.

También se debe mencionar a las principales entidades donde se realizaran las entrevistas: Consejo Superior de Salud Pública, Organismo Salvadoreño de Normalización, Organismo Salvadoreño de Acreditación, Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica, La Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Se catalogan estas instituciones con el fin de detener un panorama claro del manejo del tema de calidad al nivel nacional y sobre el manejo de normas técnicas implementadas en el país. Como instrumento se utilizará un formato de toma de observaciones y opiniones de los expertos. Todo este estudio se verá reflejado en el Modelo bibliográfico que se presentara al final de esta investigación.

### **Normas Internacionales:**

Consistirá en búsqueda y revisión de normas de calidad para la atención hospitalaria, que se puedan adaptar a los hospitales de tercer nivel del MINSAL, con el fin de determinar las normas que mejor se puedan adaptar a nuestro sistema de salud y generar los mejores resultados posibles. Para su posterior evaluación y selección del modelo más completo que pueda generar los mejores efectos y resultados en su aplicación en el MINSAL. Este modelo se le conocerá como Modelo Cero.

### **Estudios preliminares:**

Consistirá en la revisión detallada de trabajos de normalización sobre calidad en la atención hospitalaria que haya recibido el MINSAL en estos años. Con la finalidad de tener esa



información como apoyo y como modelo para una posterior comparación. El Modelo se maneja con el nombre: Modelo de indicadores. Y servirá de referencia para la selección de las áreas más importantes e indicadores que se realizara en el Taller con los Doctores encargados de los hospitales de tercer nivel.

#### **Cruce de documentos y normas:**

Consistirá en la revisión y comparación de las normas de calidad que se han encontrados con mucha adaptabilidad al sistema nacional, para tener una comparación de todas las normas y poder encontrar la que mejor se adapte y genere mayor éxito al MINSAL. Los documentos que forman parte de este cruce son: documentos del MINSAL, normas internacionales y estudios previos.

#### **Tabla comparativa:**

Consistirá en la comparación de todas las normas encontradas con posibilidad de adaptación al sistema nacional con los avances y esfuerzos que ha tenido el MINSAL en el tema de calidad en la atención hospitalaria. Con la finalidad de tener una brecha clara de la situación actual que se tiene en los hospitales de tercer nivel y como se puede mejorar a nivel de una norma internacional. Los instrumentos en este caso son diversos y consisten en tablas resumen de los diferentes datos que se analizarán.

#### **Taller culminativo:**

Consistirá en las reuniones que se tendrán con los miembros de la unidad coordinación de hospitales de tercer nivel, en las cuales se enfocara el estudio de la mejor manera de la mano con encargados del MINSAL y se tendrá una explicación de los esfuerzos históricos que ha tenido el MINSAL a nivel general en el tema de calidad en búsqueda de la excelencia.

#### **Priorización de indicadores:**

Consistirá en encuestas para medir la importancia y la prioridad que tiene cada indicador que se ha extraído de la norma internacional seleccionada con mejor puntaje para ser adaptada en el MINSAL, también se añadirán los indicadores ya existentes en el MINSAL y que se reflejen en su documentación actual, y los indicadores que se hayan tomado en estudios de normalización que haya recibido el MINSAL. Con la finalidad de tener un panorama claro de lo que se busca dar prioridad al momento de la implementación de una norma de calidad.

Como instrumento se utilizará cuestionarios a los doctores encargados de la unidad de los hospitales de tercer nivel del MINSAL. Los instrumentos en este caso son diversos y consisten en tablas resumen de los diferentes datos que se analizarán.

### 2.1.2.1. La conceptualización del diagnóstico se realizará siguiendo los siguientes pasos

**Planteamiento del problema:** Se replanteará el problema planteado con anterioridad en el Anteproyecto, esta vez con base a los resultados del diagnóstico. Para lo cual se utilizará el esquema de Edward Krick, mejor conocido como caja negra.

**Conceptualización del diagnóstico:** Consta de tres partes

- **Priorización de indicadores:** Se elimina aquellos indicadores y campos en la atención con menor importancia. Esto se hará mediante el taller con los miembros de la unidad de control de hospitales del tercer nivel del MINSAL, mediante una encuesta.
- **Generación y elección de importancia de indicadores:** Consiste en la recopilación y clasificación de resultados del taller realizado con los expertos. Se tendrá una reunión para mostrar la priorización de indicadores y se tendrá una selección y apoyo por parte de la unidad de tercer nivel.
- **Conceptualización de solución:** Se describirá de forma general la solución propuesta para el problema de diseño planteado para el MINSAL.

## **2.2. DIAGNOSTICO**

### **2.2.1. Concepto de Diagnostico**

El diagnóstico alude, en general, al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

Como diagnóstico se denomina la acción y efecto de diagnosticar. Como tal, es el proceso de reconocimiento, análisis y evaluación de una cosa o situación para determinar sus tendencias, solucionar un problema o remediar un mal.

En medicina, se conoce como diagnóstico a la identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante pruebas y la observación de sus signos o síntomas. En este sentido, es fundamental para determinar la manera en que la enfermedad será tratada.

El concepto de diagnóstico, no obstante, es extensible a los más diversos campos en el sentido de examen de una situación o cosa para determinar su solución. El diagnóstico, pues, nos ayuda a determinar, mediante el análisis de datos e informaciones, qué es lo que está pasando y cómo podríamos arreglar, mejorar o corregir una situación.

Así, por ejemplo, no solo sirve para hacer el diagnóstico de una enfermedad, sino también para conocer el estado o condiciones del servicio escolar en un país, del funcionamiento de una empresa u organización, de los procesos de aprendizaje de un niño, entre otras cosas.

#### **Como se obtuvieron los datos a evaluar**

La obtención de los tres modelos a evaluar se forma por tres etapas, las cuales se describen a continuación:

1. Primera fase, recolección de información bibliográfica de la entidad MINSAL; exploración de los documentos a los que se tiene acceso público, además de añadir documentos que fueron encontrados solo físicamente en establecimientos autorizados(biblioteca de medicina UES)
2. Segunda fase, extracción de los conceptos bases y de interés para el estudio de los documentos. Obtención de información del MINSAL
3. Tercera fase, la búsqueda del modelo cero se basa en los planes que utilizaban para regirse los países como Nicaragua, Brasil, Colombia y España (todos estableciendo criterios para espacios públicos de la salud)
4. Cuarta fase, obtención del modelo cero que se tomara como base de la evaluación, sería identificado por medio de la acumulación de campos que tomara en cuenta en sus lineamientos; es decir el que acumulara mayor numero en criterios considerados en su plan de trabajo
5. Quinta fase, integración de los tres modelos base en la evaluación modelo bibliográfico, modelo cero y modelo de indicadores del MINSAL

## 2.2.2. Documentos del MINSAL

De la mano con las autoridades de la unidad de dirección de los hospitales de tercer nivel y la herramienta digital del Ministerio de Salud, se pudo recolectar la información pertinente para este estudio, que tuviera relación con la calidad y se descartaron documentos, esfuerzos o resultados que no tuvieran relación con los requerimientos que la calidad exige.

Tabla 13. Resumen de esfuerzos en el MINSAL en el tema de calidad

<b>Listado de Documentación del MINSAL</b>
Plan Estratégico
Lineamientos
Reglamentos
Acuerdo 1418 de conformación de comisión de uso racional de medicamentos y otras tecnologías
Acuerdo 129 de Laboratorio de Control de Calidad de Alimentos de la Región Oriental
Acuerdo 130 de Creación de Unidad Ambiental
Acuerdo 144 de Delegar a los Directores Regionales de Salud
Acuerdo 186 de Formato Único de Consentimiento Informado
Acuerdo 1053 de Creación del centro nacional de farmacovigilancia
Acuerdo 1904 de Creación de oficinas sanitarias internacionales
Acuerdo 1864 de Modificación de Unidad de Vigilancia Laboratorial y de las Ares que la conforman
Bases para la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
Constitución de la república de El Salvador
Derogatoria de reglamento general de hospitales del MINSAL
Disposiciones de Garantía Estatal de la Salud y la Seguridad Social
Acuerdo No. 165. Estructura Organizativa del MINSAL
Acuerdo No. 1067. Se oficializan formatos para realizar evaluación curricular.
Manual de procedimientos técnico y bioseguridad de la toma, manejo y envío de muestras para la confirmación de influenza pandémica en humanos.
Plan estratégico institucional período 2013-2018
Plan contingencial invernal de salud
Plan estratégico 2014 - 2019
Plan de implementación de la política nacional de medicamentos
Plan de implementación de la política Nacional de desarrollo de recursos Humanos en salud
Plan intersectorial para la atención integral de la salud de la población adolescente y joven
Política de Ahorro y Austeridad del Sector Público
Política Nacional de Salud 2015- 2019.
Reformas al Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud
Reforma 1 del acuerdo 236 sobre norma de salud bucal
Acuerdo No. 294.- Reforma al Reglamento de la Ley de Ética Gubernamental.
Reglamento Técnico Centro Americano – RCTA 71.03.37:07
Acuerdo No. 1251.- Reglamento Técnico Salvadoreño RTS 13.03.01:14 Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.
Resolución 158 comisión intersectorial desarrollo RRHH
Reglamento Técnico Centroamericano RTS 11.01.01:13- Buenas prácticas de laboratorio
Reglamento Técnico Centroamericano RTS 11.03.39:06- productos farmacéuticos. Validación de Métodos analíticos para la Evaluación de la calidad de los Medicamentos.
Reglamento Técnico Centroamericano RTS 67.01.30:06- alimentos procesados. Procedimiento para otorgar la licencia sanitaria A fábricas y bodegas.

Reglamento Técnico Centroamericano RTS 67.01.32:06- requisitos para la importación de alimentos Procesados con fines de exhibición y degustación.
Reglamento Técnico Centroamericano RTS 67.01.33:06- industria de alimentos y bebidas procesados. Buenas prácticas de manufactura.
Principios generales.
Plan operativo anual de hospital nacional de la mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”.
Plan operativo anual de hospital nacional Rosales
Plan operativo anual de hospital nacional de niños Benjamín Bloom

Fuente: Centro Virtual de Documentación Regulatoria del MINSAL

### 2.2.2.1. Exploración de información secundaria

Tabla 14. Descriptiva de esfuerzos en el MINSAL en la tema de calidad

NOMBRE DE DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN
Acuerdo 1418 de conformación de comisión de uso racional de medicamentos y otras tecnologías	Conformar la Comisión Nacional para el Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias, que estará integrado por un representante de cada una de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Medicamentos, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, Comando de Sanidad Militar, Fondo Solidario para la Salud, Consejo Superior de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Defensoría del Consumidor, Facultad de Medicina y Facultad de Química y Farmacia, ambas de la Universidad de El Salvador, Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa, Corte Suprema de Justicia, Colegio Médico, Colegio de Químicos y Farmacéuticos y Foro Nacional de Salud; que deberán ser acreditados por un período de dos años a través de correspondencia dirigida a la Titular de Salud por cada uno de los Titulares de las instituciones antes mencionadas con carácter Ad-honorem, presentando declaración jurada de no poseer conflictos de interés en el ámbito de medicamentos y tecnologías sanitarias. Dicha Comisión será coordinada por el representante del Ministerio de Salud y podrá contar con asistencia técnica de organismos oficiales nacionales o internacionales especializados en el tema de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias.
Acuerdo 129 de Laboratorio de Control de Calidad de Alimentos de la Región Oriental	Acuerdo del correcto laboratorio de Control de calidad de alimentos de la Región Oriental de Salud; donde se realizarán análisis de alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas.
Acuerdo 130 de Creación de Unidad Ambiental	Acuerdo para Crearse de la Unidad Ambiental, para supervisar, coordinar y dar seguimiento a políticas, planes, programas , proyectos y acciones ambientales dentro del Ministerio de Salud, la cual forma parte de la Dirección de Salud Ambiental, tal como lo refiere el Manual de Organización y Funciones del Nivel Superior
Acuerdo 144 de Delegar a los Directores Regionales de Salud	ACUERDA: Delegar a los Directores Regionales de Salud, de las Regiones Metropolitana, Central, Paracentral, Occidental y Oriental, la atribución administrativa para que firmen la Resolución de los permisos o autorizaciones relacionadas con el ámbito de salud ambiental, previo el informe favorable del Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar del área de competencia correspondiente, en donde está ubicado el establecimiento que solicita sea autorizado. Los Directores de Salud Regionales podrán delegar mediante Resolución administrativa razonada, la firma de las autos y resoluciones de sustanciación previos a la Resolución de los solicitado.

Acuerdo 186 de Formato Único de Consentimiento Informado	<p>Oficializar el Formato Único de Consentimiento Informado; en consecuencia a partir de la presente fecha es de obligatorio cumplimiento por parte de los profesionales de salud, públicos y privados involucrados. Dejase sin efecto el formato del consentimiento informado de los Lineamientos técnicos para la promoción del Derecho Humano a la Salud, emitidos a través de Resolución Ministerial de fecha 31 de enero de 2014; Norma técnica para los departamentos de estadística y documentos médicos de hospitales nacionales, emitidos a través de Resolución Ministerial N° 833, de fecha 2 de octubre de 2003; Norma técnica para los departamentos de estadística y documentos médicos de establecimientos de salud del primer nivel, emitidos a través de Resolución Ministerial N°832, de fecha 2 de octubre de 2003; Guía técnica de atención en planificación familiar, emitida en diciembre de 2008.</p>
Acuerdo 1053 de Creación del centro nacional de farmacovigilancia	<p>ACUERDA: Art. 1.- Créase el Centro Nacional de Farmacovigilancia, en adelante CNFV, como una instancia dependiente del MINSAL responsable de Coordinar las actividades de Farmacovigilancia de los medicamentos autorizados para su comercialización y distribución a nivel nacional. El CNFV será dirigido por un Coordinador que dependerá de la Dirección de Tecnologías Sanitarias.</p> <p>Art. 2.- El CNFV establecerá los mecanismos de coordinación necesarios con la Dirección Nacional de Medicamentos. De igual forma deberá establecer mecanismos de comunicación con los establecimientos de salud públicos y privados, con los profesionales de salud y las personas naturales o jurídicas que sean responsables del registro sanitario, fabricación, importación, distribución y comercialización, a fin de garantizar el uso seguro y efectivo de los medicamentos.</p>
Acuerdo 1904 de Creación de oficinas sanitarias internacionales	<p>Créase las Oficinas Sanitarias Internacionales que como la autoridad competente para responder a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia nacional o internacional. El objeto de la Oficinas Sanitarias Internacionales es fortalecer la vigilancia epidemiológica, para la detección de eventos de importancia en salud pública, brindando asistencia a los viajeros que lo requieran, implementando medidas de control y actividades de saneamiento ambiental.</p>
Acuerdo 1864 de Modificación de Unidad de Vigilancia Laboratorial y de las Ares que la conforman	<p>Sustituir la denominación de la Unidad de Vigilancia Laboratorial, por la de "Red Nacional de Vigilancia Laboratorial en Salud y Laboratorio Nacional de Referencia".</p> <p>Sustituir la denominación de las Áreas de la Unidad de Vigilancia Laboratorial, de la siguiente forma: "Área de Laboratorio de Vigilancia en Salud", en sustitución de "Área de Laboratorio Clínico"; "Área de Laboratorio de Control de Calidad de Alimentos y Toxicología", en sustitución de "Área de Laboratorio de Control de Calidad de Alimentos y Aguas"; y "Área de Laboratorio de Salud y Medio Ambiente", en sustitución de "Área de Laboratorio de Seguridad Microbiológica Ambiental".</p>
Bases para la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud	<p>El presente documento tiene como propósito servir de referencia y ampliación para el análisis de los recursos humanos, y es una ampliación del documento base para la Política Nacional de Recursos Humanos cuyo diseño e implementación implica una serie de flujos e interacciones entre los diversos actores del campo de los recursos humanos y que conlleva procesos comprometidos de tomas de decisiones del más alto nivel, elaborado por el Dr. Pedro Brito, Consultor de OPS/OMS, en el 2010; su objetivo es caracterizar la situación de los recursos humanos en El salvador.</p>
Constitución de la república de El Salvador	<p>SECCION CUARTA SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL</p>

	<p>Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.</p> <p>Art. 66.- El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento.</p> <p>Art. 67.- Los servicios de salud pública serán esencialmente técnicos. Se establecen las carreras sanitarias, hospitalarias, paramédicas y de administración hospitalaria.</p> <p>Art. 68.- Un Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo.</p> <p>Art. 69.- El Estado proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia.</p> <p>Art. 70.- El Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo.</p>
<p>Derogatoria de reglamento general de hospitales del MINSAL</p>	<p>Derógase el Decreto Ejecutivo No. 55 de fecha 10 de junio de 1996, que contiene el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud. Se debe considerar: Que de conformidad con el Art. 65 de la Constitución de la república. ; Que de conformidad a lo establecido en el Art. 41, número 4) del Código de Salud, le corresponde al Ministerio de Salud organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias. ;Que de acuerdo al Art. 67 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, cada Ministerio debe contar con un Reglamento Interno y de Funcionamiento cuando fuere necesario, que determinará la estructura administrativa, el funcionamiento de cada unidad, entre otras disposiciones administrativas; por lo cual, debe el Ministerio de Salud definir la organización de sus servicios, especialmente en lo referente a la prestación de servicios de salud en los establecimientos hospitalarios de la Red Pública Nacional, lo cual deriva de su potestad reglamentaria de organización y distribución interna, así como de la dirección de los sectores de su actividad administrativa, lo que deviene de la atribución constitucional para gestionar los negocios públicos que corresponden a cada Ministerio; Que el Reglamento a que se refiere el segundo considerando no se ajusta a las necesidades de funcionamiento de la Red de Hospitales, por lo que se considera imprescindible la emisión de un nuevo Reglamento General de Hospitales que esté acorde a la reforma de salud, con funcionamiento en las Redes Integrales e Integradas del Servicio de Salud.</p>
<p>Disposiciones de Garantía Estatal de la Salud y la Seguridad Social</p>	<p>Art. 1.- La salud pública y la seguridad social se consideran respectivamente un bien público y un servicio público de carácter obligatorio, según lo establecido en los artículos 65 y 50 de la Constitución de la República. Es obligación del Estado velar por la conservación, mantenimiento y desarrollo de los mismos.</p> <p>Art. 2.- Se consideran servicios de salud pública y seguridad social los que prestan las y los médicos generales y de las diferentes especialidades, laboratoristas, técnicos, enfermeras, personal administrativo y de servicios generales cuyas funciones sean las de auxiliar la atención de consultas, hospitalización, rehabilitación y en general los servicios encaminados a garantizar la salud en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en la red hospitalaria y de Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.</p>

	<p>Art. 3.- Se prohíbe la privatización, concesión, compra de servicios, subcontratación o cualquier modalidad que se encamine a transferir a entidades privadas la prestación de servicios de salud pública y seguridad social que se presten en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en la red hospitalaria y de Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como de todos aquellos servicios que sirvan de apoyo para la prestación de los mismos.</p> <p>Art. 4.- Las disposiciones del presente decreto, dado su carácter de norma especial, deroga aquellas que fueron promulgadas con anterioridad y que contradicen el presente texto.</p>
<p>Acuerdo No. 165. Estructura Organizativa del MINSAL</p>	<p>ESTRUCTURA ORGANIZATIVA</p> <p>Art. 1.- De la Titular depende directamente. Las relaciones con las entidades externas tales como: Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD), Consejo Nacional de Salud (CNS) y Auditoría Externa, será de manera directa con la Titular.</p> <p>Art. 2.- Dependencias del Vice Ministerio de Políticas Sectoriales.</p> <p>Art. 3.- Dependencias del Vice Ministerio de Servicios de Salud.</p> <p>Art. 4.- Dependencia de la Gerencia de Operaciones.</p> <p>Art. 5.- Derógase la Estructura Organizativa, emitida a través de la Resolución Ministerial número veintitrés, y la oficialización de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones (DTIC), emitida mediante la Resolución Ministerial número noventa y uno.</p>
<p>Acuerdo No. 1067. Se oficializan formatos para realizar evaluación curricular.</p>	<p>Oficializar una tabla estructurada para evaluación de curriculum vitae, instructivo para el desarrollo de la entrevista técnico profesional de aspirantes a residencia médica y odontológicas, hoja estructurada para entrevista técnico profesional formato No. 1 entrevista no estructurada y Formato No. 2 Entrevista Estructurada. Según el grado de organización y complejidad de las entrevistas se podrán clasificar como estructuradas o no estructuradas.</p>
<p>Manual de procedimientos técnico y bioseguridad de la toma, manejo y envío de muestras para la confirmación de influenza pandémica en humanos.</p>	<p>Dentro de su contenido se establecen los procedimientos de bioseguridad del personal, y los procedimientos técnicos para la toma, envío y transporte de muestras con la finalidad de confirmar el diagnóstico de la enfermedad. Adicionalmente se incluyen anexos que orientan de manera práctica a los que serán sujetos de aplicación.</p> <p>Este documento se pone a disposición de los miembros de los Equipos de Respuesta Rápida, al cuerpo médico, enfermeras, personal de laboratorio y todo el personal de salud involucrado.</p> <p>El presente manual recopila los lineamientos técnicos y medidas de bioseguridad requeridos para lograr los mejores resultados de las muestras biológicas obtenidas de humanos, en el caso que se presente uno ó más casos sospechosos de influenza H5N1 y en el contexto inicial de influenza pandémica. Está dirigido principalmente a personal de salud que tomará, manejará y enviará las muestras, y a aquellos que entrarán en contacto con las mismas o sus desechos. Este documento se presenta en seis apartados: Bioseguridad, los procedimientos específicos en orden de prioridad (Hisopado Faríngeo, Aspirado Nasofaríngeo, Espujo, Aspirado Traqueal, Sangre con EDTA, Muestra de Suero Pareadas, Hisopado Rectal, LCR y Muestras de tejido pulmonar); el envío y transporte de muestras a laboratorio central, consecuencias del error en la toma, manejo y envío de muestras; y finaliza con la confirmación diagnóstica de la enfermedad. Adicionalmente se incluyen anexos para profundizar en detalles.</p> <p>El presente manual es uno más de los instrumentos que contribuyen en la preparación y orientación del personal de salud, a fin de mejorar sus respuestas en el momento que se requiera ante una eventual pandemia; y</p>



PLAN ESTRATÉGICO  
INSTITUCIONAL PERÍODO  
2013-2018

en su aplicación permitirá contribuir en los procesos de diagnóstico que apoyen a la toma de decisiones en salud pública para minimizar el impacto en la salud de la población salvadoreña.

El Plan Estratégico Institucional (PEI) que tiene el propósito de guiar el quehacer de la Institución durante el período 2013-2018 para cumplir con las funciones que le asigna la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA). La elaboración del PEI partió del análisis situacional producto del diagnóstico del entorno y de las condiciones internas del El Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA); así como, del examen de las implicaciones que tienen las competencias que le asigna la LEPINA en el trabajo de la institución, tanto en el plano estratégico como operativo.

Los elementos claves que componen el PEI son, en primer lugar, el Pensamiento Estratégico, establecido en la misión, visión, valores y políticas institucionales, que orienta las líneas estratégicas, los objetivos estratégicos y específicos, así como los resultados a alcanzar en el periodo que son las metas establecido para este plan. Además, se desarrolla la estrategia de intervención de las tres líneas sustantivas de trabajo del CONNA en las Matrices Superiores de Planeación Estratégica y en las Matrices de Objetivos, Resultados e Indicadores.

De igual manera, se incluye la descripción general del proceso a desarrollar para dar seguimiento y evaluar el PEI, que permitirá dar monitoreo sistemático a la implementación del mismo para hacer los ajustes necesario ante las variaciones en el entorno y en las situaciones internas que se enfrenten durante la ejecución, sin sacrificar los resultados establecidos para el quinquenio.

El proceso de planificación estratégica institucional, ha permitido alinear los objetivos estratégicos con la misión institucional del CONNA, para garantizar una gestión eficaz y transparente, capaz de rendir cuentas ante el Estado, la sociedad y las familias salvadoreñas. Como herramienta gerencial, el PEI facilitará articular el trabajo institucional a través de los Planes Operativos Anuales (POA) institucionales, con sus respectivos presupuestos, y los Planes Anuales de Trabajo (PAT) de las dependencias.

El PEI será, además, la herramienta fundamental para el control de la gestión, pues el seguimiento de los POA articulados al mismo, aportarán información oportuna para la toma de decisiones en el Consejo Directivo, la Dirección Ejecutiva y las Subdirecciones; lo que permitirá optimizar el uso eficiente de los recursos para alcanzar los objetivos estratégicos y específicos a partir de las acciones estratégicas y actividades permanentes que se realizaran, orientadas a través de la gestión por resultados.

El CONNA con la aprobación del PEI 2013-2018, cuenta con la herramienta institucional que facilitará que toda actuación institucional se realice con visión estratégica, enfocadas a cumplir con la LEPINA y los Convenios y Tratados sobre derechos de las niñas, niños y adolescentes, suscritos por el Estados salvadoreño.

Cabe destacar que con el PEI 2010-2014 del CONNA, el país cuenta con una Institución que ha definido con claridad los resultados que se propone alcanzar y el camino a seguir en los próximos cinco años, para cumplir sus funciones como ente rectora de la Política Nacional de Protección de la Niñez y de la Adolescencia, y máxima autoridad del Sistema de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia, en el ámbito nacional y local.

PLAN CONTINGENCIAL  
INVERNAL DE SALUD

El MINSAL pretende acortar progresivamente las brechas en el goce de este derecho a la salud y eliminar los impedimentos para acceder al

mismo, cambiando el modelo de atención a un modelo integral basado en atención primaria, estructurándose en redes integrales e integradas de salud.

Antes del 2009 nuestro país era el más vulnerable del mundo, debido al abandono, deterioro y desmantelamiento del estado producto de una agresiva política neoliberal visualizándose la falta de planificación estratégica de las urbanizaciones, escasas obras de infraestructura pública, condicionando a la población a producir y reproducirse en condiciones de alta vulnerabilidad.

El enfoque biomédico implantado para colocar a la salud en función de la generación de ganancias y reproducción del capital ha hegemonizado por décadas la configuración y el funcionamiento de los sistemas de salud, incluyendo el de El Salvador. Este enfoque concibe la situación de salud como un conjunto de factores individuales tales como la biología humana, la genética y los estilos de vida, coyunturalmente ligados a algunos factores ambientales, concepción cuya versión más avanzada es el enfoque de riesgo. Lo que supone que los impactos del cambio climático en la región y en el país son más sentidos debido a las grandes inequidades en la distribución de la tierra y el acceso a la riqueza. A pesar que el informe del 2014 sobre Cambio Climático, denominado: impactos, adaptación y vulnerabilidad, establece que “Actualmente la carga mundial de mala salud humana a causa del cambio climático es relativamente pequeña en comparación con los efectos de otros factores de estrés y no está bien cuantificada. Lo cierto es que ha existido una creciente omisión a la literatura científica que vincula los impactos a la salud del cambio climático eludiendo la responsabilidad de las grandes economías basada en carbono, las enfermedades de transmisión hídrica que tienen su base en la falta de acceso a agua segura para consumo humano que junto a las sequías producen desnutrición severa siguen siendo la primera causa de mortalidad infantil y una de las primeras causas de consulta en países subdesarrollados. Así mismo en países desarrollados se ha producido un aumento de la mortalidad asociada al calor y una disminución de la mortalidad asociada al frío en algunas regiones como resultado del calentamiento.

La Reforma de Salud iniciada en 2009 y profundizada en este gobierno, cuestiona sustancialmente este enfoque, partiendo de que la salud está socialmente determinada y articula los factores anteriormente citados con el modelo de desarrollo, con el modo de producción en que se basa y el entorno inequitativo que configura (social, ambiental, histórico y político).

Aborda prioritariamente en el ámbito local, las condiciones históricas de vida, trabajo y reproducción social de las personas y los grupos humanos, puesto que no es posible generar cambios favorables en la salud de los pueblos si no se actúa sobre tales condiciones. Para ello es particularmente importante fortalecer y renovar la capacidad científico-técnica del personal de salud, pero al mismo tiempo es necesario sumar la toma de conciencia, la participación y el empoderamiento de la gente en la toma de decisiones sociales y políticas, en la lucha por una mejor distribución de la riqueza y por la organización y gestión de las respuestas sociales.

Ante la presencia de las situaciones antes mencionadas el MINSAL pone a disposición toda la red de establecimientos de salud en el marco de preparativos para emergencias y desastres la red de establecimientos de salud elabora sus planes de emergencia y contingencia bajo lo establecido en el documento regulatorio “Lineamientos para la elaboración de planes de Desastres, emergencias y contingencias”, facilitando la planificación en

emergencias y desastres.

La organización para la respuesta ante situaciones de emergencias y desastres responde a una estructura piramidal para la conducción y operativización de las acciones de salud, activando los diferentes niveles de la organización desde el nacional hasta el local. A nivel nacional se establecen lineamientos generales para las intervenciones de salud planteadas en este plan; el nivel regional gestionará y monitoreará la respuesta en toda la red de establecimientos de salud a través de los SIBASIS. El nivel local ejecuta las acciones de salud de forma operativa a través de las diferentes microredes municipales e intermunicipales, logrando la participación e integración de las unidades comunitarias de salud familiar para la realización de acciones conjuntas en las áreas afectadas.

El objetivo principal de las políticas, planes y proyectos del Ministerio de Salud para el presente quinquenio es el de asegurar, progresivamente, el acceso y la cobertura universales en salud, con énfasis en la calidad de atención a la población salvadoreña, garantizar la salud como un derecho humano y brindar sustentabilidad jurídica y financiera a la Reforma de Salud para fortalecer la rectoría, la integración y la gobernanza del Sistema Nacional de Salud.

Igualmente importante es la dinamización de la salud en las políticas intersectoriales para el abordaje de los determinantes sociales tanto de las enfermedades transmisibles, las epidemias y las enfermedades crónicas que tienen un peso progresivo en la mortalidad general, en la generación de muertes prematuras en personas menores de setenta años que provocan no sólo una disminución en la productividad y el desarrollo del país, sino que también generan un nivel exponencial de gastos en la atención de salud para el Sistema Nacional que, en la mayoría de las ocasiones, se convierten en gastos catastróficos para las familias y las personas.

Los diferentes problemas de salud en el curso de vida de las personas desde la concepción, la niñez, la adolescencia, la adultez y la tercera edad, definen una demanda amplia y diversa a los servicios de salud, a la que el Ministerio de Salud, brinda una respuesta por medio del Plan Estratégico Institucional, de acuerdo a las necesidades de la población. Esto requiere de modelos de organización de las redes de servicios basados en la Atención Primaria de Salud y en el Modelo de Salud familiar, así como la implantación, progresiva, durante este quinquenio, del Modelo de Salud Urbana.

Lo anterior precisa de un fortalecimiento importante de la Promoción de la Salud, que incluye la organización y participación social, la intersectorialidad y la creación de condiciones para fomentar la salud en todas las políticas públicas desde el nivel central y en los territorios a nivel nacional, ya que el abordaje de los determinantes sociales de la salud trasciende la responsabilidad del sector salud.

El desarrollo del personal del MINSAL tiene un rol clave para el logro de los objetivos planteados en el Plan Estratégico Institucional, para brindar una atención integral con calidad y calidez, para garantizar la salud como un derecho humano y para facilitar el abordaje multidisciplinario y el arte de realizar una gestión basada en resultados.

El Gobierno del Presidente Salvador Sánchez Cerén está comprometido con la humanización de la atención en salud, con contraloría social en la cual la ciudadanía tiene la oportunidad de plantear demandas y obtener respuestas de la red de servicios relativas a la calidad y calidez en la atención.

<p>Plan de implementación de la política nacional de medicamentos</p>	<p>El Plan Estratégico Institucional refleja un pensamiento renovado en la visión, misión y valores que deben inspirar y orientar el quehacer de cada funcionario en la profundización de la Reforma de Salud de acuerdo a sus competencias en todos los niveles del territorio nacional. Refleja, además, un fiel alineamiento con el Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019, presenta los objetivos y acciones estratégicas con sus resultados e indicadores que serán sujetos de monitoreo y evaluación en el Observatorio de la Reforma de Salud que ha comenzado su funcionamiento, durante el presente año, con la recopilación de la información, la identificación de brechas y la definición de indicadores para el seguimiento y evaluación.</p> <p>La salud es un derecho humano, parte del desarrollo, parte del buen vivir y pilar fundamental en la construcción de un mejor país para las presentes y las futuras generaciones.</p> <p><b>PRIMER COMPONENTE: ACCESO</b></p> <p>Estrategia 1.1. Asegurar la accesibilidad económica a los medicamentos en el sector público, a través de la implementación de medidas de contención de costos, tales como la negociación conjunta de precios a nivel nacional e internacional y en el sector privado mediante una regulación efectiva del mercado farmacéutico.</p> <p>Estrategia 1.2. Asegurar un financiamiento sostenible que permita ampliar gradualmente la cobertura de medicamentos y vacunas de calidad, seguridad y eficacia demostrada, para ser dispensados en los establecimientos de atención del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Estrategia 1.3. Mejorar los procesos de suministro de medicamentos que respondan a las necesidades reales, a los precios más bajos posibles, cumpliendo con las normas de calidad vigentes, que evite el desabastecimiento mediante entregas controladas por parte de proveedores precalificados que cumplan con el 100% de las normas de Buenas Prácticas de Manufactura para garantizar la confiabilidad, eficiencia y transparencia del proceso, en todas las instituciones prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud.</p> <p><b>SEGUNDO COMPONENTE: CALIDAD, SEGURIDAD Y EFICACIA</b></p> <p>Estrategia 2.1. Revisar, actualizar y completar el marco regulatorio que garantice la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, tomando en consideración las recomendaciones de los organismos internacionales de referencia, tanto en los procesos de registro sanitario como en la vigilancia post-registro o comercialización. Se pondrá especial énfasis en la actualización de los contenidos y los mecanismos de implementación de las normativas de Buenas Prácticas de Manufactura, Almacenamiento y Distribución y Transporte por parte de los laboratorios productores y las empresas importadoras/distribuidoras que proveen los productos tanto al sector público como al privado.</p> <p>Estrategia 2.2. Fortalecimiento de la institucionalidad para ejercer la rectoría y ejecución de la vigilancia de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, garantizando la transparencia y la eliminación de los conflictos de interés al interior de las dependencias del Estado encargados de aplicar la normativa.</p> <p><b>TERCER COMPONENTE: USO RACIONAL</b></p> <p>Estrategia 3.1. Crear la estructura organizativa de carácter permanente necesaria para desarrollar el Programa Nacional de Uso Racional de Medicamentos en todos sus componentes y en coordinación con las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Estrategia 3.2. Desarrollar o actualizar la legislación y regulación necesaria para promover el uso racional de los medicamentos, aplicable al proceso</p>
---	---

Plan de implementación de la política Nacional de desarrollo de recursos Humanos en salud

de autorización sanitaria (registro), adquisición por parte del sector público, comercialización, prescripción, dispensación, promoción y publicidad, consumo y administración.

Estrategia 3.3. Implementar medidas de tipo educativo y concientización en los prescriptores, dispensadores, pacientes, líderes de opinión y líderes comunitarios, para fomentar el uso racional de los medicamentos tanto en los establecimientos públicos como en la práctica privada de la medicina.

Objetivos:

Objetivo 1: Fortalecer los procesos de planificación de los RHS, para adaptar de forma gradual la fuerza laboral a los requerimientos del SNS.

Objetivo 2: Desarrollar y fortalecer los mecanismos de coordinación y cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud, a fin de que los recursos que se formen, den respuesta al derecho humano a la salud.

Objetivo 3: Establecer el conjunto de normas y estructuras básicas, que regulan los mecanismos de ingreso, salario, desarrollo, capacitación, evaluación, ascenso, promoción y egreso del personal de salud mediante el establecimiento de la Carrera Sanitaria del SNS.

Objetivo 4: Generar una cultura institucional que fomente las relaciones laborales, armoniosas y constructivas para el buen desempeño de las personas trabajadoras, así como el mejoramiento de los ambientes de trabajo seguros y el trato digno.

Objetivo 5: Facilitar a los RHS el acceso a oportunidades de desarrollo técnico y profesional de forma equitativa y sostenible, que garanticen las competencias requeridas en los recursos para cumplir con los objetivos de la Política Nacional de Salud.

Objetivo 6: Promover la generación de información fidedigna, actualizada e integrada a nivel nacional, como base para los procesos de planificación y conocimiento en el campo de los RHS, a través del desarrollo de investigaciones y la utilización de los sistemas de información que faciliten la toma de decisiones.

Estrategias:

Estrategia 1.1 Establecer el marco nacional de planificación de RHS, que defina los recursos necesarios para el adecuado funcionamiento de las instituciones que conforman el SNS.

Estrategia 2.1 Establecer un Sistema Nacional de Especialidades en Salud concertado.

Estrategia 2.2: Reorientación de la formación profesional y técnica en salud acorde a los requerimientos de la SNS.

Estrategia 3.1: Evaluar la factibilidad e implementar la Carrera Sanitaria para el conjunto de las personas trabajadoras de salud del SNS.

Estrategia 4.1 Propiciar condiciones de trabajo digno para la fuerza laboral en salud (personal de salud y administrativo).

Estrategia 5.1 Asegurar la educación permanente y en servicio para todas las personas trabajadoras del SNS.

Estrategia 6.1 Favorecer la generación de información y conocimiento científico en el campo de los RHS, para la toma de decisiones.

Plan intersectorial para la atención integral de la salud de la población adolescente y joven

El Plan intersectorial para la atención integral de la salud de la población adolescente y joven, tiene como finalidad responder a las necesidades específicas de dicho grupo de población, en el marco de la Atención Primaria en Salud Integral (APSI), la Política Nacional de Salud 2009-2014 y el marco regulatorio y normativo vigente. En el último año, con el apoyo de instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG's) y agencias de cooperación, se han concretado

avances en la elaboración del marco regulatorio, desarrollo del recurso humano y la implementación de estrategias de promoción de la salud y la mejora de la calidad en la atención materna de las adolescentes en el marco de la implementación de la Reforma de Salud.

La atención integrada e integral para adolescentes y jóvenes se enmarca en la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a través del funcionamiento en las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), para lograr el abordaje de las determinantes sociales de la salud que afectan a la familia y comunidades salvadoreñas. Esto requiere del apoyo de instituciones públicas, privadas, participación social y de los(as) adolescentes y jóvenes como protagonistas de su propio desarrollo, en el ámbito local, municipal y nacional.

En el Plan se describen los antecedentes, situación de salud de adolescentes, marco legal, marco conceptual, objetivos, líneas de acción, plan de acción y metas quinquenales. Las líneas de acción contienen los objetivos, resultados e indicadores de calidad los cuales permitirán realizar un monitoreo y evaluación del cumplimiento de los avances obtenidos.

Además se enuncian las intervenciones dirigidas al fortalecimiento de las instituciones, recursos humanos, sistemas de información, organización de redes sectoriales y de la participación juvenil y comunitaria, para el mejoramiento de la prestación y asegurar el acceso a los servicios de salud para adolescentes y jóvenes.

Se establecen metas quinquenales basadas en prioridades identificadas de la situación actual de adolescentes y jóvenes, con el compromiso de reducir los riesgos a los cuales se ve expuesta esta población, principalmente en lo relacionado a: embarazo en la adolescencia, violencia que afecta a jóvenes, adicciones, infecciones de transmisión sexual y el VIH/ sida.

Política de Ahorro y Austeridad del Sector Público

#### OBJETIVO

El objetivo general de la Política de Ahorro y Austeridad del Sector Público correspondiente al ejercicio financiero fiscal 2013, consiste en generar ahorro, impulsando una administración honesta, eficiente y transparente del gasto público, promoviendo que éste se ejecute con criterios de austeridad y racionalidad, con el fin de reducir el déficit fiscal y garantizar la sostenibilidad fiscal del país, a efecto de darle cumplimiento a las prioridades nacionales y metas establecidas en cada institución.

#### ALCANCE

La Política de Ahorro y Austeridad del Sector Público 2013 será de aplicación obligatoria, a partir de su vigencia, en todas las dependencias del Gobierno Central e instituciones Descentralizadas No Empresariales, así como las Instituciones y Empresas Estatales de carácter autónomo, inclusive la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social; también deberán cumplir con las disposiciones de la presente Política las entidades e instituciones que se costeen con fondos públicos o que reciban subvención o subsidio del Estado, excepto el Instituto de Garantía de Depósitos.

Política de Ahorro y Austeridad del Sector Público

#### OBJETIVO

El objetivo general de la Política de Ahorro y Austeridad del Sector Público correspondiente al ejercicio financiero fiscal 2012, consiste en generar ahorro y que el gasto se ejecute con criterios de austeridad y racionalidad, a efecto de darle cumplimiento a las prioridades y metas establecidas en cada institución.

#### ALCANCE

Art. 2.- La Política de Ahorro y Austeridad del Sector Público 2012 será de

Política Nacional de Salud  
2015- 2019.

aplicación obligatoria a partir de su vigencia en todas las Dependencias Centralizadas y Descentralizadas del Gobierno de la República, las instituciones y empresas estatales de carácter autónomo inclusive la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social; y las entidades e instituciones que se costeen con fondos públicos o que reciban subvención o subsidio del Estado.

También se regirán por el presente Decreto, las entidades oficiales que se costeen con fondos del Erario o que tengan subvención o subsidio de éste; excepto el Instituto de Garantía de Depósitos, el Órgano Legislativo y el Órgano Judicial, conforme a lo establecido por el Art. 12 de la Ley de Presupuesto vigente.

El Ministerio de Salud (MINSAL), desde el año 2009 inició la más ambiciosa reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS) que se haya realizado en la historia de El Salvador; reconoce a la salud como un derecho humano fundamental, promueve su inclusión en las políticas sociales y económicas del país, rechaza las acciones de mercantilización de la misma y la armoniza con la determinación social de la salud que identifica al proceso salud enfermedad como el resultado de las interacciones que el modelo hegemónico de desarrollo ejerce entre la naturaleza y la forma en que la sociedad se organiza y funciona mediante la interacción contradictoria de componentes socio-históricos, económicos, políticos, culturales, demográficos, ambientales y biológicos. Esta interacción entre naturaleza y sociedad es la que determina que las personas gocen o no de una vida saludable, plena y productiva, superando y ampliando la visión estática de la ausencia de enfermedad al incorporar a diversos sectores y actores para garantizar este derecho.

El segundo gobierno del cambio, liderado por el Presidente Salvador Sánchez Cerén, ha definido en su Plan de Gobierno 2014 – 2019 las acciones necesarias para consolidar los avances sociales básicos que garanticen los derechos humanos fundamentales, estableciendo el marco para acelerar la profundización de la Reforma de Salud a fin de avanzar la integración del SNS; fortalece la capacidad del MINSAL como ente rector, estableciendo alianzas estratégicas, incrementando el monto y el uso eficiente del gasto público en salud, mejorando la estructura, organización y funcionamiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) y otras acciones que confirman la necesidad de actualizar y plasmar a través de un proceso consultivo, las líneas estratégicas de la Política Nacional de Salud 2015-2019 que se concretan en el los planes territoriales de las diferentes instituciones del sistema.

Objetivo: Garantizar el derecho a la salud de todas las personas mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, sólido, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de determinación social de la salud y la aplicación plena de la estrategia de APS-I, sumando esfuerzos hacia la cobertura universal de salud, el acceso universal a la salud, búsqueda constante de la equidad y de un ambiente sano y seguro, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.

Principios de la Reforma de Salud: La presente Política Nacional de Salud se sustenta en los principios del proceso de reforma: transparencia, solidaridad, compromiso social, equidad, universalidad, gratuidad, intersectorialidad, participación social y organización comunitaria.

Ejes estratégicos de la Reforma de Salud: Para desarrollar y profundizar la Reforma de Salud, se han establecido diez ejes estratégicos: Redes Integradas e Integrales de Salud, Sistema de

Emergencias Médicas, Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias,

	<p>Intersectorialidad e Intrasectorialidad, Foro Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Información Estratégica en Salud, Desarrollo de Talento Humano en Salud, Violencia y Salud y Salud Ambiental.</p> <p>Estrategia 1. Avanzar en la construcción de un SNS integrado, basado en la APS-I y el abordaje de la determinación social de la salud para garantizar el derecho humano a la salud en la ruta hacia el Acceso Universal a la Salud, la Cobertura Universal de Salud y la identificación y combate de las inequidades en salud así como el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).</p> <p>Estrategia 2. Gestionar la eficiencia continuada del gasto público en salud y su aumento progresivo a no menos del 6% del Producto Interno Bruto (PIB), a fin de alcanzar la Cobertura Universal de la Salud y el Acceso Universal a la Salud.</p> <p>Estrategia 3. Coordinación de los mecanismos, fuentes de financiamiento (Presupuesto nacional, FOSALUD y cooperación externa reembolsable y no reembolsable) y rendición de cuentas en la estructura financiera del MINSAL a fin de avanzar progresivamente hacia la cobertura universal de salud y el acceso universal a la salud.</p> <p>Estrategia 4. Profundización y ampliación de los Ejes Estratégicos de la Reforma de Salud.</p> <p>Estrategia 5 Observatorio de la Reforma de Salud El observatorio se constituye en la instancia oficial para dar seguimiento a los avances y retos del proceso de reforma del sector. Es una herramienta integrada de gestión para aportar información y conocimiento que apoye el trabajo de los responsables de políticas y los tomadores de decisiones. Tendrá como marco de referencia el proceso de reforma (10 ejes actualmente establecidos) y como marco teórico la APS-I, la determinación social de la salud y el modelo de atención en salud basado en el individuo, familia y comunidad.</p>
<p>Reformas al Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud</p>	<p>Realizar las siguientes reformas al Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud:</p> <p>Art. 1. Refórmase el art. 5. Art. 2. Refórmase el Art. 11. Art. 3. Refórmase el inciso segundo del Art. 24. Art. 4. Refórmase el Art. 40. Art. 5. Refórmase el inciso segundo del Art. 52. Art. 6. Refórmase el inciso final del Art. 58. Art. 7. Refórmase el art. 59. Art. 8. Incorpórase el Art. 69-A. Art. 9. Refórmase inciso final del Art. 62. Art. 10. Refórmase el Art. 64. Art. 11. Refórmase el Art. 65. Art. 12. Refórmase el inciso cuarto del Art. 77. Art. 13. Refórmase el art. 78. Art. 14. Refórmase el inciso tercero del Art. 85. Art. 15. Refórmase el Art. 88.</p>
<p>Reforma 1 del acuerdo 236 sobre norma de salud bucal</p>	<p>ACUERDA emitir la siguiente reforma a la Norma Técnica de Atención en Salud Bucal,</p> <p>Art. 1.- Refórmase los literales b) y e) del numeral 2 Indicadores de procesos, del artículo 38 de la siguiente manera: b. Porcentaje de consulta</p>



	<p>odontológica en adolescentes de 10 años por año. e. Porcentaje de niños y niñas menores de un año recibiendo atención odontológica de primera vez en el año.</p> <p>Art. 2.- Adiciónase los literales j) y k) al numeral 2 Indicadores de procesos, del artículo 38 así: j. Porcentaje de consulta odontológica a la persona con discapacidad. k. Porcentaje de consulta odontológica a la persona veterana de guerra.</p> <p>Art. 3.- Adiciónase al artículo 41 el siguiente: Anexo 3: Flujograma de atención de los pacientes de la consulta odontológica en hospitales.</p> <p>Art. 4.- En los anexos deberá incorporarse el Flujograma de atención de los pacientes de la consulta odontológica en hospitales.</p> <p>Art. 5.- El presente Acuerdo entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.</p>
<p>Acuerdo No. 294.- Reforma al Reglamento de la Ley de Ética Gubernamental.</p>	<p>ACUERDAN la siguiente:  Reforma al Reglamento de la Ley de Ética Gubernamental</p> <p>Art. 1.- Adiciónase entre los artículos 30 y 31, el artículo 31 Bis, de la siguiente manera:  “EXCEPCIONES EN EL PROCEDIMIENTO PARA NOMBRAMIENTO O REELECCIÓN POR EL TRIBUNAL</p> <p>Art. 31 Bis.- No obstante lo establecido en los incisos primero y segundo del artículo anterior, en circunstancias excepcionales, el Tribunal nombrará o reelegirá como miembros propietario y suplente o como comisionado, a servidores públicos que denoten aptitudes para cumplir con las responsabilidades propias del cargo, sin que el puesto que ocupan o la función que realizan dentro de la Institución, sean los elementos determinantes.</p> <p>En tal caso, el Tribunal solicitará a la autoridad la remisión de la nómina de empleados, con el detalle de las actividades que realiza cada uno; y si lo considera necesario, podrá requerir la hoja de vida de los potenciales integrantes de la comisión o comisionado.</p>
<p>Reglamento Técnico Centro Americano – RCTA 71.03.37:07</p>	<p>El presente documento resuelve:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La Aprobación del reglamento técnico Centroamericano RTCA 71.03.37.07 Productos Higiénicos. Registro e Inscripción Sanitaria de Productos Higiénicos, que aparece como Anexo 1 de la presente Resolución.</li> <li>2) Aprobar el Reglamento Técnico Centroamericano RTCA 71.03.37.07 Productos Higiénicos. Etiquetado de Productos Higiénicos, que aparece como Anexo 2 de la presente Resolución.</li> <li>3) Aplicar, entre los Estados Parte, el Reconocimiento del Registro o Inscripción Sanitaria de Productos Higiénicos, que aparece como Anexo 3 de la presente Resolución.</li> <li>4) Los Reglamentos Técnicos Centroamericanos y el Reconocimiento Mutuo de Registros e Inscripción Sanitaria de Productos Higiénicos aprobados y que aparecen como Anexos a esta Resolución, forman parte integrante de la misma.</li> <li>5) Para efectos de vigilancia, las pruebas de evaluación de productos higiénicos serán las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas físicas</li> <li>• Poder desinfectante cuando aplique.</li> </ul> </li> <li>6) Los pagos por concepto de registro o reconocimiento y vigilancia sanitaria se aplicarán de conformidad con la legislación de cada Estado Parte.</li> </ol> <p>Información del Reglamento Técnico centroamericano:  Los respectivos Comités Técnicos de Normalización y de Reglamentación Técnica a través de los Entres de Normalización y de Reglamentación</p>

<p>Acuerdo No. 1251.- Reglamento Técnico Salvadoreño RTS 13.03.01:14 Manejo de los Desechos Bioinfecciosos.</p>	<p>Técnica de los Países de la Región Centroamericana y sus sucesores, son los organismos encargados de realizar el estudio o la adopción de los reglamentos técnicos. Están conformados por representantes de los sectores académico, consumidor, empresa privada y gobierno. Objetivo: Este reglamento técnico tiene como objeto establecer las condiciones y requisitos bajo las cuales se otorgara el registro e inscripción sanitaria de los productos higiénicos terminados.</p> <p><b>INFORME</b> Los Comités Nacionales de Reglamentación Técnica conformados en el Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica, son las instancias encargadas de la elaboración de Reglamentos Técnicos Salvadoreños. Están integrados por representantes de la Empresa Privada, Gobierno, Defensoría del Consumidor y sector Académico Universitario. Con el fin de garantizar un consenso nacional e internacional, los proyectos elaborados por los Comités Nacionales de Reglamentación Técnica se someten a un período de consulta pública nacional y notificación internacional, durante el cual cualquier persona puede formular observaciones. El estudio elaborado fue aprobado como RTS 13.03.01:14 MANEJO DE LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS por el Comité Nacional de Reglamentación Técnica. La oficialización del Reglamento conlleva el Acuerdo Ejecutivo del Ministerio correspondiente de su vigilancia y aplicación. Este Reglamento Técnico Salvadoreño está sujeto a permanente revisión con el objeto de que responda en todo momento a las necesidades y exigencias de la técnica moderna.</p> <p><b>OBJETO</b> Establecer los requisitos sanitarios que se deben cumplir para el manejo de los desechos bioinfecciosos.</p> <p><b>ÁMBITO DE APLICACIÓN</b> Aplica a toda persona natural o jurídica, que establecida en el territorio nacional y que por sus actividades genere, almacene o se dedique a recolectar, transportar, tratar y disponer los desechos bioinfecciosos</p>
<p>Resolución 158 comisión intersectorial desarrollo RRHH</p>	<p>Resuelve: Conformar la Comisión Intersectorial para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, cuya misión es ser una instancia de consulta y asesoría en temas prioritarios de Desarrollo de Recursos Humanos, para el MINSAL, como ente rector del Sistema Nacional de Salud con carácter interinstitucional e intersectorial, conformada por un delegado del campo de los Recursos Humanos de cada una las instancias e Instituciones que la conforman: Ministerio de Salud, Dirección de Educación superior del Ministerio de Educación, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Defensa/ Comandancia de Sanidad Militar, Ministerio de Trabajo, Organización Panamericana de la salud (OPS/OMS), Instituto Salvadoreño del seguro social (ISSS), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, Dirección General de Estadísticas y Censos, Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), Facultad de Medicina Universidad de El Salvador, Consejo de Universidades Privadas, Consejo Superior de Salud Pública, Junta de vigilancia de la Profesión Médica, Junta de Vigilancia de la Profesión de Enfermería, Consejo de Instituciones Formadoras de Recursos Humanos de Enfermería en El Salvador (CFRES), Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador (ANES), Colegio Médico de El Salvador, Movimiento de profesionales de la salud” Dr Salvador Allende”, Foro Nacional de la salud. Dicha comisión será coordinada por la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.</p>

<p>Reglamento Centroamericano 11.01.01:13- Buenas prácticas de laboratorio</p>	<p>Técnico RTS</p>	<p>Acuerda emitir el Reglamento Técnico Salvadoreño de: Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico.</p> <p>Informe. Los Comités Nacionales de Reglamentación Técnica conformados en el Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica, son los organismos encargados de coordinar la elaboración de Reglamentos Técnicos. Están integrados por representantes de la Empresa Privada, Gobierno, Organismo de Protección al Consumidor y Académico Universitario.</p> <p>Con el fin de garantizar un consenso nacional e internacional, los proyectos elaborados por los Comités se someten a un período de consulta pública nacional y notificación internacional, durante el cual puede formular observaciones cualquier persona natural o jurídica.</p> <p>El estudio elaborado fue aprobado como RTS 11.68.01:13 Buenas Prácticas de Laboratorio Clínico. ESPECIFICACIONES por el Comité Nacional de Reglamentación. La oficialización del Reglamento con lleva la ratificación por la Comisión Directiva y el Acuerdo Ejecutivo del Ministerio correspondiente de su vigilancia y aplicación.</p> <p>Este Reglamento está sujeto a permanente revisión con el objeto de que responda en todo momento a las necesidades y exigencias de la técnica moderna.</p> <p>Objeto del Reglamento: Este Reglamento Técnico establece requisitos mínimos de calidad y competencia, para garantizar las buenas prácticas de laboratorio, en la ejecución de los análisis clínicos, para el beneficio de sus usuarios.</p> <p>Campo de aplicación: Las disposiciones contenidas en el Reglamento Técnico, aplican al conjunto de los laboratorios que realizan análisis clínicos ya sean públicos o privados debidamente autorizados.</p> <p>Incumplimiento del RTS: Todo incumplimiento al presente Reglamento Técnico Salvadoreño, será sancionado de acuerdo a lo prescrito en las Leyes administrativas respectivas.</p>
<p>Reglamento Centroamericano 11.03.39:06- productos farmacéuticos. Validación de Métodos analíticos para la Evaluación de la calidad de los Medicamentos.</p>	<p>Técnico RTS</p>	<p>Los respectivos Comités Técnicos de Normalización y de Reglamentación Técnica a través de los Entes de Normalización y de Reglamentación Técnica de los Estados Parte del Protocolo de Guatemala y sus sucesores, son los organismos encargados de realizar el estudio o la adopción de los Reglamentos Técnicos. Están conformados por representantes de los sectores Académico, Consumidor, Empresa Privada y Gobierno.</p> <p>Este documento fue aprobado como Reglamento Técnico Centroamericano, RTCA 11.03.39:06, Productos Farmacéuticos. Validación de Métodos Analíticos para la Evaluación de la Calidad de los Medicamentos, por los Subgrupos de Medidas de Normalización y de Medicamentos y Productos Afines de los Países de la Región Centroamericana. La oficialización de este reglamento técnico, conlleva la aprobación por el Consejo de Ministros de Integración Económica de Centroamérica (COMIECO).</p> <p>OBJETO: Este reglamento técnico tiene por objeto establecer las directrices para la validación de métodos analíticos fisicoquímicos y microbiológicos utilizados en el control de calidad de medicamentos.</p> <p>ÁMBITO DE APLICACIÓN Las directrices del presente reglamento técnico deben ser aplicadas a todos los métodos analíticos no oficiales y oficiales utilizados para el control de calidad de medicamentos con el objetivo de cumplir las</p>

<p>Reglamento Técnico Centroamericano RTS 67.01.30:06- alimentos procesados. Procedimiento para otorgar la licencia sanitaria A fábricas y bodegas.</p>	<p>normativas vigentes de buenas prácticas de manufactura y buenas prácticas de laboratorio. Los laboratorios de control de calidad que utilizan métodos analíticos oficiales deben únicamente comprobar la linealidad y precisión del sistema.</p> <p><b>VIGILANCIA Y VERIFICACIÓN</b></p> <p>La vigilancia y verificación de este reglamento técnico corresponde a la Autoridad Reguladora de cada país.</p> <p>Los respectivos Comités Técnicos de Normalización o Reglamentación Técnica a través de los Entes de Normalización o Reglamentación Técnica de los países centroamericanos o sus sucesores, son los organismos encargados de realizar el estudio o la adopción de los Reglamentos Técnicos. Están conformados por representantes de los sectores Académico, Consumidor, Empresa Privada y Gobierno.</p> <p>Este documento fue aprobado como Reglamento Técnico Centroamericano, RTCA 67.01.30:06, Alimentos Procesados. Procedimiento para otorgar la licencia sanitaria a fábricas y bodegas, por el Subgrupo de Alimentos y Bebidas y el Subgrupo de Medidas de Normalización. La oficialización de este reglamento técnico, conlleva la aprobación por el Consejo de Ministros de Integración Económica (COMIECO).</p> <p><b>OBJETO:</b></p> <p>El presente reglamento tiene por objeto establecer el procedimiento para otorgar la licencia sanitaria a fábricas y bodegas de alimentos procesados.</p> <p><b>ÁMBITO DE APLICACIÓN:</b></p> <p>Las disposiciones de este reglamento se aplican a las fábricas de los Estados Parte en donde se producen alimentos procesados y a las bodegas de almacenamiento de los mismos. Estas disposiciones no se aplican a los alimentos no procesados.</p> <p><b>VIGILANCIA Y VERIFICACIÓN</b></p> <p>Corresponde la vigilancia y verificación de este reglamento técnico a las autoridades sanitarias competentes de cada Estado Parte centroamericano.</p>
<p>Reglamento Técnico Centroamericano RTS 67.01.32:06- requisitos para la importación de alimentos Procesados con fines de exhibición y degustación.</p>	<p>Los respectivos Comités Técnicos de Normalización o Reglamentación Técnica, a través de los Entes de Normalización o Reglamentación Técnica de los países centroamericanos o sus sucesores, son los organismos encargados de realizar el estudio o la adopción de las normas. Están integrados por representantes de la Empresa Privada, Gobierno, Organismos de Protección al Consumidor y Académico Universitario.</p> <p>Este documento fue aprobado como Reglamento Técnico Centroamericano RTCA 67.01.31:06 Procedimiento para la Importación de Alimentos Procesados con fines de Exhibición y Degustación, por el Subgrupo de Medidas de Normalización y el Subgrupo de Alimentos y Bebidas. La oficialización de este Reglamento Técnico, conlleva la aprobación por el Consejo de Ministros de Integración Económica (COMIECO).</p> <p><b>OBJETO:</b></p> <p>Este reglamento tiene por objeto establecer los requisitos para autorizar las importaciones de alimentos procesados que no cuenten con registro sanitario, para la exhibición y algunos casos para la degustación de los mismos.</p> <p><b>AMBITO DE APLICACIÓN:</b></p> <p>Este reglamento técnico se aplica a toda importación de alimentos procesados que no cuenten con registro sanitario para fines de exhibición y degustación.</p> <p><b>VIGILANCIA Y VERIFICACIÓN:</b></p>

<p>Reglamento Técnico Centroamericano RTS 67.01.33:06- industria de alimentos y bebidas procesados. Buenas prácticas de manufactura. Principios generales.</p>	<p>Corresponde la vigilancia y la verificación de este Reglamento Técnico a las Autoridades Competentes de los países Centroamericanos.</p> <p>Los respectivos Comités Técnicos de Normalización o Reglamentación Técnica a través de los Entes de Normalización o Reglamentación Técnica de los países centroamericanos y sus sucesores, son los organismos encargados de realizar el estudio o la adopción de Reglamentos Técnicos. Están conformados por representantes de los sectores Académico, Consumidor, Empresa Privada y Gobierno.</p> <p>Este documento fue aprobado como Reglamento Técnico Centroamericano, RTCA 67.01.33:06, Industria de Alimentos y Bebidas Procesados. Buenas Prácticas de Manufactura. Principios Generales, por el Subgrupo de Alimentos y Bebidas y Subgrupo de Medidas de Normalización. La oficialización de este reglamento técnico, conlleva la ratificación por el Consejo de Ministros de Integración Económica Centroamericana (COMIECO).</p> <p><b>OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN</b></p> <p>El presente Reglamento tiene como objetivo establecer las disposiciones generales sobre prácticas de higiene y de operación durante la industrialización de los productos alimenticios, a fin de garantizar alimentos inocuos y de calidad.</p> <p>Estas disposiciones serán aplicadas a toda aquélla industria de alimentos que opere y que distribuya sus productos en el territorio de los países centroamericanos. Se excluyen del cumplimiento de este Reglamento las operaciones dedicadas al cultivo de frutas y hortalizas, crianza y matanza de animales, almacenamiento de alimentos fuera de la fábrica, los servicios de la alimentación al público y los expendios, los cuales se regirán por otras disposiciones sanitarias.</p> <p><b>VIGILANCIA Y VERIFICACIÓN</b></p> <p>-Para verificar que las fábricas de alimentos y bebidas procesados cumplan con lo establecido en el presente Reglamento, la autoridad competente del Estado Parte en donde se encuentre ubicada la misma, aplicara la ficha de inspección de buenas prácticas de manufactura para fábrica de alimentos y Bebidas Procesados aprobada por los Estados Parte. Esta ficha deberá ser llenada de conformidad con la Guía para el Llenado de la Ficha de Inspección de Buenas Prácticas de Manufactura para Fábricas de Alimentos y Bebidas Procesados.</p> <p>- Las plantas que soliciten licencia sanitaria o permiso de funcionamiento a partir de la vigencia de este Reglamento, cumplirán con el puntaje mínimo de 81, de conformidad a lo establecido en la Guía para el Llenado de la Ficha de Inspección de Buenas Prácticas de Manufactura para Fábricas de Alimentos y Bebidas Procesados.</p>
--	---

Fuente: Centro Virtual de Documentación Regulatoria del MINSAL

### 2.2.3. Visitas a los diferentes centros de salud

Se visitó a las principales entidades de Salud en búsqueda de más información sobre las normas y modelos de calidad que son aplicadas en el país en la gestión de los hospitales, en donde se realizaron las vistas:

### **2.2.3.1. Consejo Superior de Salud Pública:**

**Atendidos por:** Ana Irett Morales – Encargada de área de gestión de la calidad.

#### **Historia**

Por mandato constitucional, El Consejo Superior de Salud Pública fue creado el 24 de agosto de 1956, tomando protesta de Ley e instalándose el primer Consejo Directivo el día 11 de septiembre de ese mismo año.

Inicialmente, el Consejo Superior de Salud Pública estaba conformado por su Presidente, Serafín Quiteño, su Secretario, el Br. Rosendo Aguilar Chavarría, y nueve miembros propietarios, y sus respectivos suplentes, quienes conformaban el Consejo Directivo, estos pertenecían a las profesiones de Medicina, Odontología y Químico Farmacéutica.

Para su funcionamiento contaba con la subvención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien además había donado la mayor parte del equipo con que se trabajaba. Fue en noviembre de 1992, que la Asamblea Legislativa aprueba la “Tabla de Ingresos por Derechos” que cobraría el Consejo Superior de Salud Pública; a partir de esa fecha le permite contar con nuevas fuentes de ingresos para su funcionamiento, fortaleciendo de esa forma sus unidades organizativas.

Con el pasar de los años y conforme a la Ley, el Consejo Directivo se constituyó con 21 miembros, tres de cada profesión relacionada a la salud, más su Presidente y Secretario.

En 1996, gracias al ahorro sostenido desde la entrada en vigencia del decreto antes mencionado, se pudo adquirir el edificio que actualmente alberga las oficinas administrativas y sus siete Juntas de Vigilancia.

#### **Filosofía**

##### *Misión*

Somos la autoridad legalmente constituida para regular, autorizar, vigilar y sancionar a los profesionales de salud y establecimientos prestadores de servicios de salud; incidiendo en el progreso de las profesiones de la salud.

##### *Visión*

Ser una institución reconocida, que contribuya a garantizar a la población su derecho a la salud, con transparencia, tecnicada y comprometida con la mejora continua; incidiendo en la actualización científico-técnica de los profesionales y establecimientos de salud para una prestación de servicios integrales y de calidad.

##### *Valores*

**Honestidad:** Cualidad humana que consiste en comportarse y expresarse con sinceridad y coherencia, respetando los valores de la justicia y la verdad.

**Respeto:** Valor que permite que la persona pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades de los individuos y de la sociedad así como sus derechos.

**Responsabilidad:** Virtud de tomar decisiones y acciones de manera consciente, diligente y oportuna, asumiendo las consecuencias que tengan.

Equidad: Identificar diferencias para ejecutar acciones de discriminación positiva que promuevan el equilibrio de las desigualdades naturales entre las personas.

Lealtad Institucional: Actuar con fidelidad a los fines del Estado y a los de la institución. Es una virtud que se desarrolla en la conciencia y que implica cumplir con un compromiso aún frente a circunstancias adversas.

**Visita:**

Se nos explica que el CSSP se rige por ART. 68 en donde se proclama que la institución debe velar por la salud del pueblo. Se puede verificar este artículo de constitución de la república de El Salvador.

*ARTÍCULO 68.- Un Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo. Es Estará formado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico y médico veterinario: tendrá un Presidente y un Secretario de nombramiento del Órgano Ejecutivo, quienes no pertenecerán a ninguna de dichas profesiones. La ley determinará su organización.*

*El ejercicio de las profesiones que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo, será vigilado por organismos legales formados por académicos pertenecientes a cada profesión. Estos organismos tendrán facultad para suspender en el ejercicio profesional a los miembros del gremio bajo su control cuando ejerzan su profesión con manifiesta inmoralidad o incapacidad. La suspensión de profesionales podrá resolverse por los organismos competentes con sólo robustez moral de prueba.*

*El Consejo Superior de Salud Pública conocerá y resolverá de los recursos que se interpongan en contra de las resoluciones pronunciadas por los organismos a que alude el inciso anterior.*

De la visita al CSSP se pudo verificar que manejan tres normas ISO, con las que realizan la mayoría de sus servicios, estos son:

1. La norma ISO 17020 contiene los requisitos que tienen que cumplir los ORGANISMOS DE INSPECCIÓN se desean demostrar que:
  - Poseen un sistema de gestión
  - Son técnicamente competentes
  - Son capaces de generar resultados técnicamente válidos

**CRITERIOS GENERALES DE LA NORMA ISO 17020**

- La norma ISO 17020 "Criterios generales para el funcionamiento de diferentes tipos de organismos que realizan la inspección".
  - Especifica los criterios generales sobre la competencia técnica de organismos imparciales que realizan inspección, independientemente del sector en que se desenvuelvan.
  - También especifica los criterios de independencia.
2. La norma ISO 15189:2012 contiene todos los requisitos que los LABORATORIOS CLÍNICOS QUE ANALIZAN MUESTRAS BIOLÓGICAS DE ORIGEN HUMANO, tienen que cumplir para demostrar que:

- Disponen de un sistema de gestión de la calidad.
- Son técnicamente competentes.
- Son capaces de producir resultados técnicamente válidos.

ISO 15189 fue elaborada por el Comité Técnico ISO/TC 212 (Clinical Laboratory Testing and In Vitro Diagnostic Systems) tomando como referencia las normas ISO / IEC 17025 e ISO 9001.

Se divide en dos partes, la parte de gestión correspondiente a los requisitos para la certificación del sistema de calidad y la parte técnica que describe los requisitos para el personal, instalaciones, equipos, procedimientos, garantía de calidad e informes. Es en esta última parte donde más se diferencia de la Norma en la que se basa, la Norma ISO 9001:2008. La Norma además tiene dos anexos a nivel informativo, uno referente a las recomendaciones para la protección de los sistemas de información del laboratorio y otro sobre la ética en el laboratorio clínico.

Esta norma acredita y demuestra de manera objetiva e independiente el compromiso de un laboratorio con la calidad y con la competencia técnica. Se demuestra así, una garantía sobre el funcionamiento del laboratorio, un control sobre sus procesos, así como capacidad para satisfacer los requisitos técnicos necesarios para asegurar una información vital para el diagnóstico clínico.

3. La norma ISO 17024 contiene los requisitos generales para los organismos que realizan certificación de personas para LA EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD los organismos de inspección se desean demostrar que:

Esta Norma Internacional contiene principios, requisitos y los criterios para un organismo de certificación de personas con respecto a requisitos específicos, e incluye el desarrollo y mantenimiento de un esquema de certificación de personas. Los temas que aborda ISO 17024 pueden resumirse en la evaluación de las competencias, donde las competencias se definen como: *La capacidad demostrada para aplicar conocimientos, habilidades y atributos.*

#### **2.2.3.2. Instituto Salvadoreño del Seguro Social:**

**Atendidos por:** Ingeniera Alicia Beatriz Azucena Martínez – Jefe de Sección Desarrollo y Gestión de Procesos

#### **Historia**

La creación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social se origina en la llamada “Época Oro de El Salvador”, cuando el desarrollo urbano y económico hacía florecer a la “pequeña gran ciudad” que ahora conocemos como San Salvador.

Como todo nacimiento, el ISSS tuvo que superar varios obstáculos para que los trabajadores salvadoreños contaran en esa época con los servicios de una institución de seguridad social que trabajara por suplir las necesidades médicas y otras prestaciones.

#### **Surgimiento del ISSS**

En 1923, representantes de varios países latinoamericanos se reunieron en la capital estadounidense para analizar asuntos continentales, y entre otros se mencionó la creación de los Institutos de Seguridad Social al más corto plazo. El Salvador fue signatario de este acuerdo.



Sin embargo, transcurrieron 22 años para que, mediante reformas a la Constitución de 1886, el Legislativo introdujera una norma en el artículo 57 que rezaba: "UNA LEY ESTABLECERÁ EL SEGURO SOCIAL CON EL CONCURSO DEL ESTADO, DE LOS PATRONOS Y DE LOS TRABAJADORES".

Así pasaron tres años más, y en 1948 el gobierno designó una comisión que se encargó de elaborar el Proyecto de Ley del Seguro Social. Esta Comisión, meses más tarde, se llamó Consejo Nacional de Planificación de Seguridad Social.

El 28 de septiembre de 1949 se decretó la primera Ley del Seguro Social (decreto 329). Luego, el 23 de diciembre del mismo año fue creado definitivamente nuestro Instituto. El primer director general del ISSS fue el Dr. Gregorio Ávila Agacio, quien fungió como tal desde mayo de 1950 a enero de 1952.

### **Filosofía**

#### *Misión*

"Somos una Institución de seguridad social comprometida a brindar de manera integral atención en salud y prestaciones económicas a los derechohabientes con calidad y calidez basados en los principios de la seguridad social."

#### *Visión*

"Ser una institución modelo en atención en salud, moderna, eficiente y orientada hacia la protección social universal".

#### *Valores Institucionales:*

- Eficiencia
- Ética
- Humanización
- Identidad
- Responsabilidad

### **Visita:**

Se nos explica que el ISSS que cuentan con su propia LEY DEL SEGURO SOCIAL Y REGLAMENTOS DEL REGIMEN GENERAL DE SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES, que está vigente desde 1997.

De la visita al ISSS y se verifica que se guían por la norma ISO 9001, pero no se encuentra certificada en la norma ISO 9001. Solo poseen esta norma internacional para la gestión de calidad en la atención hospitalaria.

#### **2.2.3.3. Organismo Salvadoreño de Normalización:**

##### **Historia**

Desde el año de 1992, en El Salvador la responsabilidad de dirigir y coordinar las actividades y la ejecución en materia de Normalización, Metrología, Verificación y Certificación de la Calidad, estuvo a cargo del Departamento de Normalización, Metrología y Certificación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) como parte de sus atribuciones.

A partir del 21 de julio del 2011, con la aprobación de la "Ley de Creación del Sistema Salvadoreño para la Calidad", la cual fue publicada en el Diario Oficial N° 158, Tomo N° 392,

del 26 de agosto de 2011 y que entro en vigencia a partir del 04 de septiembre de 2011, ha venido a constituir un gran paso en el mejoramiento de los esfuerzos y acciones de la infraestructura de la Calidad, creando al Organismo Salvadoreño de Normalización (OSN), como institución de derecho público, con personería jurídica y patrimonio propio, de carácter técnico, con autonomía económica, financiera y administrativa y que será la autoridad en materia de Normalización.

Entre las principales funciones de la ley, relacionadas en materia de normalización y evaluación de la conformidad se encuentran:

- Elaborar, actualizar, adoptar, adaptar, derogar y divulgar normas que faciliten la evaluación de la conformidad, el desarrollo de los sectores productivos y proveer las bases para mejorar la calidad de los productos, procesos y servicios.
- Fomentar la aplicación de las normas técnicas en los distintos sectores productivos.
- Contribuir y participar en el desarrollo de normas nacionales e internacionales.
- Elaborar y desarrollar un programa anual de normalización.
- Representar al país como miembro de las organizaciones regionales e internacionales de normalización.

Y también de conformidad con el Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Salvadoreño para la Calidad con lo dispuesto a la competencia y funciones del Organismo Salvadoreño de Normalización el OSN, para el cumplimiento de sus funciones deberá:

- Ser un organismo de consulta y asesoría en materia de normalización, de acuerdo a las solicitudes que las entidades estatales realicen.
- Promover la participación de los Comités Técnicos de Normalización en los Comités Técnicos Internacionales y Regionales de Normalización que sean de interés para el país.
- El OSN podrá desarrollar actividades de evaluación de la conformidad e implementará los requisitos establecidos en las normas y directrices nacionales e internacionales.
- El OSN podrá ofrecer servicios de capacitación en los temas de normalización. Así mismo, podrá desarrollar la venta de normas, publicaciones y servicios de asesoría, de conformidad a las tarifas autorizadas por el Ministerio de Hacienda, previa aprobación del Consejo.

### **Filosofía**

#### *Misión*

Proporcionar servicios de normalización, evaluación de la conformidad y formación, que contribuyan a la mejora de la competitividad y desarrollo de una cultura de calidad en el país.

#### *Visión*

Ser un organismo de normalización y evaluación de la conformidad de clase mundial.

#### *Valores Institucionales:*

- *Credibilidad: Confianza alcanzada al realizar el trabajo con ética, responsabilidad y compromiso.*
- *Comunicación: Resultado obtenido mediante la transparencia, claridad y veracidad en la transmisión de mensajes en la organización.*

- *Respeto: Actitud receptiva a la diversidad de opiniones, creencias y valores, manteniendo la armonía en las relaciones interpersonales dentro del marco laboral.*
- *Servicio al cliente: Disposición y actitud positiva para atender de forma eficiente las necesidades de los clientes*
- *Imparcialidad: Presencia real y percibida de la objetividad con la que presta sus servicios*
- *Confidencialidad: Se garantiza que la información del organismo es manejada por el personal autorizado resguardando la divulgación de la misma*
- *Responsabilidad: Cumplimiento de las obligaciones de acuerdo a lo previsto y cumpliendo con los requisitos establecidos en los diferentes sistemas de gestión de la calidad.*
- *Transparencia: Desarrollo de las actividades del organismo en cumplimiento de los requisitos legales.*
- *Competencia: Recurso humano con conocimiento, habilidades, aptitudes y actitudes para el desempeño planificado de las labores.*

***Política de Calidad:***

Satisfacer los requerimientos de los clientes brindando servicios de normalización, evaluación de la conformidad y formación de acuerdo a requisitos y procedimientos establecidos, a través de la gestión efectiva de recursos, contando con personal competente y comprometido con la mejora continua de nuestros procesos.

***Objetivos:***

- Lograr la satisfacción de los clientes.
- Brindar servicios de acuerdo a requisitos y procedimientos establecidos.
- Gestión efectiva de recursos.
- Personal competente y comprometido.

**Visita:**

Se nos explica que el OSN no se cuenta con una sección de normas de calidad para para el sector salud, lo que nos indica que no hay una norma o modelo específica para la atención hospitalaria que se pueda utilizar o se utilice a nivel nacional, ya sea para el sector público o privado. La OSN solo cuenta con la ISO 9001 y según información de personal que nos atendió se está trabajando en una norma de calidad para el sector salud.

**2.2.3.4. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud:**

**Atendidos por:** Ing. Campos Valle – Ex Empleado del Área de Normalización.

**Acerca de OPS/OMS El Salvador**

*La OPS es la Organización Internacional especializada en salud pública de las Américas.*

Trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

La OPS está comprometida a lograr que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita, de calidad, y sin caer en la pobreza. Por medio de su labor, promueve y apoya el derecho de todos a la salud.

Con el fin de lograr estas metas, fomenta la cooperación entre países y trabaja en forma colaborativa con los ministerios de Salud y otras agencias de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales, universidades, organismos de la seguridad social, grupos comunitarios y otros socios. La OPS vela porque la salud sea incluida en todas las políticas y porque todos los sectores hagan su parte para asegurar que las personas vivan más y mejores años de vida, porque la salud es nuestro recurso más valioso.

Los miembros de la organización representan a 52 países y territorios. Bajo su liderazgo, se establecen las prioridades sanitarias de la región para enfrentar juntos problemas comunes que no respetan fronteras y que, en muchos casos, pueden poner en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud.

La OPS viste dos sombreros institucionales: es la agencia especializada en salud del Sistema Interamericano y sirve como la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Desde su sede regional en Washington, DC, sus 27 oficinas en países de la región y sus tres centros especializados, impulsa decisiones basadas en evidencia para mejorar la salud y promueve la salud como motor del desarrollo sostenible.

### **Representación de la OPS/OMS en El Salvador**

La OPS/OMS en El Salvador comenzó en 1950 con un Convenio de Cooperación entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud, que fue ratificado el 30 de julio de 1954. desde entonces coopera técnicamente, en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud y con otras instituciones de salud y afines en los sectores público y privado. En la actualidad, bajo la conducción técnica, administrativa y política del Representante de la OPS/OMS en El Salvador, la Representación trabaja bajo una modalidad de cooperación técnica que incluye programas y proyectos en salud.

### **Filosofía**

#### *Misión*

Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.

#### *Visión*

La Oficina Sanitaria Panamericana será el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

#### *Valores Institucionales:*

- Equidad: Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables.
- Excelencia: Logro de la más alta calidad en lo que hacemos.
- Solidaridad: Promoción de intereses y responsabilidades compartidas, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes.
- Respeto: Aceptación de la dignidad y la diversidad de los individuos, grupos y países.
- Integridad: Garantía de un desempeño transparente, ético y responsable.

### **Visita:**

Se nos explica que en la organización se cuenta con funciones claras a la hora de hablar y definir la atención de pacientes, que cuenta con esfuerzos realizados para mejorar la salud en el país y que se basa de 7 factores para cumplir su objetivo de salud:

1. Nutrición, vivienda limpia y trabajo
2. Medio ambiente
3. Educación para la salud
4. Promoción de la salud
5. Medicina preventiva
6. Atención primaria de salud
7. Atención de salud de segundo y tercer nivel

El OSN/OPS cuenta con manuales para la prevención de la salud y la satisfacción del paciente. Donde se profundiza los requerimientos necesarios para brindar una atención hospitalaria ejemplar y un correcto control de pacientes. Todos los documentos se encuentran en el centro de documentación donde están acompañados de otros documentos básicos de temas de salud como es la atención, cuidado y control de pacientes.

### **2.2.3.5. Organismo Salvadoreño de Acreditación:**

#### **Historia**

Desde el 4 de enero de 1993 hasta el 04 de septiembre de 2011 la responsabilidad de desarrollar la infraestructura de calidad en El Salvador, estuvo a cargo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACYT, quien a través del Departamento de Normalización, Metrología y Certificación de la Calidad desarrollaba las actividades de normalización, metrología y acreditación. En 1995 se aprueba el Reglamento de Acreditación de Laboratorios de Ensayo y Análisis como herramienta para cumplir la ley de CONACYT y desarrollar la Red Nacional de Laboratorios Acreditados.

En 1996 se inicia con la conformación del padrón de evaluadores de CONACYT, con el fin de contar con profesionales competentes que apoyen la actividad de acreditación de los laboratorios y en 1999 se acreditan los dos primeros laboratorios.

En materia de acreditación, CONACYT desarrolló primero el esquema de acreditación de laboratorios de ensayo y calibración, contando hasta julio de 2011 con 21 laboratorios acreditados.

A lo largo de 19 años de trabajo, CONACYT buscó formar parte de organismos internacionales que fortalecerían la competencia de su personal, por lo que se suscribió como miembro pleno de la Cooperación Inter Americana de Acreditación (IAAC) y miembro afiliado de la Cooperación Internacional de Laboratorios (ILAC).

Con el objetivo de mejorar y desarrollar más la infraestructura de calidad, el Gobierno de El Salvador aprueba el 21 de julio de 2012 la Ley de Creación del Sistema Salvadoreño para la Calidad, la cual define al Consejo Nacional de Calidad (CNC), como máximo órgano rector y crea cuatro organismos técnicos quienes serán los responsables del desarrollo de la normalización, reglamentación técnica, metrología y la acreditación. De esta iniciativa surge

el Organismo Salvadoreño de Acreditación OSA, quien tiene bajo su responsabilidad acreditar laboratorios de calibración, pruebas o ensayos, organismos de inspección, organismos de certificación u otro esquema compatible.

Toda la experiencia técnica y el registro de los OEC acreditados con los que cuenta CONACYT son trasladados al OSA, quien es responsable a partir del 4 de septiembre de 2011 de adecuar fortalecer y desarrollar los servicios de acreditación para de los OEC de acuerdo al nuevo marco legal.

### **Que es El Organismo Salvadoreño de Acreditación (OSA)**

La función del Organismo Salvadoreño de Acreditación, OSA consiste en evaluar la competencia técnica de los organismos de certificación, inspección y laboratorios de ensayo y calibración, quienes a través de sus servicios, determina si un producto, proceso, sistema, persona u organismo cumple con los requisitos de acuerdo a normas y reglamentos.

El OSA, es el ente con la autoridad de ampliar, reducir, suspender o revocar acreditaciones otorgadas conforme a las normas nacionales o internacionales aplicables.

La misión del OSA, es demostrar de manera objetiva el cumplimiento de los requerimientos de normativas que permitan desarrollar una estructura de evaluación de la conformidad confiable y técnicamente competente.

El Organismo Salvadoreño de Acreditación OSA, ha desarrollado un sistema de gestión de Acreditación, basado en estándares internacionales y en cumplimiento con las disposiciones reglamentarias nacionales

### **Filosofía**

#### *Misión*

Acreditar a los organismos de Evaluación de la Conformidad que demuestren de manera objetiva el cumplimiento con los requerimientos de normativas nacionales e internacionales para desarrollar una estructura de evaluación de la conformidad confiable y técnicamente competente.

#### *Visión*

Constituirse en un organismo de acreditación con participación y reconocimiento nacional e internacional para generar confianza en sus evaluaciones por las partes interesadas y sus pares, facilitando el intercambio comercial, contribuyendo al desarrollo social y económico; y mejorando la calidad de vida de la sociedad Salvadoreña.

#### *Valores Institucionales:*

- Respeto
- Competencia
- Responsabilidad
- Transparencia
- Imparcialidad
- Confidencialidad
- Lealtad
- Trabajo en equipo

### **Visita:**

Se nos explica que el OSA no se cuenta con una sección de normas de calidad para para el sector salud, ya sea para el sector público o privado.

### **2.2.3.6. Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica:**

#### **Historia**

En El Salvador, la reglamentación técnica fue desarrollada, principalmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología -CONACYT-, a través del esquema de Normalización establecido en los Art. 30 y 31 de su Ley de creación.

A partir del mes de septiembre 2011, con la entrada en vigor de la Ley de Creación del Sistema Salvadoreño para la Calidad, publicada en el Diario Oficial No.158 Tomo 392, las actividades en materia de Reglamentación Técnica fueron encomendadas al Organismo Salvadoreño de Reglamentación Técnica –OSARTEC- quien tiene como facultad de ley coordinar la adopción, adaptación, actualización y divulgación de reglamentos técnicos de su competencia emitidos por las diferentes instituciones del Estado; así como emitir los reglamentos necesarios para el buen funcionamiento del Sistema.

La actividad de reglamentación y, en especial, la reglamentación técnica, se ha desarrollado de forma más sofisticada en los últimos años. Nuevos métodos se vienen adoptando con el fin de asegurar su transparencia, evaluar sus impactos y potenciar su implementación de manera eficaz. Según los estudios, en algunos países de Latinoamérica el impacto de la reglamentación técnica alcanza entre el 2% y el 3% del Producto Interno Bruto –PIB.

La buena reglamentación, implementada de modo flexible, consistente, coherente y proporcional a los objetivos legítimos que se quieren alcanzar, resulta una importante herramienta para promover el desarrollo y el progreso de la sociedad. En este sentido, la adopción de prácticas recomendadas de reglamentación beneficia no sólo su implementación, sino también la eficacia y la eficiencia de la presencia del Estado en lo que respecta al cumplimiento de sus objetivos legítimos, además de fomentar el sentido de ciudadanía, el progreso económico y la mitigación de los impactos ambientales, sociales y económicos de la reglamentación técnica. No por casualidad, diferentes organismos internacionales vienen desarrollando estudios acerca de las buenas prácticas de reglamentación, además de celebrar acuerdos multilaterales y bilaterales, los cuales afectan la manera por la cual se establecen las reglamentaciones técnicas.

#### **Política de Calidad**

Ser una Organización líder en la coordinación y desarrollo de reglamentación técnica nacional; coordinar el punto de contacto Codex y ser centro de información de Normativas Codex y Reglamentos Técnicos garantizando la transparencia en nuestros servicios, capacitando periódicamente al sector público, productivo, consumidor, académico y científico, así como a nuestro personal técnico; además brindando un servicio eficaz enfocado en la mejora continua en todas nuestras áreas y procesos, con el firme compromiso de cumplir el marco legal, las normativas vigentes y los requisitos de nuestras partes interesadas.

#### **Objetivos de Calidad**

1. Dar cumplimiento al Plan Operativo Anual del Organismo en un nivel mayor o igual al 75%.

2. Cumplir con la ejecución presupuestaria Anual del organismo en un nivel mayor o igual al 98%.
3. Cumplir como mínimo con el 80% del plan anual de capacitación.
4. Obtener anualmente mínimo el 80% como respuesta del usuario entre Excelente y Bueno, respecto a los servicios brindados por el Organismo en Eventos de Capacitación y/o difusión.
5. Mantener el desempeño de los procesos obteniendo como máximo 10 No Conformidades de manera trimestral.

### **Filosofía**

#### *Misión*

Liderar y coordinar con las diferentes entidades del estado el desarrollo de la reglamentación técnica nacional y regional, realizar los reglamentos asignados por la ley, velando por el cumplimiento de lineamientos internacionales, acuerdos suscritos por el país y la protección del consumidor.

#### *Visión*

Ser el organismo reconocido a nivel nacional e internacional, que contribuye a la protección de los consumidores y a fortalecer los sectores económicos el país.

### **Visita:**

Se nos explica que en la organización cuenta con la documentación de reglamentación técnica nacional con temática de calidad en servicios pero ninguna con una sección de calidad en el sector salud.

## **2.2.4. Reunión con Unidad de tercer nivel del MINSAL**

Recolectada la información de apoyo necesaria (documentos bibliográficos) y su detallada exploración encontramos campos que favorecían la investigación, sin embargo la mejor manera de orientar esta información era con los autoridades del hospital, llevando acabo una reunión de filtración en la cual nuestra base era el Plan estratégico 2014-2019 del ministerio de salud y establecer lo que se debe de considerar en la investigación ya que su alcance es para los Hospitales de Tercer Nivel de San Salvador.

### **Objetivos estratégicos**

<b><u>OE1</u></b>	Profundizar el proceso de reforma de salud iniciado durante el quinquenio 2009-2014, con el objetivo de continuar avanzando hacia la cobertura y acceso universal de los servicios de salud.
<b><u>OE2</u></b>	Avanzar en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con enfoque de derechos.
<b><u>OE3</u></b>	Ampliar progresivamente, a través de la red integrada e integral del sistema de salud (RIISS), la cobertura de salud a toda la población, así como la prestación integral de los servicios de salud en forma oportuna, haciéndolos accesibles, asequibles, eficaces y de calidad y asegurar a la población medicamentos de calidad en forma oportuna.
<b><u>OE4</u></b>	Fortalecer las capacidades del MINSAL para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos.
<b><u>OE5</u></b>	Desarrollar en el MINSAL capacidades para evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías, así como equipos e insumos médicos.



<b><u>OE6</u></b>	Fortalecer el Instituto Nacional de Salud (INS), para que ejerza la rectoría de la investigación científica en salud y de la formación continua del talento humano en salud.
<b><u>OE7</u></b>	Promover y realizar investigación científica en salud de acuerdo al perfil epidemiológico del país.
<b><u>OE8</u></b>	Fortalecer la formación/educación continua del personal de salud, a través de la Escuela de Gobierno en Salud.
<b><u>OE9</u></b>	Fortalecer la capacidad normativa, de investigación y vigilancia en salud y de control de calidad del Laboratorio Nacional de Referencia.
<b><u>OE10</u></b>	Consolidar el abordaje intersectorial de la determinación social de la salud.
<b><u>OE11</u></b>	Contar con información que permita georeferenciar las inequidades en salud.
<b><u>OE12</u></b>	Fortalecer la participación y contraloría de la ciudadanía para asegura la calidad y la calidez de los servicios de salud.
<b><u>OE13</u></b>	Fortalecer al MINSAL para ejercer las Funciones de la Salud Pública.

### **Metas estratégicas**

El MINSAL asume como metas estratégicas, las metas que para el sector se plantean en el PQD 2014-2019, para el quinquenio:

- ✓ Lograr una razón de mortalidad materna por debajo de 35 por 100,000 nacidos vivos. Mantener una tasa de mortalidad infantil de 8 por mil nacidos vivos.
- ✓ Mantener la cobertura de vacunación del programa nacional de inmunizaciones entre el 90 y el 95%.
- ✓ Reducir en 3 puntos porcentuales el gasto directo (de bolsillo) de los hogares en salud, con respecto al gasto nacional en salud.

En base a los objetivos estratégicos se definieron las siguientes variables:

#### **2.2.4.1. ANALISIS DE OBJETIVOS Y METAS**

##### **Índices de medición**

Estos indicadores miden el producto de los procesos de atención, es decir de su calidad para evaluarlos y compararlos con los objetivos o metas esperadas.

- A) Porcentaje del grado de satisfacción del usuario interno y externo.
- B) Prevalencia de eventos adversos post transfusionales entre otros.
- C) Tasa de infecciones intrahospitalaria, por tipo, global y por servicio.
- D) Número de brote de infección, global y por servicio.
- E) Letalidad de la infección intrahospitalaria, según tipo, global y por servicio.
- F) Porcentaje de mortalidad bruta y neta por servicio.
- G) Mortalidad infantiles, fetales tardíos y neonatales precoces.
- H) Letalidad por diferentes enfermedades crónicas, tales como infarto agudo del miocardio, accidente cerebro vascular, asma, diabetes, entre otras.
- I) Índice de necropsia o autopsia.
- J) Correlación diagnóstica clínico-patológica y por servicio.
- K) Porcentaje de ocupación, rotación de cama, promedio de días estancia.
- L) Costo día cama, costo de principales patologías y de procedimientos quirúrgicos.

#### **2.2.4.2. Obtención de prioridades del MINSAL**

La jerarquía la definió autoridades del ministerio:

##### MAYOR IMPORTANCIA

- A) Porcentaje del grado de satisfacción del usuario interno y externo.
- C) Tasa de infecciones intrahospitalaria, por tipo, global y por servicio.
- F) Porcentaje de mortalidad bruta y neta por servicio.
- G) Mortalidad infantiles, fetales tardíos y neonatales precoces.
- K) Porcentaje de ocupación, rotación de cama, promedio de días estancia.

##### MENOR IMPORTANCIA

- B) Prevalencia de eventos adversos post transfusionales entre otros.
- J) Correlación diagnóstica clínico-patológica y por servicio.
- L) Costo día cama, costo de principales patologías y de procedimientos quirúrgicos.

### **2.2.5. Normas Internacionales:**

En la investigación realizada para poder encontrar un modelo que se adapte mejor y que genere los mayores beneficios para el funcionamiento de los hospitales de tercer nivel del MINSAL. Se encontraron varios prospectos que se pueden separar en dos categorías:

#### **2.2.5.1. Europa:**

##### España

##### **Proceso de Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud:**

El Modelo EFQM de Excelencia está compuesto por nueve criterios diferenciándose claramente dos partes: el grupo formado por los llamados "Agentes Facilitadores" que se refieren a lo que la hace organización y cómo lo hace, y el grupo de criterios "Resultados" que dan cuenta de los logros obtenidos por la organización respecto a todos los grupos de interés (clientes, trabajadores, sociedad) y en relación a los objetivos globales. La premisa establecida por el modelo explica cómo los Agentes Facilitadores son los determinantes de los Resultados alcanzados. Como puede observarse, esta formulación no difiere de la clásica conceptualización de estructura, proceso y resultados propuesta por Donabedian y que resulta más familiar en los servicios sanitarios.

El planteamiento genérico de cada uno de los criterios se especifica mediante un conjunto de sub criterios, hasta completar un total de 32, que detallan su contenido. De igual forma en cada sub criterio se recogen las llamadas áreas a abordar o de interés que aclaran, a modo de ejemplo de las mejores prácticas de gestión, cuál es el significado y alcance de cada criterio.

A continuación se describen brevemente el concepto de cada criterio, cuya definición más detallada puede encontrarse en el documento "Modelo EFQM de Excelencia":

--Liderazgo. Se refiere a la responsabilidad ineludible de los equipos directivos de ser los promotores de conducir la organización hacia la excelencia. Los líderes deben mostrar claramente su compromiso con la mejora continua, desarrollando la misión y la visión y

actuando como modelo para el resto de la organización. Implicándose con los clientes y colaboradores y reconociendo los esfuerzos y logros de los empleados.

--Política y estrategia. Revisa en qué medida la misión, visión y valores de la organización, están fundamentadas en la información procedente de indicadores relevantes (rendimiento, investigación, creatividad y comparación con las mejores prácticas, etc.), así como en las necesidades y expectativas de clientes y otros grupos de interés. También analiza la estructura de procesos que desarrollan la política y estrategia y cómo se transmite a toda la organización.

--Personas. Considera la gestión de los recursos humanos de la organización y los planes que desarrolla para aprovechar el potencial de los profesionales. También estudia los sistemas de comunicación, reconocimiento y distribución de responsabilidades.

--Recursos y alianzas. Evalúa cómo gestiona la organización los recursos más importantes (financieros, materiales, tecnológicos, información), con excepción de los Recursos Humanos, y las colaboraciones que establece con organizaciones externas.

--Procesos. Se refiere al diseño y gestión de los procesos implantados en la organización, su análisis y cómo se orientan a las necesidades y expectativas de los clientes.

--Resultados relativos a los clientes. Se refiere tanto a la percepción que los clientes tienen de la organización, medida a través de encuestas o contactos directos, como a los indicadores internos que contempla la organización para comprender su rendimiento y adecuarse a las necesidades de los clientes.

--Resultados relativos al personal. Se refiere a los mismos aspectos que el criterio anterior pero en referencia a los profesionales de la organización. De igual manera se contemplan medidas de percepción de la organización por parte de las personas que la integran, e indicadores internos de rendimiento.

--Resultados relativos a la sociedad. Analiza los logros que la organización alcanza en la sociedad. Para ello considera la repercusión de la organización sobre el medioambiente, la economía, educación, bienestar, etc.

--Resultados clave. Evalúa los logros de la organización respecto al rendimiento planificado, tanto en lo que se refiere a objetivos financieros como a los relativos a los procesos, recursos, tecnología, conocimiento e información.

## FUNDAMENTOS Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO

La filosofía del Modelo EFQM de Excelencia se basa en los principios de la GCT, también denominados conceptos fundamentales de la excelencia<sup>20</sup> y que pueden ser considerados como el compendio de las "mejores prácticas" en el ámbito de la gestión de organizaciones. Estos conceptos, que se describen brevemente en la tabla I son:

- Orientación hacia los resultados.
- Orientación al cliente.
- Liderazgo y constancia en los objetivos.
- Gestión por procesos y hechos.

- Desarrollo e implicación de las personas.
- Aprendizaje, innovación y mejora continuos.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social.

Para que la aplicación del Modelo sea eficaz y consiga los objetivos con los que se afronta, estos principios deben ser asumidos totalmente por los directivos de la organización, de lo contrario su aplicación carecerá de sentido.

Tabla 15. Indicadores de cumplimiento de la Norma de España  
Modelo EFQM España

LIDERAZGO	Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes
	Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados
	Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes
	Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes
	Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes
	Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
	Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
POLITICA ESTRATEGIA	Y
	Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.
	Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora
	Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares
	Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes
	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles
	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales
	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua
	Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios
	PERSONAS
Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	
Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	
Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación	

		<p>continuada sobre seguridad de pacientes</p> <p>Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</p> <p>Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</p> <p>Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad</p> <p>Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes</p> <p>Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes</p> <p>Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes</p>
ALIANZA RECURSOS	Y	<p>Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.</p> <p>Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos</p> <p>Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece un sistema de mantenimiento preventivo para las instalaciones y aparatos de electromedicina.</p> <p>Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas</p> <p>Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes</p> <p>Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes</p> <p>Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades.</p> <p>Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes</p> <p>Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina</p>
PROCESOS		<p>Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</p> <p>Existe un protocolo para la identificación de pacientes</p> <p>Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil</p> <p>Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos</p> <p>Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</p> <p>Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</p> <p>Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo</p> <p>Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor</p> <p>Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</p> <p>Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes</p> <p>Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión</p> <p>Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</p> <p>Está implantado un protocolo de lavado de manos</p> <p>Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a</p>

	procesos invasivos intervencionistas
	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes
	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados
	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas
	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes
	Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes
	Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta
RESULTADOS EN LOS PACIENTES	
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización
	Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso
	Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario
	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados
	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados
	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario
RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES	
	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución
	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes
	Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes.
	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes
	Profesionales que sufren accidentes laborales
	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes
	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades
	Absentismo laboral en profesionales
RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	
	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia
	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)

RESULTADOS CLAVE	Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
	Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria
	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria
	Pacientes que sufren broncoaspiración
	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales
	Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical
	Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos
	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos
	Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación
	Pacientes sometidos a cirugía errónea
	Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas
	Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas
	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados
	Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso
Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	

### 2.2.5.2. América:

#### Sur América

De los discursos emergen categorías básicas y subcategorías que componen el marco de sentido, a partir del cual los actores construyen lo que es un servicio de salud de calidad.

Categoría 1: Adecuación de la estructura; subcategorías: accesibilidad al servicio, accesibilidad a la información, disponibilidad de recursos.

Categoría 2: Nivel técnico de la atención; subcategorías: resolutiveidad, cualificación técnica del personal de salud.

Categoría 3: Humanización de la asistencia; subcategorías: relaciones empáticas, comunicación clara y escucha atenta, relaciones respetuosas, trato igualitario.

Categoría 4: Capacidad de atender quejas y reclamos de los usuarios; subcategorías: capacidad de recepción y solución a reclamaciones por parte de las instituciones.

Si bien en estas categorías los discursos de casi todos los actores convergen y se anclan, es en las subcategorías donde circulan diferencias y matices de sentido propias de cada grupo de actores tanto en Colombia como en Brasil.

#### Colombia

##### **Proceso de Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud:**

Adecuación de la estructura de servicios Esta categoría se presenta con fuerza en el discurso de casi todos. Usuarios valoran mucho la accesibilidad al servicio: tiempo para ser

atendidos, el trato igualitario que deben darles los actores institucionales, una gestión administrativa ágil y coordinada entre todas las instituciones involucradas en el servicio, y el tiempo adecuado de consulta. Además es significativo para usuarios y personal de salud, acceder a la información y la disponibilidad de recursos.

Accesibilidad: El tiempo para ser atendidos: Que no haya que hacer colas tan largas, o esperar tanto (U Tuluá). Trato equitativo: Para mí buena calidad, es no llegar uno a un Hospital o a una Entidad Promotora de Salud... y llega un rico a la misma vez y... hay algunas enfermeras que primero atienden al rico que al pobre, viendo que todos tenemos igualdad de derechos. (U Palmira). Una gestión administrativa ágil: que uno vea que hay agilidad, coordinación entre las instituciones (L Palmira). Acceder a un tiempo adecuado de consulta: Buen servicio es donde el Dr. por ejemplo, lo examina a uno bien...pregunta...y toma su tiempo para eso, y no es a la carrera y ya.... váyase (U Tuluá).

Accesibilidad a la información: Que se nos oriente en los papeleos que hay que hacer y no nos manden de un lado para otro y uno sin saber que hacer (L Palmira).

Disponibilidad de recursos: hay servicios que lo atienden a uno bien, pero no tienen instrumentos ni nada (U Tuluá)... que existan los profesionales para cada cosa...medicinas que sirvan (U Tuluá). Primero es la infraestructura, que haya los equipos necesarios y personal capacitado para dar esta atención y esta demanda del usuario. (PS Palmira).

#### Nivel técnico de la atención

Calidad en el servicio significa para muchos usuarios, líderes y personal de salud, la resolutivez de los problemas de salud que debe dar el sistema; y esto tiene sentido para ellos, cuando se hacen intervenciones clínicas que resuelvan el problema, cuando se utilizan medicinas de calidad como lo señalan muchos usuarios... que la institución esté en capacidad de hacer una resolución de todos los problemas que tenga el paciente. (PS Tuluá)... en un buen servicio le tienen que 'dar con el chiste' a uno...Que uno vea que si mejoró (U. Tuluá). Los aspectos relacionados con la calidad técnica del personal de salud, no sólo son percibidos y significados por el personal de salud, sino que muchos usuarios construyen y describen la calidad desde esa categoría. Esta la perciben en la competencia del médico cuando hace exploración física o clínica, cuando utiliza ayudas diagnósticas tecnificadas y en el acierto con los tratamientos: Médicos profesionales y competentes, porque muchas veces es como la Dra. que mandaron aquí, que ni siquiera le hacía caso a uno, a lo que uno hablaba. El médico tiene que valorarlo a uno, examinarlo, mandarle sus exámenes porque eso así que: me duele aquí y le digan a uno tome Ibuprofeno y ya, no... eso es mala calidad. (U Palmira).

#### Humanización de la asistencia

Los discursos de todos los actores convergen al considerar que relaciones adecuadas entre usuarios-personal de salud-administrativos, significan calidad. Usuarios y líderes valoran positivamente diferentes aspectos de unas relaciones empáticas: amabilidad, calidez, respeto y confidencialidad: que uno llegue y lo saluden al menos, le traten bien....en el hospital las enfermeras cuando uno se queja se enojan, lo gritan a uno, el buen trato es sinónimo de buena calidad...(U Tuluá). Cobra mucho sentido para personal de salud, pero más para usuarios, una comunicación asertiva: clara, atenta y receptiva por parte del personal de salud: Buena calidad....una actitud de comunicación muy sana, amable, muy directa, muy clara en términos de comunicación que entendamos (U Tuluá). Pues atender



bien el paciente, escucharlo bien con atención y que el cliente salga satisfecho del servicio recibido (PS Tuluá).

Capacidad de atender las quejas y opiniones de los usuarios  
Sólo algunos gerentes y encargados de las OAU tienen dentro de su marco interpretativo de calidad, la receptividad a las reclamaciones y opiniones de los usuarios: Bueno creo que atender las quejas de la gente es necesario...oír sus opiniones...eso nos ayuda a mantener y a mejorar la calidad (PS Palmira).

Categorías	Usuarios y líderes	Personal de salud	Formuladores de políticas
Adecuación de la estructura	<p><i>Accesibilidad organizacional</i> -Prontitud para recibir atención. -Equidad en la atención. -Gestión administrativa ágil y coordinada dentro y entre las instituciones. -Tiempo adecuado de consulta</p> <p><i>Accesibilidad a la información</i> -Orientación sobre trámites administrativos. -Sobre estado de salud de familiares. -Sobre servicios sanitarios como programas de P y P.</p> <p><i>Disponibilidad de recursos.</i> -Recursos físicos suficientes y adecuados -Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas. -Recursos humanos suficientes y especializados.</p>	<p><i>Accesibilidad organizacional</i> -Prontitud para recibir atención. -Gestión administrativa ágil y coordinada dentro y entre las instituciones. Gestión razonada de gastos.</p> <p><i>Accesibilidad a la información</i> -Orientación sobre trámites administrativos - Sobre estado de salud de usuarios y parientes.</p> <p><i>Disponibilidad de recursos</i> -Recursos físicos suficientes y adecuados. -Recursos humanos suficientes y especializados.</p>	<p><i>Accesibilidad organizacional</i> -Prontitud para recibir atención</p>
Nivel técnico de la atención	<p><i>Resolutividad</i> -Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud. -Medicinas de calidad, que curen.</p> <p><i>Cualificación técnica del personal de salud</i> -Profesionales capacitados -Exploración física o clínica del usuario.</p>	<p><i>Resolutividad</i> -Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud.</p> <p><i>Cualificación técnica del personal de salud</i> -Profesionales capacitados -Exploración clínica al usuario</p>	<p><i>Resolutividad</i> -Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud.</p>
Humanización de la asistencia	<p><i>Relaciones empáticas y respetuosas</i> -Trato amable y cálido. -Interés manifiesto por el usuario -Consideración y confidencialidad</p> <p><i>Comunicación asertiva</i> -Receptividad en la comunicación -Información clara a los usuarios.</p>	<p><i>Relaciones empáticas</i> -Trato amable y cálido.</p> <p><i>Comunicación asertiva</i> -Receptividad en la comunicación. -Información clara a los usuarios</p>	<p><i>Relaciones empáticas</i> -Trato amable y cálido</p>

Tabla 16. Categorías y subcategorías que definen un servicio de salud de calidad, según usuarios, líderes, persona de salud y formuladores en Colombia.

### **Brasil**

#### **Proceso de Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud:**

##### Adecuación de la estructura de servicios

Esta emerge del discurso de casi todos los entrevistados. Al igual que en Colombia, es muy significativo para usuarios y líderes, la accesibilidad al servicio. Así mismo, el acceso a la

información y la disponibilidad de recursos, son aspectos que desde los conocimientos situados de todos los actores, configuran un servicio de calidad.

Accesibilidad: El tiempo para ser atendidos: Calidad sería no tener que hacer filas, no tener que disputar por una ficha.... (U Cabo). El trato no excluyente a los usuarios: ...un servicio de calidad debe de tratar bien a todos sin distinciones... (U Camaragibe). Una gestión administrativa ágil. Al igual que los usuarios de Colombia, en Brasil es significativo el tiempo que el personal médico dedique a la consulta: ... en un mal servicio se tiene poco tiempo para ser atendido por el médico (U Camaragibe).

Accesibilidad a la información: ...que se nos oriente, nos informen en las cosas que hay que hacer para el servicio... (Usuarios Camaragibe). En Brasil más que en Colombia, los formuladores señalan que la falta de información en algunas instituciones de salud, tiene un sentido negativo en la calidad del servicio.

Disponibilidad de recursos: Contar con una buena infraestructura, tener buenas condiciones de higiene (PS Cabo). Tener médicos suficientes, para atender las 24 horas (PS Camaragibe). Que se tenga recursos materiales físicos, humanos compatibles a con la misión de ese servicio (FP Camaragibe).

#### Nivel técnico de la atención

Al igual que en Colombia, circula en el discurso del personal de salud, y en el de muchos usuarios y líderes, que la calidad es resolver los problemas de salud, mediante una buena intervención clínica, y transferir a los usuarios cuando sea necesario a niveles especializados: servicios de calidad son esos donde los profesionales resuelvan aquellas cuestiones y problemas de salud de aquel usuario, en aquel momento. (U Cabo). La cualificación técnica del personal de salud, significa calidad para todos los actores; ésta competencia del personal médico es percibida por los usuarios como una buena exploración física o clínica:...Médicos con conocimiento... a mi me atendía uno que nunca sabía lo que yo tenía(U Cabo); Un médico que nos examine bien, que nos pregunte todo.....que nos responda (U Camaragibe). A diferencia de Colombia, todos los actores consideran como calidad la promoción y la prevención.

#### Humanización de la asistencia

Al igual que Colombia, todos los actores entrevistados, construyen la calidad del servicio a partir de relaciones empáticas y respetuosas. Los usuarios valoran mucho el "tono" afectivo o calidez del encuentro clínico, lo cual llega a tener para ellos un efecto curador: Ser atendido con educación por el médico...cuando el médico atiende bien al paciente, con mucha tranquilidad, el paciente se siente feliz, parece que la salud llega rápido...antes que el medicamento (U Cabo). En un servicio de mala calidad, hay mala atención de médicos y recepcionistas..... hay que tratar bien a la gente en todo el proceso... Tratar de forma humana y con respeto a las personas (PS Cabo). Un hospital que tenga enfermeras que sepan respetar, que sepan tratar a las personas como gente (L Cabo)... comportamientos amables y respetuosos del personal administrativo como saludar, considerar la situación de enfermedad del usuario ...(U Camaragibe). Además tiene sentido para el personal de salud pero más para usuarios, una comunicación asertiva: manifestación de interés, escucha atenta e información clara, con "tono" afectivo: Que nos hablen bien....claro, que entendamos y todo, no? (U Camaragibe). El personal médico debe ser mucho más comunicativo, ser más humanos... (PS Cabo).

Capacidad de atender las quejas y opiniones de los usuarios

Algunos formuladores de políticas, consideran que calidad es reconocer los derechos de los usuarios y atenderle sus quejas. Solo en Brasil algunos líderes de los CMS, le dan sentido a la calidad, cuando se da la participación de la comunidad en la toma de decisiones.

Categorías	Usuarios y líderes	Personal de salud	Formuladores de políticas
Adecuación de la estructura	<p><i>Accesibilidad organizacional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prontitud para recibir la atención.</li> <li>-Equidad o trato igualitario en la atención.</li> <li>-Gestión administrativa ágil y coordinada.</li> <li>-Tiempo adecuado para la consulta.</li> <li>-Tener atención domiciliaria.</li> </ul> <p><i>Accesibilidad a la información</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientación sobre trámites administrativos.</li> <li>-Sobre servicios sanitarios.</li> </ul> <p><i>Disponibilidad de recursos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Recursos físicos suficientes y adecuados</li> <li>-Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas.</li> <li>-Recursos humanos suficientes y especializados.</li> </ul>	<p><i>Accesibilidad organizacional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prontitud para recibir la atención.</li> <li>-Tener atención domiciliaria.</li> </ul> <p><i>Accesibilidad a la información</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientación sobre trámites administrativos.</li> </ul> <p><i>Disponibilidad de recursos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Recursos físicos suficientes y adecuados</li> <li>-Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas.</li> <li>-Recursos humanos suficientes y especializados.</li> </ul>	<p><i>Accesibilidad organizacional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prontitud para recibir la atención.</li> </ul> <p><i>Accesibilidad a la información</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientación sobre trámites administrativos.</li> </ul> <p><i>Disponibilidad de recursos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Recursos físicos suficientes y adecuados</li> <li>-Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas.</li> <li>-Recursos humanos suficientes y especializados.</li> </ul>
Nivel técnico de la atención	<p><i>Resolutividad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud.</li> <li>-Tranferir usuarios a niveles especializados necesarios.</li> </ul> <p><i>Cualificación técnica del personal de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Profesionales capacitados</li> <li>-Exploración física del paciente.</li> <li>-Atención integral en salud: prevención y promoción.</li> </ul>	<p><i>Resolutividad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud.</li> <li>-Tranferir a usuarios a niveles superiores de atención clínica</li> </ul> <p><i>Cualificación técnica del personal de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Profesionales capacitados.</li> <li>-Atención integral en salud: prevención y promoción.</li> </ul>	<p><i>Resolutividad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Buena intervención clínica: que resuelva el problema de salud.</li> </ul> <p><i>Cualificación técnica del personal de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Profesionales capacitados.</li> <li>-Atención integral en salud: prevención y promoción.</li> </ul>
Humanización de la asistencia	<p><i>Relaciones empáticas y respetuosas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Trato amable y cálido</li> </ul> <p><i>Comunicación asertiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Receptividad en la comunicación. -Información clara a los usuarios.</li> </ul>	<p><i>Relaciones empáticas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Trato amable y cálido</li> </ul> <p><i>Comunicación asertiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Receptividad en la comunicación.</li> <li>- Información clara a los usuarios.</li> </ul>	<p><i>Relaciones empáticas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Trato amable y cálido</li> </ul>

Tabla 17. Categorías y subcategorías que definen un servicio de salud de calidad, según usuarios, líderes, persona de salud y formuladores en Brasil.

**Centro América**  
**Nicaragua**

**Proceso de Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud:**

1. Las evaluaciones de la calidad de la atención en salud deben realizarse de forma sistemática enfatizando el carácter preventivo, evitando que ocurra el daño.
2. De acuerdo con el Reglamento de la Ley No. 423, Ley General de Salud, las evaluaciones de la calidad de la atención médica serán realizadas en:

- Primera Instancia: evaluaciones sistemáticas del proceso de la atención en cada establecimiento público o privado por los subcomités de auditoría médica y evaluación del expediente clínico.

- Segunda Instancia: evaluaciones críticas realizadas al proceso de atención por una comisión Ad – Hoc en los SILAIS.

3. Cuando se trate de una evaluación por queja proveniente de un consultorio privado, el centro de salud correspondiente realizará la auditoría de la calidad de la atención en salud.

4. Los integrantes del sub – comité de auditoría de la calidad de la atención (auditoría médica) serán los profesionales del más alto nivel científico – técnico y ético.

5. El representante del establecimiento de salud conformará el sub – comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico, integrado por un profesional destacado que será el presidente del sub – comité, un médico administrativo, una enfermera, un médico por cada servicio del establecimiento.

6. Para ser miembro del sub – comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico no debe estar involucrado en el proceso de la atención a auditar.

7. El sub – comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico realizará la evaluación con un mínimo de tres (3) miembros, estando siempre presente un especialista del caso a evaluar y un representante de INSS cuando lo amerite.

8. Se debe enviar copia de informe de la evaluación de la calidad de la atención y plan de acción a la instancia administrativa superior (SILAIS y Auditoría de la Calidad de la Atención Médica Nivel Central), firmado por los miembros del sub – comité, foliado y sellado por el representante del establecimiento o a quien éste delegue.

9. El sub – comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico y las comisiones Ad – Hoc deben llevar un libro de Actas y Acuerdos en el que plasmen por cada sesión realizada, datos generales, consideraciones clínicas, conclusiones y recomendaciones de cada auditoría; así como, los acuerdos que tomaren.

10. Las auditorías realizadas que no satisfagan a cualquiera de las partes, el reclamo deberá elevarse a la instancia superior.

Tabla 18. Indicadores de cumplimiento de la Norma de Nicaragua.

<b>INDICADORES DE NORMA NICARAGUA</b>
Cumplimiento de la calidad en la atención medica programa
Control de todas las muertes maternas auditadas
Control de muertes perinatales auditadas
Control de muertes neonatales auditadas
Control de asfixias neonatales severas auditadas
Control de quejas auditadas
Porcentaje de egresos auditados total y por servicios
Porcentaje de consultas ambulatorias auditadas total por servicios

## 2.2.6. Exploración de información

El análisis con respecto a nuestra situación debe ser siempre nuestro punto de referencia para cualquier comparación o adaptación a nuestro país, el punto de vista que debe adaptarse es que se tomó como se encuentra la situación del MINSAL con respecto a los países en investigación.

Tabla 19. Indicadores de norma de Nicaragua en comparación con MINSAL

INDICADORES DE NORMA NICARAGUA	MINSAL
Cumplimiento de la calidad en la atención medica programa	En el MINSAL solo se tiene el control de brindar el servicio al paciente que lo necesita, sin un control directo de la calidad. Se podría decir que el sistema enfatiza la calidad en aspectos relacionados al trato cordial, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, procesos de atención, competencia técnica, entre otros.
Control de todas las muertes maternas auditadas	Control estadístico de las muertes maternas. Acompañadas con un plan de acción para la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna.
Control de muertes perinatales auditadas	Control estadístico de muertes perinatales. Acompañadas con un plan de acción para su reducción de la mortalidad.
Control de muertes neonatales auditadas	Control estadístico de muertes neonatales para datos estadísticos. Acompañadas con un plan de acción para su reducción de la mortalidad.
Control de asfixias neonatales severas auditadas	Control estadístico de asfixias neonatales. Acompañadas con un plan de acción para su reducción de la mortalidad.
Control de quejas auditadas	El MINSAL recibe las quejas para revisarlos a nivel gerencial y armar. El Plan Quinquenal de acción para las correcciones. También se tiene un control estadístico de las quejas donde se ocupa como método para que la ciudadanía tenga una participación activa en la defensa del derecho a la salud y evaluación de la calidad de los servicios prestados.
Porcentaje de egresos auditados total y por servicios	Control estadístico de los egresos que se tengan por periodo. Para llevar los correctos indicadores de recursos humanos, acceso y cobertura de servicios en orden y actualizados.
Porcentaje de consultas ambulatorias auditadas total por servicios	Control estadístico de las consultas brindadas. Para llevar un control de las inspecciones que se dan afuera de las instalaciones del MINSAL, en los esfuerzos por reforzar la medicina preventiva.

Tabla 20. Indicadores de norma de Brasil en comparación con MINSAL

CATEGORIAS BRASIL	MINSAL	
<b>ADECUACIÓN DE LA ESTRUCTURA</b>		
Accesibilidad organizacional	Prontitud para recibir atención	Los pacientes se clasifican por su nivel de complicación, así será la prontitud y grado de atención que reciba el individuo. Se tienen esfuerzos para atender al paciente en el tiempo más corto posible con la redirección adecuada. Respetando la gravedad del paciente y la especialidad que necesite su caso.
	Equidad o trato igualatorio	La equidad es uno de los valores con el que se rige el MINSAL y lo plasma en su plan estratégico. Que sirve de apoyo para garantizar la igualdad real y efectiva. De tanto mujeres y hombres, sin ningún tipo de discriminación se les debe atender y brindar el servicio que necesiten.
	Gestión administrativa ágil y coordinada	Se tienen planes de gestión con la descentralización adecuada para poder brindar un servicio ágil y rápido a los pacientes. Esto le ayuda al MINSAL a actuar de forma coordinada y precisa en los momentos adecuados.
	Tiempo adecuado de consulta	Se han hecho esfuerzos para que todos los pacientes reciban su servicio en el tiempo más corto posible.
	Atención domiciliaria	El MINSAL no cuenta con este literal, solo las inspecciones que se dan afuera de las instalaciones del MINSAL, que son parte de los esfuerzos del plan de medicina preventiva.
Accesibilidad a la información	Orientación sobre trámites administrativos	Poca información sobre los tramites a realizar, en cada hospital se tiene los lineamientos para informar a sus pacientes sobre los pasos a realizar en cada tramite. Y el establecimiento del Sistema Único de Información ayuda en la rapidez del envío y recepción de información.
	Orientación sobre servicios sanitarios	Se tienen controles de sanidad sobre el control de servicios sanitarios que se deben tener, también se cuenta con manuales de sanidad. Se cuenta con las Oficinas Sanitarias Internacionales que como la autoridad competente para responder a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia nacional o internacional.
Disponibilidad de recursos	Recursos físicos y suficientes	Los recursos son limitados pero cumplen con la demanda de los pacientes que llegan para recibir atención, cobertura alcanzada para cubrir la demanda.

Nivel técnico de la atención	Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas	Se tiene la disponibilidad y control de los medicamentos para poder brindar el servicio, de los insumos y materiales no se lleva un control tan profesional pero si se cuenta con buenas prácticas para su manipulación, almacenaje, evaluación y vigilancia de los materiales, insumos y medicamentos.	
	Recurso humano suficiente y especializado	El recurso humano cuenta con un control para su contratación y ubicación adecuada en los hospitales para poder brindar el mayor beneficio a los pacientes, el recurso humano está fuertemente ligado a la capacidad financiera y presupuesto que se cuenta la institución, también se cuenta con la política nacional de desarrollo de recurso humanos en salud, para siempre estar a la vanguardia en todos los avances médicos con personal capacitado.	
	Resolutividad	Buena intervención clínica	Se tiene un manual técnico para poder brindar la atención clínica más adecuada, con las metodologías y pasos ya descritos en él.
	Transferencia de usuarios a niveles especializados	Se cuenta con los manuales correspondientes para tener una excelente clasificación de los pacientes según su nivel de especialización que necesitan.	
	Cuantificación técnica del personal	Profesionales capacitados	Los profesionales son capacitados periódicamente en diversos temas para poder brindar cada vez un mejor servicio.
Humanización en la asistencia	Exploración física del paciente	Se cuenta con una metodología ya establecida para tomarle los datos correspondientes a cada paciente, son pasos generales.	
	Atención integral en salud prevención y promoción	Se cuenta con garantía de la salud y seguridad social, donde se aplica la medicina preventiva.	
	Relaciones empáticas y respetuosas	Trato amable y cálido	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable.
	Comunicación asertiva	Receptividad en la información	Se tiene la información más sencilla posible para poder tener la mayor receptividad en el paciente. También se cuenta con personal de apoyo para resolver cualquier duda.
	Información clara a los usuarios	Se trata de manejar pasos e información clara para todos los pacientes, más con el establecimiento del Sistema Único de Información ayuda en la rapidez del envío y recepción de información en todas las instituciones del MINSAL.	

Tabla 21. Indicadores de norma de Colombia en comparación con MINSAL

CATEGORIAS COLOMBIA	Sub categorías	MINSAL	
Adecuación a la estructura	Accesibilidad al servicio	Prontitud para recibir atención	Los pacientes se clasifican por su nivel de complicación, así será la prontitud y grado de atención que reciba el individuo. Se tienen esfuerzos para atender al paciente en el tiempo más corto posible con la redirección adecuada. Respetando la gravedad del paciente y la especialidad que necesite su caso.
		Equidad en la atención	La equidad es uno de los valores con el que se rige el MINSAL y lo plasma en su plan estratégico. Que sirve de apoyo para garantizar la igualdad real y efectiva De tanto mujeres y hombres, sin ningún tipo de discriminación se les debe atender y brindar el servicio que necesiten.
		Gestión administrativa ágil y coordinada	Se tienen planes de gestión con la descentralización adecuada para poder brindar un servicio ágil y rápido a los pacientes. Esto le ayuda al MINSAL a actuar de forma coordinada y precisa en los momentos adecuados.
		Tiempo adecuado de consulta	Se han hecho esfuerzos para que todos los pacientes reciban su servicio en el tiempo más corto posible, aunque el sistema actual tiene sus dificultades para la clasificación de los niveles de atención.
	Accesibilidad a la información	Orientación sobre trámites administrativos	Poca información sobre los tramites a realizar, en cada hospital se tiene los lineamientos para informar a sus pacientes sobre los pasos a realizar en cada tramite. Y el establecimiento del Sistema Único de Información ayuda en la rapidez del envío y recepción de información.
		Estados de salud de familiares	Hay metodología para brindar información acerca de la salud a familiares. Esta misma se utiliza en las redes que prestan servicios de salud por niveles de atención: primero, segundo y tercer nivel. Aquí es donde se reúne toda la información y actualizada constantemente sobre la salud de familiares.



Nivel técnico de la atención	Disponibilidad de recursos	Recursos suficientes y adecuados	Los recursos son limitados pero cumplen con la demanda de los pacientes que llegan para recibir atención, cobertura alcanzada para cubrir la demanda.	
		Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas	Se tiene la disponibilidad y control de los medicamentos para poder brindar el servicio, de los insumos y materiales no se lleva un control tan profesional pero si se cuenta con buenas prácticas para su manipulación, almacenaje, evaluación y vigilancia de los materiales, insumos y medicamentos.	
		Recursos humanos suficientes y adecuados	El recurso humano cuenta con un control para su contratación y ubicación adecuada en los hospitales para poder brindar el mayor beneficio a los pacientes, el recurso humano está fuertemente ligado a la capacidad financiera y presupuesto que se cuenta la institución, también se cuenta con la política nacional de desarrollo de recurso humanos en salud, para siempre estar a la vanguardia en todos los avances médicos con personal capacitado.	
		Resolutividad	Buena intervención clínica	Se tiene un manual técnico para poder brindar la atención clínica. Y se lleva un control estadístico de cada intervención en los distintos niveles de atención. Hasta el momento la tendencia es hacia un aumento sostenido de las intervenciones de carácter preventivo y una disminución sostenida de las intervenciones de carácter curativo.
			Medicina de calidad	El MINSAL aplica un control de calidad en las medicinas que ofrecen y se apoya fuertemente en el centro nacional de farmacovigilancia para tener un control de la comercialización y distribución a nivel nacional.
Humanización de la asistencia	Cualificación técnica del personal de salud	Profesionales calificados	Se tiene un control de las contrataciones y los perfiles que se tienen que buscar para cada puesto en el MINSAL, también se tiene el compromiso de tener al mejor personal calificado para poder brindar un excelente servicio a los pacientes.	
		Exploración física o clínica del usuario	Se cuenta con una metodología ya establecida para tomarle los datos correspondientes a cada paciente, son pasos generales.	
		Relaciones empáticas	Trato amable y cálido	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato

Capacidad de atender quejas			aceptable.
		Interés manifiesto por el usuario	Se trata de cumplir siempre con las necesidades prontas de cada usuario y se lleva un control de opines y quejas.
		Consideraciones y confidencialidad	Hay controles de ética en todo el personal.
		Buena comunicación	Se lleva al paciente informado en todo momento o a la persona encargada, sobre todo el servicio que se le brindara.
	Capacidad de resolución	Marco interpretativo de calidad	Se tienen lineamientos para mejorar la calidad continuamente, donde se resaltan las políticas y jurídico con que se rige el MINSAL y tiene de base marco normativo para brindar un servicio de calidad.
		Receptividad de reclamos	Se recibe las quejas para revisarlos a nivel gerencial y armar El Plan Quinquenal de acción para aplicar las debidas correcciones si es debido.
		Respetar opinión del usuario	Se aplica la retroalimentación necesaria con las sugerencias, opiniones y quejas del usuario.

Tabla 22. Indicadores de norma de España en comparación con MINSAL

Modelo EFQM España	MINSAL	
<b>LIDERAZGO</b>		
	Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes	Se tiene claro cuáles son la misión, visión y valores que el MINSAL quiere representar y esto se puede ver en el plan estratégico que se brinda en el plan quinquenal.
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes	Se contemplan esfuerzos aislados de seguridad hacia el paciente como lo es para su ambiente, alimenticio, sanidad y ocupacional. Respaldados en lineamientos claros para el cuidado y la seguridad de todos los usuarios o pacientes que atiende el MINSAL.
	Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	La cultura organizacional se expresa en bajo nivel.
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados	Se dan reuniones para mejorar la seguridad de los pacientes como también capacitaciones sobre temas afines.

	Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes	Se implica un desarrollo en las estructuras organizativas para poder implementar conjuntamente un avance, ya que actualmente en las estructuras son esfuerzos aislados que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes.
	Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes	Hay metodología para brindar información acerca de la salud a familiares. Esta misma se utiliza en las redes que prestan servicios de salud por niveles de atención: primero, segundo y tercer nivel. Aquí es donde se reúne toda la información y actualizada constantemente sobre la salud de familiares. Y se brinda la información correspondiente a los pacientes que la soliciten.
	Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	Se cuentan con un plan quinquenal donde se establecen los pasos para que los profesionales con los que cuenta el MINSAL cumplan con su papel.
	Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	Se utilizan los indicadores de seguridad para la redacción del nuevo plan quinquenal y efectuar una retroalimentación que busque la mejora en el servicio.
	Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	Se lleva un control estadístico de los riesgos que afectan a los pacientes, para posteriormente planificar las acciones correctivas que resuelvan de la mejor manera ese problema.
	Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	Se lleva un control de los colaboradores en la reuniones efectuadas para mejorar la seguridad
	<b>POLITICA Y ESTRATEGIA</b>	
	Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.	Se dispone del mejor personal posible en el área de especialidad para poder brindar una buena atención. Y poder brindar una mejora en la seguridad de los pacientes.
	Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	Los indicadores se incluyen en las reuniones gerenciales para su evaluación y propuesta de mejora
	Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	En el nivel gerencial se tienen comparaciones con los 3 hospitales de tercer nivel.

Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes	Se tiene la unidad correspondiente para mejorar las políticas y periódicamente se aplican las mejoras requeridas.
Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	Se elabora El Plan Quinquenal y se maneja como eje Estratégico de la Reforma de salud en donde se toca la Intra e intersectorialidad.
Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales	Se tiene un control seguridad ocupacional en las instalaciones.
Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	Se le brinda la información correspondiente al paciente y al personal profesional sobre la política de seguridad.
Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios	Se elaboran los objetivos que se deben seguir a nivel gerencial en la elaboración del plan quinquenal.
<b>PERSONAS</b>	
Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	Se tiene una política para la asignación de recursos humanos.
Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	Se tiene un control de los perfiles de los profesionales adecuados para cada puesto de atención en el MINSAL.
Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	Se tiene en formación continua a los profesionales, para siempre estar actualizados y capacitados en los últimos avances informativos y tecnológicos en el sector salud.
Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	Se tiene una capacitación introductoria a los nuevos reclutas contratados y los estudiantes de medicina.
Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	Las evaluaciones siempre están enfocadas a mejorar la seguridad de los pacientes
Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	Hay reuniones establecidas para promover la participación de los profesionales en el tema de seguridad.
Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad	Se fomenta la capacitación de los profesionales en el tema de seguridad

	de pacientes	
	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	Hay reuniones establecidas para promover la participación de los profesionales en el tema de seguridad.
	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes	Se lleva un control de los participantes para posterior consideraciones.
	<b>ALIANZA Y RECURSOS</b>	
	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.	Se tiene un control de calidad estricto en los alimentos y medicinas. Se tiene diversos esfuerzos para garantizar a los pacientes, que el consumo de medicinas y alimentos en el MINSAL será de primer nivel.
	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos	Existen esfuerzos aislado para la adquisición de material.
	Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece un sistema de mantenimiento preventivo para las instalaciones y aparatos de electromedicina.	Se dispone de planes de acción para la seguridad y mantenimiento del edificio.
	Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas	Solo hay un control y cuidado de los accesos para que las unidades puedan entrar a los hospitales.
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	Se dispone de seguridad ocupacional con sus planes ya establecidos y en aplicación.
	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	Se cuentan con diversos esfuerzos sanitarios en los distintos hospitales.
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades.	Se lleva un control de almacén muy detallado de todo lo que se guarda

Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	Se lleva un sistema de clasificación de los pacientes para tener un control.
Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina	Se tiene un protocolo general para la formación, uso, manejo y medidas de protección de todos los bienes del MINSAL
<b>PROCESOS</b>	
Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.	Existen protocolos para la atención a pacientes ya establecidos en los manuales técnicos del MINSAL
Existe un protocolo para la identificación de pacientes	Existen protocolos para la correcta identificación y clasificación de los pacientes según su grado de gravedad o especialización que necesiten
Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil	Se lleva un control estadístico de las notificaciones
Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos	Se tienen protocolos generales para el cuidado de los pacientes
Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios	Se tiene un control y protocolo estricto para los riesgos sanitarios
Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes	Se tiene un control y protocolo para las clínicas de manera general y la toma de muestras
Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo	Se tiene un control estricto de los medicamentos que son destinados a todos los pacientes de tercer nivel
Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor	Se tienen protocolos generales para el manejo de pacientes
Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes	Se tienen protocolos generales para la contención de pacientes
Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes	Se tienen protocolos generales para la prevención de caídas
Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión	Se tienen protocolos generales para el tratamiento de pacientes
Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y	Se tienen protocolos generales para el control de las infecciones, en donde se explica las medidas correctas para la

profesionales	protección del paciente y para el control del personal profesional
Está implantado un protocolo de lavado de manos	Se tienen manuales para la sanidad en las instalaciones del MINSAL
Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas	Se tiene protocolo para la seguridad general del paciente
Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	Se tiene protocolo para la seguridad general del paciente en general
Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados	Se tiene un sistema de control de sangre y hemoderivados ya establecido en el MINSAL.
Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	Se tiene un manual de bio seguridad donde se explica el protocolo con el que se rige el MINSAL
Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	Se cuenta con un protocolo general para la identificación de las alergias e intolerancias del paciente que ingresa por primera vez a un hospital del MINSAL
Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes	Hay un protocolo general para la conciliación con el paciente por cualquier inconveniente
Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta	Ya existe un protocolo general donde se expone la información sobre los cuidados que se deben hacer al alta
<b>RESULTADOS EN LOS PACIENTES</b>	
Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	Se tiene el déficit de error en el sistema de identificación del paciente en el proceso de hospitalización
Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso	Se tiene un protocolo para la acogida de cualquier paciente en el momento del ingreso en uno de los hospitales del MINSAL
Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.
Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.

Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.
Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.
Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.
Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.
Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.
Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.
<b>RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES</b>	
Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.
Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.
Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes.	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.
Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.
Profesionales que sufren accidentes laborales	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, y hay políticas que el MINSAL



		debe tomar cuando suceden accidentes laborales.
	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer los sistemas de notificación.
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.
	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.
	Absentismo laboral en profesionales	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y también los deberes que debe de cumplir cualquier empleado del MINSAL.
<b>RESULTADOS EN LA SOCIEDAD</b>		
	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	Hay actividades de salud preventiva, control ambiental y seguridad social.
	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	No cuenta con este tipo de relación de las asociaciones y profesionales
	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/o asistencia	Hay esfuerzos sobre buenas prácticas efectuadas en los fármacos, alimentos, procedimientos de laboratorio y control sanitario.
	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	El MINSAL es consiente del impacto ambiental que efectúa y tiene planes para contrarrestarlo, por eso sea creado la Unidad Ambiental.
	Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes	Se tiene presencia del hospital en los medios de comunicación para resolver cualquier incidente.
	Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	Hay un control de quejas en todos los niveles del MINSAL
<b>RESULTADOS CLAVE</b>		

Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes que refieren dolor durante el ingreso	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes que desarrollan lesiones por presión	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes que sufren broncoaspiración	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes sometidos a cirugía errónea	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar

transfusiones sanguíneas o hemoderivados	planes correctivos
Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos
Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos

### 2.2.7. Análisis de información

Los cuadros anteriores nos muestran la primera aproximación de comparación de El Salvador con los diferentes apartados que se toman de los países bases, muestran el punto en el que se encuentran los tres hospitales de tercer nivel de San Salvador gracias a la exploración de los documentos informativos que presentaba el MINSAL.

## 2.2.8. Cuadro conglomerado de objetividad y subjetividad de naciones

### 2.2.8.1. DESARROLLO DE LAS COMPARACIONES DE MODELOS NORMATIVOS GENERALES

-OBTENCIÓN DE LA CRUCE ENTRE NACIONES

#### Cruce Nicaragua – MINSAL

Tabla 23. Cruce Nicaragua-MINSAL

INDICADORES DE NORMA NICARAGUA	MINSAL	VARIACION
Cumplimiento de la calidad en la atención medica programa	En el MINSAL solo se tiene el control de brindar el servicio al paciente que lo necesita, sin un control directo de la calidad. Se podría decir que el sistema enfatiza la calidad en aspectos relacionados al trato cordial, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, procesos de atención, competencia técnica, entre otros.	Falta el control directo de la calidad en la atención médica. Se deberá de tener un indicador directo que documente y controle el cumplimiento de este, que vaya de la mano con la programación que se estima por cada periodo de servicio.
Control de todas las muertes maternas auditadas	Control estadístico de las muertes maternas. Acompañadas con un plan de acción para la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna.	Falta una documentación más detallada de todos los casos que se presentan para poder tener las acciones correctivas cada vez más exactas y que se adapten cada cierto tiempo.
Control de muertes perinatales auditadas	Control estadístico de muertes perinatales. Acompañadas con un plan de acción para su reducción de la mortalidad.	Falta una documentación más detallada de todos los casos que se presentan para poder tener las acciones correctivas cada vez más exactas y que se adapten cada cierto tiempo.
Control de muertes neonatales auditadas	Control estadístico de muertes neonatales para datos estadísticos. Acompañadas con un plan de acción para su reducción de la mortalidad.	Falta una documentación más detallada de todos los casos que se presentan para poder tener las acciones correctivas cada vez más exactas y que se adapten cada cierto tiempo.
Control de asfixias neonatales severas auditadas	Control estadístico de asfixias neonatales. Acompañadas con un plan de acción para su reducción de la mortalidad.	Falta una documentación más detallada de todos los casos que se presentan para poder tener las acciones correctivas cada vez más exactas y que se adapten cada cierto tiempo.
Control de quejas auditadas	El MINSAL recibe las quejas para revisarlos a nivel gerencial y armar. El Plan Quinquenal de acción para las correcciones. También se tiene un control estadístico de las quejas donde se ocupa como método para que la ciudadanía tenga una participación activa en la defensa del derecho a la salud y	El control de quejas se aplica de una manera aceptable. Falta de una documentación más detallada de todas las quejas que llegan al MINSAL, para poder tener un control total de las quejas que se les ha proporcionado

Porcentaje de egresos auditados total y por servicios	evaluación de la calidad de los servicios prestados. Control estadístico de los egresos que se tengan por periodo. Para llevar los correctos indicadores de recursos humanos, acceso y cobertura de servicios en orden y actualizados.	una respuesta adecuada y las que están pendientes. Se lleva un control adecuado de todos los egresos hospitalarios que se tienen en cada periodo de control.
Porcentaje de consultas ambulatorias auditadas total por servicios	Control estadístico de las consultas brindadas. Para llevar un control de las inspecciones que se dan afuera de las instalaciones del MINSAL, en los esfuerzos por reforzar la medicina preventiva.	Se lleva un control adecuado de todas las consultas ambulatorias realizadas por cada periodo de control. Para tener un mayor control se requiere que se documente de una manera más detallada las consultas y se deje claro el servicio que se ha brindado.

### **Cruce Brasil – MINSAL**

Tabla 24. Cruce Brasil-MINSAL

CATEGORIAS BRASIL	MINSAL		VARIACION
ADECUACIÓN DE LA ESTRUCTURA	Accesibilidad organizacional	Prontitud para recibir atención	Los pacientes se clasifican por su nivel de complicación, así será la prontitud y grado de atención que reciba el individuo. Se tienen esfuerzos para atender al paciente en el tiempo más corto posible con la redirección adecuada. Respetando la gravedad del paciente y la especialidad que necesite su caso.
		Equidad o trato igualatorio	La equidad es uno de los valores con el que se rige el MINSAL y lo plasma en su plan estratégico. Que sirve de apoyo para garantizar la igualdad real y efectiva. De tanto mujeres y hombres, sin ningún tipo de discriminación se les debe atender y brindar el servicio que necesiten.
			Se tiene la falta de una buena clasificación de los pacientes y por ende un tiempo muy prolongado para que los pacientes reciban el servicio. Esto se da en los pacientes de gravedad y que necesitan alguna especialidad. Ya que su clasificación es lenta y tardan en llegar a su nivel de atención correspondiente.  Se tiene un déficit para la clasificación de los pacientes, esto provoca que los pacientes que necesitan una atención básica como en la brinda una unidad de salud son redirigidos a recibir el servicio en los hospitales de tercer nivel. Lo que provoca un desequilibrio, ya que los pacientes de gravedad y que necesitan una especialidad, deben esperar turno con pacientes con necesidades no tan graves y que no requieren especialización.

	Gestión administrativa ágil y coordinada	Se tienen planes de gestión con la descentralización adecuada para poder brindar un servicio ágil y rápido a los pacientes. Esto le ayuda al MINSAL a actuar de forma coordinada y precisa en los momentos adecuados.	Se aplica aceptablemente la gestión administrativa en el MINSAL, pero la poca agilidad de coordinación que se tiene al momento de realizar el servicio hace que el paciente deba esperar un tiempo considerablemente largo para ser tratado.
	Tiempo adecuado de consulta	Se han hecho esfuerzos para que todos los pacientes reciban su servicio en el tiempo más corto posible.	Aunque el sistema actual tiene sus dificultades para la clasificación de los niveles de atención. El MINSAL trata siempre que sea el menor tiempo posible para que el paciente pueda recibir su consulta aunque por la gran cantidad de población que atiende esto no se logra como se es planeado.
	Atención domiciliaria	El MINSAL no cuenta con este literal, solo las inspecciones que se dan afuera de las instalaciones del MINSAL, que son parte de los esfuerzos del plan de medicina preventiva.	Se cuenta con las consultas ambulatorias. La atención domiciliaria es un tipo de servicio que por el momento en el MINSAL no se encuentra disponible.
Accesibilidad a la información	Orientación sobre trámites administrativos	Poca información sobre los tramites a realizar, en cada hospital se tiene los lineamientos para informar a sus pacientes sobre los pasos a realizar en cada tramite. Y el establecimiento del Sistema Único de Información ayuda en la rapidez del envío y recepción de información.	A los pacientes se les dificulta en dados casos entender los trámites administrativos por la poca información que reciben, por lo cual acuden al personal para que les informe personalmente la manera correcta de realizar los trámites. No se ha podido penetrar en la mente de los pacientes para que entiendan los trámites que deben hacer y se informen por los diferentes medios que el MINSAL ocupa para dar a conocer esta información.
	Orientación sobre servicios sanitarios	Se tienen controles de sanidad sobre el control de servicios sanitarios que se deben tener, también se cuenta con manuales de sanidad. Se cuenta con las Oficinas Sanitarias Internacionales que como la autoridad competente para responder a eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia nacional o internacional.	Se cuenta con una excelente orientación sobre los servicios sanitarios, ya que se cuenta con la correcta señalización y carteles informativos en los lugares adecuados para captar la atención de los pacientes.

Nivel técnico de la atención

Disponibilidad de recursos	Recursos físicos y suficientes	Los recursos son limitados pero cumplen con la demanda de los pacientes que llegan para recibir atención, cobertura alcanzada para cubrir la demanda.	Los recursos con los que cuenta el MINSAL son limitados, por ende con el correcto uso y administración que se les aplique pueden llegar a satisfacer a la población que periódicamente llegan a solicitar servicio.
	Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas	Se tiene la disponibilidad y control de los medicamentos para poder brindar el servicio, de los insumos y materiales no se lleva un control tan profesional pero si se cuenta con buenas prácticas para su manipulación, almacenaje, evaluación y vigilancia de los materiales, insumos y medicamentos.	Se tiene un aceptable control en la disponibilidad de materiales e insumos. Y por los esfuerzos realizados en el control de medicamentos se puede decir que se tiene una aceptable disponibilidad de medicamentos.
	Recurso humano suficiente y especializado	El recurso humano cuenta con un control para su contratación y ubicación adecuada en los hospitales para poder brindar el mayor beneficio a los pacientes, el recurso humano está fuertemente ligado a la capacidad financiera y presupuesto que se cuente la institución, también se cuenta con la política nacional de desarrollo de recurso humanos en salud, para siempre estar a la vanguardia en todos los avances médicos con personal capacitado.	El recurso humano que se tiene en los hospitales es suficiente para atender a la población esperada, con un buen control de los demás recursos se podría dar un buen servicio a los pacientes.
Resolutividad	Buena intervención clínica	Se tiene un manual técnico para poder brindar la atención clínica más adecuada, con las metodologías y pasos ya descritos en él.	Se tiene una buena y profesional intervención clínica, cumpliendo aceptablemente con lo estipulado en los manuales técnicos y con el trato aceptable que esperan los pacientes.
	Transferencia de usuarios a niveles especializados	Se cuenta con los manuales correspondientes para tener una excelente clasificación de los pacientes según su nivel de especialización que necesitan.	Se tiene déficits en la transferencia de usuarios al correspondiente nivel que su gravedad lo amerita, y se está teniendo planes de implementación para tener una correcta categorización de los pacientes y dirigirlos al nivel exacto donde será atendida su gravedad.
Cuantificación	Profesionales	Los profesionales son capacitados	Los profesionales que trabajan en el MINSAL

Humanización  
en la asistencia

técnica del personal	capacitados	periódicamente en diversos temas para poder brindar cada vez un mejor servicio.	son capacitados periódicamente para siempre estar a la vanguardia en los temas de salud.
	Exploración física del paciente	Se cuenta con una metodología ya establecida para tomarle los datos correspondientes a cada paciente, son pasos generales.	Se cuenta con una correcta exploración física de los pacientes, lo que provoca una aceptación de parte del paciente por el servicio recibido.
	Atención integral en salud prevención y promoción	Se cuenta con garantía de la salud y seguridad social, donde se aplica la medicina preventiva.	Se aplican varios planes para aplicar la medicina preventiva y se brindan campañas para concientizar a la población sobre las prevenciones que debe tener en determinados casos en donde su salud está en juego.
Relaciones empáticas y respetuosas	Trato amable y cálido	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable.	Se tiene un trato estrictamente profesional entre los profesionales trabajadores del MINSAL y el paciente, que llega a ser en determinados casos poco amable y poco cálido.
Comunicación asertiva	Receptividad en la información	Se tiene la información más sencilla posible para poder tener la mayor receptividad en el paciente. También se cuenta con personal de apoyo para resolver cualquier duda.	Se tiene dificultad en determinados casos para la recepción de la información por parte de los pacientes, pero con un personal que los guíe los pacientes no experimentan ningún inconveniente.
	Información clara a los usuarios	Se trata de manejar pasos e información clara para todos los pacientes, más con el establecimiento del Sistema Único de Información ayuda en la rapidez del envío y recepción de información en todas las instituciones del MINSAL.	Se tiene información clara para el usuario y para evitar que el cliente que queden dudas siempre esté el personal listo para aclarar cualquier duda que se le aparezca.



**Cruce Colombia – MINSAL**

Tabla 25. Cruce Colombia-MINSAL

CATEGORIAS COLOMBIA	Sub categorías	MINSAL	VARIACION
Adecuación a la estructura	Accesibilidad al servicio	Prontitud para recibir atención Los pacientes se clasifican por su nivel de complicación, así será la prontitud y grado de atención que reciba el individuo. Se tienen esfuerzos para atender al paciente en el tiempo más corto posible con la redirección adecuada. Respetando la gravedad del paciente y la especialidad que necesite su caso.	Se tiene la falta de una buena clasificación de los pacientes y por ende un tiempo muy prolongado para que los pacientes reciban el servicio. Esto se da en los pacientes de gravedad y que necesitan alguna especialidad. Ya que su clasificación es lenta y tardan en llegar a su nivel de atención correspondiente.
	Equidad en la atención	La equidad es uno de los valores con el que se rige el MINSAL y lo plasma en su plan estratégico. Que sirve de apoyo para garantizar la igualdad real y efectiva De tanto mujeres y hombres, sin ningún tipo de discriminación se les debe atender y brindar el servicio que necesiten.	Se tiene un déficit para la clasificación de los pacientes, esto provoca que los pacientes que necesitan una atención básica como en la brinda una unidad de salud son redirigidos a recibir el servicio en los hospitales de tercer nivel. Lo que provoca un desequilibrio, ya que los pacientes de gravedad y que necesitan una especialidad, deben esperar turno con pacientes con necesidades no tan graves y que no requieren especialización.
	Gestión administrativa ágil y coordinada	Se tienen planes de gestión con la descentralización adecuada para poder brindar un servicio ágil y rápido a los pacientes. Esto le ayuda al MINSAL a actuar de forma coordinada y precisa en los momentos adecuados.	Se aplica aceptablemente la gestión administrativa en el MINSAL, pero la poca agilidad de coordinación que se tiene al momento de realizar el servicio hace que el paciente deba esperar un tiempo considerablemente largo para ser tratado.
	Tiempo adecuado de consulta	Se han hecho esfuerzos para que todos los pacientes reciban su servicio en el tiempo más corto posible, aunque el sistema actual tiene sus dificultades para la clasificación de los niveles de atención.	Aunque el sistema actual tiene sus dificultades para la clasificación de los niveles de atención. El MINSAL trata siempre que sea el menor tiempo posible para que el paciente pueda recibir su consulta aunque por la gran cantidad de población

			que atiende esto no se logra como se es planeado.
Accesibilidad a la información	Orientación sobre trámites administrativos	Poca información sobre los tramites a realizar, en cada hospital se tiene los lineamientos para informar a sus pacientes sobre los pasos a realizar en cada tramite. Y el establecimiento del Sistema Único de Información ayuda en la rapidez del envío y recepción de información.	A los pacientes se les dificulta en dados casos entender los trámites administrativos por la poca información que reciben, por lo cual acuden al personal para que les informe personalmente la manera correcta de realizar los trámites. No se ha podido penetrar en la mente de los pacientes para que entiendan los trámites que deben hacer y se informen por los diferentes medios que el MINSAL ocupa para dar a conocer esta información.
	Estados de salud de familiares	Hay metodología para brindar información acerca de la salud a familiares. Esta misma se utiliza en las redes que prestan servicios de salud por niveles de atención: primero, segundo y tercer nivel. Aquí es donde se reúne toda la información y actualizada constantemente sobre la salud de familiares.	Se cuenta con una excelente accesibilidad para el paciente y los familiares para saber los últimos avances en los tratamientos y estados de salud. Ya que se cuenta con la correcta documentación del caso del paciente y esta información puede estar al alcance los parientes.
Disponibilidad de recursos	Recursos suficientes y adecuados	Los recursos son limitados pero cumplen con la demanda de los pacientes que llegan para recibir atención, cobertura alcanzada para cubrir la demanda.	Los recursos con los que cuenta el MINSAL son limitados, por ende con el correcto uso y administración que se les aplique pueden llegar a satisfacer a la población que periódicamente llegan a solicitar servicio.
	Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas	Se tiene la disponibilidad y control de los medicamentos para poder brindar el servicio, de los insumos y materiales no se lleva un control tan profesional pero si se cuenta con buenas prácticas para su manipulación, almacenaje, evaluación y vigilancia de los materiales, insumos y medicamentos.	Se tiene un aceptable control en la disponibilidad de materiales e insumos. Y por los esfuerzos realizados en el control de medicamentos se puede decir que se tiene una aceptable disponibilidad de medicamentos.
	Recursos humanos suficientes y adecuados	El recurso humano cuenta con un control para su contratación y ubicación adecuada en los hospitales para poder brindar el mayor beneficio a los pacientes, el recurso humano está fuertemente	El recurso humano que se tiene en los hospitales es suficiente para atender a la población esperada, con un buen control de los demás recursos se podría dar un buen servicio a los pacientes.

Nivel técnico de la atención			ligado a la capacidad financiera y presupuesto que se cuente la institución, también se cuenta con la política nacional de desarrollo de recurso humanos en salud, para siempre estar a la vanguardia en todos los avances médicos con personal capacitado.	
	Resolutividad	Buena intervención clínica	Se tiene un manual técnico para poder brindar la atención clínica. Y se lleva un control estadístico de cada intervención en los distintos niveles de atención. Hasta el momento la tendencia es hacia un aumento sostenido de las intervenciones de carácter preventivo y una disminución sostenida de las intervenciones de carácter curativo.	Se tiene una buena y profesional intervención clínica, cumpliendo aceptablemente con lo estipulado en los manuales técnicos y con el trato aceptable que esperan los pacientes.
		Medicina de calidad	El MINSAL aplica un control de calidad en las medicinas que ofrecen y se apoya fuertemente en el centro nacional de farmacovigilancia para tener un control de la comercialización y distribución a nivel nacional.	Se cuenta con la medicina de calidad gracias a las unidades de vigilancia y de control que se tiene en las áreas de farmacia, en el almacén y el alto control de calidad que se le aplica a las medicinas en el MINSAL
	Cualificación técnica del personal de salud	Profesionales calificados	Se tiene un control de las contrataciones y los perfiles que se tienen que buscar para cada puesto en el MINSAL, también se tiene el compromiso de tener al mejor personal calificado para poder brindar un excelente servicio a los pacientes.	Los profesionales que trabajan en el MINSAL son capacitados periódicamente para siempre estar a la vanguardia en los temas de salud.
		Exploración física o clínica del usuario	Se cuenta con una metodología ya establecida para tomarle los datos correspondientes a cada paciente, son pasos generales.	Se cuenta con una correcta exploración física de los pacientes, lo que provoca una aceptación de parte del paciente por el servicio recibido.
Humanización de la asistencia	Relaciones empáticas	Trato amable y cálido	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato	Se tiene un trato estrictamente profesional entre los profesionales trabajadores del MINSAL y el

Capacidad de atender quejas

		aceptable.	paciente, que llega a ser en determinados casos poco amable y poco cálido.
	Interés manifiesto por el usuario	Se trata de cumplir siempre con las necesidades prontas de cada usuario y se lleva un control de opines y quejas.	Se tiene claro el interés de todo usuario, para así poder atenderlo de la mejor manera y restablecer su salud lo mejor posible.
	Consideraciones y confidencialidad	Hay controles de ética en todo el personal.	Se tiene una correcta confidencialidad dentro del MINSAL, lo que lleva a tener una correcta relación con los pacientes.
	Buena comunicación	Se lleva al paciente informado en todo momento o a la persona encargada, sobre todo el servicio que se le brindara.	Se tiene una aceptable comunicación en todo el momento de la atención prestada.
Capacidad de resolución	Marco interpretativo de calidad	Se tienen lineamientos para mejorar la calidad continuamente, donde se resaltan las políticas y jurídico con que se rige el MINSAL y tiene de base marco normativo para brindar un servicio de calidad.	Se tiene en el MINSAL una correcta mentalidad hacia la calidad y la excelencia en el servicio de salud.
	Receptividad de reclamos	Se recibe las quejas para revisarlos a nivel gerencial y armar El Plan Quinquenal de acción para aplicar las debidas correcciones si es debido.	Se tiene un control de quejas, denuncias, solicitudes a las cuales se les ha su debido tiempo el MINSAL ha proporcionado respuesta, en relación con las recibidas adecuadamente. Por lo cual se puede decir que es una receptividad aceptable
	Respetar opinión del usuario	Se aplica la retroalimentación necesaria con las sugerencias, opiniones y quejas del usurario.	Se tiene un control de opinión del usuario que sirve como punto de partida para la mejora del servicio y que también se les ha proporcionado respuesta en un tiempo más prolongado que para los reclamos.

**Cruce España – MINSAL**

Tabla 26. Cruce España-MINSAL

Modelo EFQM España		MINSAL	VARIACION
	<p><b>LIDERAZGO</b></p> <p>Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes</p> <p>Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes</p> <p>Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes</p> <p>Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</p> <p>Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes</p> <p>Se comunica a los pacientes y/o</p>	<p>Se tiene claro cuáles son la misión, visión y valores que el MINSAL quiere representar y esto se puede ver en el plan estratégico que se brinda en el plan quinquenal.</p> <p>Se contemplan esfuerzos aislados de seguridad hacia el paciente como lo es para su ambiente, alimenticio, sanidad y ocupacional. Respaldados en lineamientos claros para el cuidado y la seguridad de todos los usuarios o pacientes que atiende el MINSAL.</p> <p>La cultura organizacional se expresa en bajo nivel.</p> <p>Se dan reuniones para mejorar la seguridad de los pacientes como también capacitaciones sobre temas afines.</p> <p>Se implica un desarrollo en las estructuras organizativas para poder implementar conjuntamente un avance, ya que actualmente en las estructuras son esfuerzos aislados que se aplican para garantizar la seguridad de los pacientes.</p> <p>Hay metodología para brindar información</p>	<p>Se contempla correctamente la misión, visión y valores de la seguridad de los pacientes.</p> <p>Se puede mejorar el modelo de cuidados que se tiene actualmente en el MINSAL en el aspecto de seguridad de los pacientes, ya que como solo se tienen esfuerzos aislados falta una unificación de todos estos esfuerzos en uno solo para una correcta implantación y control.</p> <p>No se transmite adecuadamente la cultura de la organización a los pacientes.</p> <p>Se tienen reuniones para mejorar la seguridad de los pacientes aunque la participación en diversos casos es baja o los empleados no le dan la importancia que es debido a las reuniones.</p> <p>Se aplican esfuerzos aislados para mejorar la seguridad de los pacientes, falta la estructuración correcta todos los esfuerzos para que engloben todos los trabajos que se han hecho hasta la fecha y que dé continuidad y retroalimentación para tener una mejora continua.</p> <p>Se tienen las medidas</p>

<p>familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes</p>	<p>acerca de la salud a familiares. Esta misma se utiliza en las redes que prestan servicios de salud por niveles de atención: primero, segundo y tercer nivel. Aquí es donde se reúne toda la información y actualizada constantemente sobre la salud de familiares. Y se brinda la información correspondiente a los pacientes que la soliciten.</p>	<p>correspondientes para comunicar determinada información o indicaciones a los pacientes que agilice el servicio de salud.</p>
<p>Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes</p>	<p>Se cuentan con un plan quinquenal donde se establecen los pasos para que los profesionales con los que cuenta el MINSAL cumplan con su papel.</p>	<p>Se comunica a los profesionales del MINSAL las estrategias, objetivos y metas que deben cumplir en materia de seguridad de los pacientes antes de que brinden el servicio.</p>
<p>Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora</p>	<p>Se utilizan los indicadores de seguridad para la redacción del nuevo plan quinquenal y efectuar una retroalimentación que busque la mejora en el servicio.</p>	<p>Se utilizan los resultados de los indicadores que posee el MINSAL para poder hacer medidas correctivas o de mejora que tengan un efecto positivo en los pacientes y en la población que atiende.</p>
<p>Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora</p>	<p>Se lleva un control estadístico de los riesgos que afectan a los pacientes, para posteriormente planificar las acciones correctivas que resuelvan de la mejor manera ese problema.</p>	<p>Se lleva un control de todos los riesgos que afectan a los pacientes, a largo plazo se realizan esfuerzos para erradicar esos riesgos y mejorar la seguridad de los pacientes.</p>
<p>Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</p>	<p>Se lleva un control de los colaboradores en la reuniones efectuadas para mejorar la seguridad</p>	<p>No se les reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad, ya que una de las políticas del MINSAL es que la seguridad es responsabilidad de todos y no se puede reconocer individual a un colaborador por la participación de las reuniones efectuadas para mejorar la seguridad.</p>
<p>POLITICA Y ESTRATEGIA</p>		
<p>Se identifican las expectativas y</p>	<p>Se dispone del mejor personal posible en el</p>	<p>El MINSAL siempre trata de estar</p>

necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.	área de especialidad para poder brindar una buena atención. Y poder brindar una mejora en la seguridad de los pacientes.	a la vanguardia en los temas de salud y como atender las necesidades de la población.
Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	Los indicadores se incluyen en las reuniones gerenciales para su evaluación y propuesta de mejora	Se manejan los indicadores para tener un control de los distintos aspectos de la atención al paciente y se realizan esfuerzos para mejorar continuamente.
Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	En el nivel gerencial se tienen comparaciones con los 3 hospitales de tercer nivel.	No se tiene una comparación con otro hospital similar, ya que los 3 hospitales de tercer nivel se manejan independientemente con una gerencia autónoma que vela por la seguridad de sus pacientes.
Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes	Se tiene la unidad correspondiente para mejorar las políticas y periódicamente se aplican las mejoras requeridas.	El nivel gerencial con la revisión de los diferentes políticas realiza una retroalimentación correspondiente cada cierto tiempo en busca de una oportunidad de mejora.
Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	Se elabora El Plan Quinquenal y se maneja como eje Estratégico de la Reforma de salud en donde se toca la Intra e intersectorialidad.	Se elabora el Plan Quinquenal que engloba todos los esfuerzos que se realizaran en un determinado tiempo, en él se plantea el enfoque con el que seguirá la continuidad asistencial Intra e intersectorialidad.
Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales	Se tiene un control seguridad ocupacional en las instalaciones.	Se realizan distintas evaluaciones sobre la seguridad ocupacional en los entornos del MINSAL.
Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	Se le brinda la información correspondiente al paciente y al personal profesional sobre la política de seguridad.	No, Hay sanciones para las malas prácticas o equivocaciones que se tengan en el servicio, la política se da a conocer como una guía para evitar cualquier altercado en las labores de salud.
Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los	Se elaboran los objetivos que se deben seguir a nivel gerencial en la elaboración del	No existe en el sistema del MINSAL

	profesionales de los servicios	plan quinquenal.	
<b>PERSONAS</b>			
	Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	Se tiene una política para la asignación de recursos humanos.	Se dispone de una política para la asignación de los recursos humanos donde sean requeridos según su grado de estudio, especialización y experiencia que se tenga en el área.
	Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	Se tiene un control de los perfiles de los profesionales adecuados para cada puesto de atención en el MINSAL.	Se trata siempre de tener a los mejores profesionales en el tema salud, y ubicarlos según su especialidad en los 3 hospitales de tercer nivel.
	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	Se tiene en formación continua a los profesionales, para siempre estar actualizados y capacitados en los últimos avances informativos y tecnológicos en el sector salud.	Se fomenta el acceso a los profesionales a programas de formación, aunque esto está relacionado con el puesto que ejerce el profesional en el MINSAL y el cargo que ocupa.
	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	Se tiene una capacitación introductoria a los nuevos reclutas contratados y los estudiantes de medicina.	No, Se dispone de un plan de formación para todo el nuevo profesional que trabaja en el MINSAL con talleres introductores, explicación de puestos, cargos, estructura de la entidad, las políticas que debe cumplir. Y dependiendo del cargo que ocupa se le exponen los indicadores de mayor riesgo que afectan a los pacientes.
	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	Las evaluaciones siempre están enfocadas a mejorar la seguridad de los pacientes	No, Se evalúa el desempeño del empleado de manera general en la cuestión de atención al paciente.
	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	Hay reuniones establecidas para promover la participación de los profesionales en el tema de seguridad.	Hay reuniones que se efectúan para informar a todo el personal trabajador del MINSAL sobre el tema de seguridad, los objetivos, metas y las estrategias que se



	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	Se fomenta la capacitación de los profesionales en el tema de seguridad	deberán tomar para cumplirlas. No se fomenta la investigación de los profesionales en los temas relacionados con la seguridad de pacientes.
	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	Hay reuniones establecidas para promover la participación de los profesionales en el tema de seguridad.	En las reuniones que se efectúan en el tema de seguridad los profesionales tiene la libertad de hacer sus observaciones y sugerencias.
	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes	Se lleva un control de los participantes para posterior consideraciones.	No se recompensa los profesionales por su participación.
<b>ALIANZA Y RECURSOS</b>			
	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.	Se tiene un control de calidad estricto en los alimentos y medicinas. Se tiene diversos esfuerzos para garantizar a los pacientes, que el consumo de medicinas y alimentos en el MINSAL será de primer nivel.	Se solicitan a los proveedores de alimentos una certificación y se aplican métodos analíticos para la evaluación de la calidad de los medicamentos al igual que los alimentos.
	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos	Existen esfuerzos aislado para la adquisición de material.	No se cuenta con un tipo de política semejante
	Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece un sistema de mantenimiento preventivo para las instalaciones y aparatos de electromedicina.	Se dispone de planes de acción para la seguridad y mantenimiento del edificio.	Se tienen diversos esfuerzos en el tema de seguridad ocupacional que abarca los aspectos señalados en este apartado.

	Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas	Solo hay un control y cuidado de los accesos para que las unidades puedan entrar a los hospitales.	No se cuenta con este tipo de protocolo.
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	Se dispone de seguridad ocupacional con sus planes ya establecidos y en aplicación.	Se tiene un sistema de seguridad aplicado a medias, donde se tienen las distintas barreras de seguridad, señalización y controles para evitar cualquier lesión de los pacientes.
	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	Se cuentan con diversos esfuerzos sanitarios en los distintos hospitales.	No se cuenta con este dispositivo en las áreas requeridas.
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades.	Se lleva un control de almacén muy detallado de todo lo que se guarda	Únicamente se lleva un control muy estricto de los fármacos que se manejan en el MINSAL.
	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	Se lleva un sistema de clasificación de los pacientes para tener un control.	Si se lleva un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes, también se lleva el historial médico de cada uno, correctamente documentado.
	Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina	Se tiene un protocolo general para la formación, uso, manejo y medidas de protección de todos los bienes del MINSAL	No se tiene un plan específico solo un protocolo general para el cuidado de los bienes del MINSAL
<b>PROCESOS</b>			
	Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.	Existen protocolos para la atención a pacientes ya establecidos en los manuales técnicos del MINSAL	No existe una valoración del servicio
	Existe un protocolo para la identificación de pacientes	Existen protocolos para la correcta identificación y clasificación de los pacientes según su grado de gravedad o especialización que necesiten	Si existe un protocolo para la identificación y clasificación de los pacientes
	Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil	Se lleva un control estadístico de las notificaciones	No se tiene un sistema de análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil. Actualmente en el MINSAL no se cuenta con un sistema así.

Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos	Se tienen protocolos generales para el cuidado de los pacientes	No se tiene un protocolo específico para pacientes paliativos
Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios	Se tiene un control y protocolo estricto para los riesgos sanitarios	Si se tiene un protocolo para la información a pacientes y familiares sobre los riesgos sanitarios
Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes	Se tiene un control y protocolo para las clínicas de manera general y la toma de muestras	No se tiene un protocolo específico para la calidad de las historias clínicas
Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo	Se tiene un control estricto de los medicamentos que son destinados a todos los pacientes de tercer nivel	Si se está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo
Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor	Se tienen protocolos generales para el manejo de pacientes	No se lleva un protocolo específico para este tipo de pacientes
Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes	Se tienen protocolos generales para la contención de pacientes	No se lleva un protocolo específico para este tipo de pacientes
Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes	Se tienen protocolos generales para la prevención de caídas	Se tienen los planes de seguridad ocupacional en donde se efectúa la prevención de la caídas de los pacientes
Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión	Se tienen protocolos generales para el tratamiento de pacientes	No se lleva un protocolo específico para este tipo de pacientes
Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales	Se tienen protocolos generales para el control de las infecciones, en donde se explica las medidas correctas para la protección del paciente y para el control del personal profesional	Si se tienen los manuales para el control de infecciones
Está implantado un protocolo de lavado de manos	Se tienen manuales para la sanidad en las instalaciones del MINSAL	Se tiene un protocolo para el correcto lavado de manos
Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos	Se tiene protocolo para la seguridad general del paciente	No se lleva un protocolo específico para este tipo de pacientes

intervencionistas	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	Se tiene protocolo para la seguridad general del paciente en general	No se lleva un protocolo específico para este tipo de pacientes
	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados	Se tiene un sistema de control de sangre y hemoderivados ya establecido en el MINSAL.	Se tiene un sistema que conlleva un cierto nivel de calidad, ya que se puede efectuar la trazabilidad desde la recepción de la sangre y hemoderivados hasta el paciente que los recibirá.
	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	Se tiene un manual de bio seguridad donde se explica el protocolo con el que se rige el MINSAL	Si se tiene un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas
	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	Se cuenta con un protocolo general para la identificación de las alergias e intolerancias del paciente que ingresa por primera vez a un hospital del MINSAL	Si se cuenta un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes
	Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes	Hay un protocolo general para la conciliación con el paciente por cualquier inconveniente	Si hay un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes
	Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta	Ya existe un protocolo general donde se expone la información sobre los cuidados que se deben hacer al alta	Si se cuenta un protocolo de necesidades de cuidados al alta
<b>RESULTADOS EN LOS PACIENTES</b>			
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	Se tiene el déficit de error en el sistema de identificación del paciente en el proceso de hospitalización	No se tiene una correcta identificación durante todo el proceso de hospitalización y esto le suma tiempo de espera a que el paciente reciba el tratamiento y los cuidados que necesita.
	Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso	Se tiene un protocolo para la acogida de cualquier paciente en el momento del ingreso en uno de los hospitales del MINSAL	Si se tiene el protocolo de acogida al ingreso
	Pacientes que perciben accesible	Hay protocolo de atención al paciente para	No se lleva un control de la

y seguro el entorno hospitalario	que este cuente con un trato aceptable No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.	percepción que el paciente tiene hacia el entorno hospitalario
Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.	No se lleva un control de la percepción que el paciente tiene hacia el entorno hospitalario
Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.	No se lleva un control de la percepción que el paciente tiene hacia el entorno hospitalario
Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.	No se lleva un control de la percepción que el paciente tiene hacia el entorno hospitalario
Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.	No se lleva un control de la percepción que el paciente tiene hacia el entorno hospitalario
Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.	No se lleva un control de la percepción que el paciente tiene hacia el entorno hospitalario
Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.	No se lleva un control de la percepción que el paciente tiene hacia el entorno hospitalario
Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	Hay protocolo de atención al paciente para que este cuente con un trato aceptable. No se controla la percepción del paciente solo las quejas y sugerencias.	No se lleva un control de la percepción que el paciente tiene hacia el entorno hospitalario
<b>RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES</b>		
Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de	No se lleva un control de los profesionales periódico para conocer su nivel de conocimiento

	sobre su consecución	seguridad.	sobre esta área.
	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.	No se lleva un control de los profesionales periódico para conocer su nivel de conocimiento sobre esta área.
	Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes.	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.	No se lleva un control de los profesionales periódico para conocer su nivel de conocimiento sobre esta área.
	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.	No se lleva un control de los profesionales periódico para conocer su nivel de conocimiento sobre esta área.
	Profesionales que sufren accidentes laborales	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, y hay políticas que el MINSAL debe tomar cuando suceden accidentes laborales.	No se lleva un control de los accidentes laborales.
	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer los sistemas de notificación.	No se lleva un control de los profesionales periódico para conocer su nivel de conocimiento sobre esta área.
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.	No se lleva un control de los profesionales periódico para conocer su nivel de conocimiento sobre esta área.
	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y general, ya que deben conocer objetivos de seguridad.	No se lleva un control de los profesionales periódico para conocer su nivel de conocimiento sobre esta área.
	Absentismo laboral en profesionales	El protocolo establecido para los profesionales es igual para todos y también los deberes que debe de cumplir cualquier empleado del MINSAL.	No se lleva un control del absentismo adecuado en el MINSAL.
<b>RESULTADOS EN LA SOCIEDAD</b>			
	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	Hay actividades de salud preventiva, control ambiental y seguridad social.	Existen diversas actividades de seguridad en las que participa el hospital dirigidas a la población

Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	No cuenta con este tipo de relación de las asociaciones y profesionales	No cuenta con este tipo de actividad el MINSAL
Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/o asistencia	Hay esfuerzos sobre buenas prácticas efectuadas en los fármacos, alimentos, procedimientos de laboratorio y control sanitario.	No se cuenta con premios o certificaciones, pero si se cuenta con distinciones que el mismo MINSAL se ha otorgado de los niveles gerenciales a los encargados de cada hospital de tercer nivel
Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	El MINSAL es consiente del impacto ambiental que efectúa y tiene planes para contrarrestarlo, por eso sea creado la Unidad Ambiental.	Si, está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital.
Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes	Se tiene presencia del hospital en los medios de comunicación para resolver cualquier incidente.	Si se tiene presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	Hay un control de quejas en todos los niveles del MINSAL	Si hay un control de quejas, reclamaciones, demandas sobre incidencias derivadas de la asistencia, que deben ser resueltas por la unidad encargada del MINSAL.
<b>RESULTADOS CLAVE</b>		
Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes que refieren dolor	Se llevan un control estadístico de este tipo	Si se tiene un control estadístico,

	durante el ingreso	de eventos para poder efectuar planes correctivos	aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
	Pacientes que sufren broncoaspiración	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a



		todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado

	correctivos	la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes sometidos a cirugía errónea	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL
Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en

Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	Se llevan un control estadístico de este tipo de eventos para poder efectuar planes correctivos	<p>el MINSAL</p> <p>Si se tiene un control estadístico, aunque debería ser más detallado la documentación de cada caso que se da para posterior análisis y poder tener una mejor respuesta a todos los eventos que suceden en el MINSAL</p>
--	---	---

### 2.2.9. Análisis comparativo de países base junto al punto de partida del MINSAL con a su variación

Los indicadores de los países base como Brasil, Colombia, Nicaragua y España presentan esqueletos estructurados según el alcance de control que ellos buscan establecer en cada país, por el momento en nuestro país no poseemos una estructuración capaz de generar una medición satisfactoria hacia nuestro rendimiento, sin embargo al generar el análisis comparativo se muestra que nos encontramos en un punto intermedio ni lejos de la meta pero tampoco cumpliendo el 100% como debería de ser, la mejora diaria es la clave para lograr aumentar el cumplimiento de ciertos índices prioritarios y claves para el correcto funcionamiento de los tres hospitales de la capital.

## 2.2.10. TABULACIÓN DE LOS INDICADORES DE LAS NORMAS INTERNACIONALES

### 2.2.10.1. Justificación del ganador

Difícilmente se podrá abarcar todos los aspectos que deberían de evaluarse dentro de un hospital pero se tomó las categorías o criterios más generales para poder generar una evaluación justa entre modelos de países base, los criterios se dividieron en tres categorías:

- **Atribuibles:**  
Esta categoría básicamente hace referencia a los criterios que deben ser tomados como responsabilidad general del hospital.
- **Dimensiones:**  
Esta categoría se concentra en los criterios de alcance que pueda tener el establecimiento de salud.
- **Indicadores excluyendo estructura y recursos**  
Esta categoría es exclusivamente para los procesos y resultados

Se busca encontrar el modelo más completo que tome en cuenta los criterios que se ha tomado como base para la calificación de las categorías.

Tabla 27. Criterios para selección de ganador

<b>CRITERIOS</b>	<b>CATEGORIAS</b>
<b>Atribuibles</b>	
	Demoras
	Continuidad
	Adecuación de indicación o procedimiento
	Seguridad
	Reingresos
	Mortalidad
<b>Dimensiones</b>	
	Efectividad
	Seguridad
	Accesibilidad
<b>Indicadores excluyendo estructura y recursos</b>	
	Proceso
	Resultado

El objetivo de esta evaluación es la elaboración de un modelo inicial general de estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente.

La parte esencial de este proceso es buscar los modelos más completos para poder tomar como modelo inicial general el que reúna las características buscadas según los criterios establecidos.

Así que la primera evaluación será para identificar cuales sistemas o modelos toman en su mayoría o memoria los campos especificados.

Los países que participaran en la evaluación son los siguientes:

- Colombia
- Nicaragua
- Brasil
- España

Cada uno de los antes mencionados será puesto en evaluación para identificar su nivel de capacidad de cubrir los campos o criterios fundamentales para una estación de servicio en salud.

## COLOMBIA

Tabla 28. Evaluación de criterio y categoría de Colombia

<i>Categoría</i>	<i>Sub categorías</i>	<i>Criterio</i>	<i>Categoría</i>
<i>Adecuación a la estructura</i>			
	Accesibilidad al servicio	Dimensión	Accesibilidad
	Accesibilidad a la información	Dimensión	Accesibilidad
	Disponibilidad de recursos	Dimensión	Efectividad
<i>Nivel técnico de la atención</i>			
	Resolutividad	Atribuible	Adecuación de procedimiento
	Cualificación técnica del personal en salud	Atribuible	Seguridad
<i>Humanización de la asistencia</i>			
	Relaciones empáticas	Atribuible	Adecuación de indicación
<i>Capacidad de atender quejas</i>			
	Capacidad de resolución	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado

## ESPAÑA

Tabla 29. Evaluación de criterio y categoría de España

<b>Categoría</b>	<b>Sub categorías</b>	<b>Criterio</b>	<b>Categoría</b>
<i>Liderazgo</i>			
	Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes	Atribuible	Seguridad
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes	Atribuible	Seguridad
	Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	Atribuible	Seguridad
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados	Atribuible	Seguridad
	Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes	Atribuible	Seguridad
	Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes	Atribuible	Seguridad
	Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	Atribuible	Seguridad
	Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	Atribuible	Seguridad
	Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	Atribuible	Seguridad
	Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	Atribuible	Seguridad
<i>Política y estrategia</i>			
	Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.	Atribuible	Continuidad
	Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	Atribuible	Continuidad
	Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	Atribuible	Seguridad
	Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de	Atribuible	Continuidad

	pacientes		
	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	Atribuible	Continuidad
	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales	Atribuible	Seguridad
	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	Atribuible	Continuidad/Seguridad
	Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios	Atribuible	Seguridad
<i>Personas</i>			
	Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	Dimensión	Efectividad
	Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	Dimensión	Seguridad
	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	Dimensión	Seguridad
	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	Dimensión	Efectividad
	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	Atribuible	Seguridad
	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	Atribuible	Seguridad
	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	Indicador excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	Dimensión	Efectividad
	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes	Dimensión	Efectividad
<i>Alianza y recursos</i>			
	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los	Atribuible	Seguridad

	productos.		
	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos	Atribuible	Seguridad
	Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.	Atribuible	Seguridad
	Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas	Dimensión	Accesibilidad
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	Atribuible	Seguridad
	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	Atribuible	Seguridad
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades	Atribuible	Seguridad
	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	Atribuible	Adecuación de indicación
	Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina	Atribuible	Adecuación de procedimiento
<i>Procesos</i>			
	Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Existe un protocolo para la identificación de pacientes	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con	Indicadores excluyendo	Proceso



	implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios	estructura y recursos	
	Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de lavado de manos	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso

	Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Proceso
<i>Resultados en los pacientes</i>			
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
<i>Resultados en los profesionales</i>			
	Profesionales que conocen los objetivos	Atribuible	Seguridad

	de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución		
	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes	Atribuible	Seguridad
	Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes	Atribuible	Seguridad
	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes	Dimensión	Seguridad
	Profesionales que sufren accidentes laborales	Atribuible	Demoras
	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos	Atribuible	Demoras
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes	Dimensión	Efectividad
	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades	Dimensión	Efectividad
	Absentismo laboral en profesionales	Atribuible	Seguridad
<i>Resultados en la sociedad</i>			
	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	Dimensión	Seguridad
	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	Atribuible	Seguridad
	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	Atribuible	Adecuación de procedimiento
	Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes	Dimensión	Efectividad
	Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	Indicadores excluyendo estructura y recursos	Resultado
<i>Resultados clave</i>			
	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria	Atribuible	Seguridad/Reingresos
	Pacientes que refieren dolor durante el	Atribuible	Adecuación de

	ingreso		procedimiento
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	Atribuible	Seguridad
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión	Atribuible	Seguridad
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	Atribuible	Reingresos
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	Atribuible	Seguridad
	Pacientes que sufren broncoaspiración	Atribuible	Seguridad
	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	Atribuible	Seguridad
	Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	Atribuible	Seguridad
	Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	Atribuible	Seguridad
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	Atribuible	Mortalidad
	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	Atribuible	Seguridad
	Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación	Atribuible	Seguridad
	Pacientes sometidos a cirugía errónea	Atribuible	Mortalidad
	Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	Atribuible	Reingreso
	Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	Atribuible	Seguridad
	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados	Atribuible	Seguridad
	Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso	Atribuible	Seguridad
	Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	Atribuible	Continuidad

## NICARAGUA

Tabla 30. Evaluación de criterio y categoría de Nicaragua

<i>Indicadores de norma</i>	<b>Categoría</b>	<b>Sub categorías</b>	<b>Criterio</b>	<b>Categoría</b>
		Cumplimiento de la calidad en la atención medica programa	Indicador excluyendo estructura y recursos	Resultado
		Control de todas las muertes maternas auditadas	Atribuible	Mortalidad

	Control de muertes perinatales auditadas	Atribuible	Mortalidad
	Control de muertes neonatales auditadas	Atribuible	Mortalidad
	Control de asfixias neonatales severas auditadas	Indicador excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Control de quejas auditadas	Indicador excluyendo estructura y recursos	Proceso
	Porcentaje de egresos auditados total y por servicios	Indicador excluyendo estructura y recursos	Resultado
	Porcentaje de consultas ambulatorias auditadas total por servicios	Dimensión	Efectividad

## BRASIL

Tabla 31. Evaluación de criterio y categoría de Brasil

<b>Categoría</b>	<b>Sub categorías</b>	<b>Criterio</b>	<b>Categoría</b>
<i>Adecuación a la estructura</i>			
	Accesibilidad organizacional	Dimensión	Accesibilidad
	Accesibilidad a la información	Atribuible	Adecuación de indicación/procedimiento
	Disponibilidad de recursos	Dimensión	Efectividad
<i>Nivel técnico de la atención</i>			
	Resolutividad	Atribuible	Adecuación de procedimiento
	Cualificación técnica del personal en salud	Atribuible	Seguridad
<i>Humanización de la asistencia</i>			
	Relaciones empáticas y respetuosas	Atribuible	Adecuación de indicación
	Comunicación asertiva	Atribuible	Adecuación de indicación/procedimiento

La atención médica está sujeta a muchos lineamientos que la someten a una rígida evaluación en una gran variedad de criterios, se tomaron a los que la mayoría de documentos bibliográficos hacían énfasis tomando las categorías como atribuibles, dimensiones e indicadores de exclusión de estructura y recursos.

Se clasifico en sus respectivas áreas a cada país por los requerimientos que reunía o a los que hacía referencia.

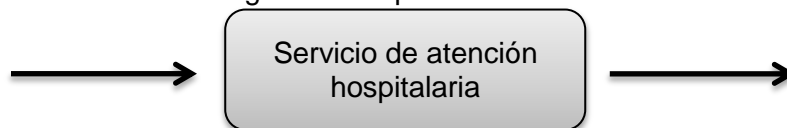
### 2.2.10.2. TABULACIÓN DE NACIONES

Tabla 32. Tabulación de naciones

Criterios	Categorías	Colombia	España	Nicaragua	Brasil
<b>Atribuibles</b>					
	Demoras	0	2	0	0
	Continuidad	0	6	0	0
	Adecuación de indicación o procedimiento	2	5	0	4
	Seguridad	1	39	0	1
	Reingresos	0	3	0	0
	Mortalidad	0	2	3	0
<b>Dimensiones</b>					
	Efectividad	1	7	1	1
	Seguridad	0	3	0	0
	Accesibilidad	2	1	0	1
<b>Indicadores excluyendo estructura y recursos</b>					
	Proceso	0	20	1	0
	Resultado	1	12	3	0
<b>Total de puntos</b>		7	100	8	7

### 2.2.10.3. Puntuación de variables

Imagen 19. Esquema de estados



El esquema de la caja negra nos sirve para comprender mejor el proceso y el servicio que ofrece el MINSAL a la población salvadoreña, con ello podemos dar un correcto orden a los indicadores de cada norma tomando de base el criterio y la categoría a la que pertenece, a continuación se muestra la ubicación de los criterios en cada etapa de caja negra y el nivel de importancia que cada uno de estos criterios ostenta según el criterio profesional de los doctores encargados de los hospitales de tercer nivel del MINSAL.

Tabla 33. Adaptación de criterios al Esquema de estados

División de Criterios		
Entrada	Proceso	Salida
Atribuibles	Dimensiones	Indicadores excluyendo estructura y recursos
Nivel de importancia		
Medio	Alto	Bajo
Calificación		
5	10	1

Fuente: Información proporcionada por Doctores en reuniones realizadas con el MINSAL.

Tomando de referencia la calificación de cada uno de los criterios se puede dar una valoración a cada norma internacional y así poder encontrar la norma que le brinde mayores beneficios al MINSAL y sea tomada como el modelo más completo.

Tabla 34. Valoración de normas internacionales según su criterio

<b>Criterios</b>	<b>Colombia</b>	<b>España</b>	<b>Nicaragua</b>	<b>Brasil</b>
<b>Atribuibles</b>				
<b>Total</b>	3	57	3	5
<b>Dimensiones</b>				
<b>Total</b>	3	11	1	2
<b>Indicadores excluyendo estructura y recursos</b>				
<b>Total</b>	1	32	4	0
<b>Total de puntos</b>	7	100	8	7
<b>Distribución de criterios</b>				
<b>Atribuibles</b>	42.86%	57.00%	37.50%	71.43%
<b>Dimensiones</b>	42.86%	11.00%	12.50%	28.57%
<b>Indicadores excluyendo estructura y recursos</b>	14.29%	32.00%	50.00%	0.00%
<b>Total de puntos</b>	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
<b>Valoración según el criterio</b>				
<b>Atribuibles</b>	15	285	15	25
<b>Dimensiones</b>	30	110	10	20
<b>Indicadores excluyendo estructura y recursos</b>	1	32	4	0
<b>Total de puntos</b>	46	427	29	45
<b>Distribución de valor</b>				
<b>Atribuibles</b>	32.61%	66.74%	51.72%	55.56%
<b>Dimensiones</b>	65.22%	25.76%	34.48%	44.44%
<b>Indicadores excluyendo estructura y recursos</b>	2.17%	7.49%	13.79%	0.00%
<b>Total de puntos</b>	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Información proporcionada por Doctores en reuniones realizadas con el MINSAL.

#### 2.2.10.4. Selección de Ganador

El MINSAL necesita el modelo más completo posible que abarque de mejor manera criterios de mayor valor que consideran los Doctores del MINSAL los puntos atribuibles, indicadores y que sea más específico en el criterio de dimensiones, porque es el de mayor importancia para el MINSAL cuando se trata de la búsqueda de la excelencia cubra los 3 criterios más importantes.

- **Modelo Detallado.**

El modelo seleccionado de la investigación internacional fue el modelo español con 427 puntos. Un modelo muy completo que profundiza de mejor manera los 3 criterios de Atribuibles, Dimensiones e indicadores. Dando un panorama más amplio por donde se puede mejorar los procesos del MINSAL.

Tabla 35. Modelos y normas internacionales suma de indicadores

<b>Criterios</b>	<b>Colombia</b>	<b>España</b>	<b>Nicaragua</b>	<b>Brasil</b>
<b>Valoración según el criterio</b>				
<b>Atribuibles</b>	15	285	15	25
<b>Dimensiones</b>	30	110	10	20
<b>Indicadores excluyendo estructura y recursos</b>	1	32	4	0
<b>Total de puntos</b>	46	427	29	45

- **Profundización en el Criterio de dimensiones.**

Este modelo presenta un sistema más detallado para poder brindar de una mejor manera los controles en la categoría de dimensiones como: Efectividad, Accesibilidad y Sobre todo Seguridad que experimentarían los pacientes, ya que cuenta con un mayor número de indicadores que entre todas las otras normas internacionales examinadas. Llegando a tener 11 cuando los demás países solo controlan este criterio con 3, 2 o 1 indicador de control. Esto genera que el Modelo español llegue a tener un alcance mayor que las otras normas en el MINSAL.

Tabla 36. Modelos y normas internacionales criterios de dimensiones

<b>Criterios</b>	<b>Colombia</b>	<b>España</b>	<b>Nicaragua</b>	<b>Brasil</b>
<b>Dimensiones</b>				
<b>Total</b>	3	11	1	2

### 2.2.11. Análisis del modelo ganador objetivamente

El modelo más completo se enfoca en tres categorías que pudieran abarcar aspectos elementales en el sector de salud, y así poder lograr controlar una entidad de salud, el modelo más completo se debía regir por la categoría Atribuibles; la cual hacía referencia a lo que se debe colocar como responsabilidad directa del establecimiento de salud tales como Continuidad, Adecuación de indicación o procedimiento, Seguridad, Reingresos y Mortalidad, son 5 elementos que son objetivos en su totalidad y que ayudan a un mejor control interno de lo que sucede en el hospital o centro de salud, como segunda categoría tenemos las Dimensiones; la cual hace referencia al alcance que posee el centro de salud, es decir la Efectividad que posee en el sector al cual le corresponde atender, la Seguridad que brinda desde un inicio hasta el final del proceso que realiza el paciente desde su exterior hasta el interior del centro de salud y como último la Accesibilidad que se encarga de controlar que tan cerca se encuentra el centro de salud de la gente que necesita los servicios no se puede esperar a que la gente cruce todo un país para poder optar por un servicio médico de calidad, por último apartado de las tres categorías tenemos los Indicadores excluyendo estructura y recursos, estos se limitan a los resultados y procesos.

- **Mejor Modelo.**



Por los datos recabados y su posterior análisis se pudo concluir que el modelo que mayores beneficios podría atraer su aplicación en los hospitales de tercer nivel del MINSAL, es el Modelo español. Por su nivel de detalle en cada área de trabajo y por su control más moderado del criterio de las dimensiones.

Referencia estructural de la ISO9001 junto al modelo español se puede visualizar en el Anexo 6.

## 2.2.12. Conglomeración subjetiva entre naciones.

Clasificación de aplicación de indicador en la norma

INDICADORES DE NORMATIVAS	COLOR
APLICA	
NO APLICA	

Clasificación del nivel de cumplimiento del indicador en el MINSAL

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	COLOR
ALTO	
MEDIO	
BAJO	

Fuente Autoridades del MINSAL

### 2.2.12.1. Tabla de indicadores

Tabla 37. Tabla de indicadores y cumplimiento

Criterios	Sub Categorías			Normas Internacionales			
				Colombia	España	Brasil	Nicaragua
	Resultados clave	Cumplimiento de la calidad en la atención medica programada	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados clave	Control de todas las muertes maternas auditadas	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados clave	Control de muertes perinatales auditadas	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados clave	Control de muertes neonatales auditadas	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados clave	Control de asfixias neonatales severas auditadas	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados clave	Control de quejas auditadas	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados clave	Porcentaje de egresos auditados total y por servicios	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados clave	Porcentaje de consultas ambulatorias auditadas total por servicios	Aplica				
			Cumplimiento				
Adecuación de la estructura	Accesibilidad organizacional	Prontitud para recibir atención	Aplica				
			Cumplimiento				
Adecuación de la estructura	Accesibilidad organizacional	Equidad o trato igualatorio	Aplica				
			Cumplimiento				
Adecuación de la estructura	Accesibilidad organizacional	Gestión administrativa ágil y coordinada	Aplica				
			Cumplimiento				
Adecuación de la estructura	Accesibilidad organizacional	Tiempo adecuado de consulta	Aplica				
			Cumplimiento				
Adecuación de la estructura	Accesibilidad organizacional	Atención domiciliaria	Aplica				
			Cumplimiento				
Adecuación de la estructura	Accesibilidad a la información	Orientación sobre trámites administrativos	Aplica				
			Cumplimiento				
Adecuación de la estructura	Accesibilidad a la información	Orientación sobre servicios sanitarios	Aplica				
			Cumplimiento				
Adecuación de la estructura	Accesibilidad a la información	Estados de salud de familiares	Aplica				
			Cumplimiento				
Adecuación de	Disponibilidad	Recursos físicos y suficientes	Aplica				

la estructura	de recursos		Cumplimiento				
Adecuación de la estructura	Disponibilidad de recursos	Disponibilidad de materiales, insumos y medicinas	Aplica				
			Cumplimiento				
Adecuación de la estructura	Disponibilidad de recursos	Recurso humano suficiente y especializado	Aplica				
			Cumplimiento				
Nivel técnico de la atención	Resolutividad	Buena intervención clínica	Aplica				
			Cumplimiento				
Nivel técnico de la atención	Resolutividad	Transferencia de usuarios a niveles especializados	Aplica				
			Cumplimiento				
Nivel técnico de la atención	Resolutividad	Medicina de calidad	Aplica				
			Cumplimiento				
Nivel técnico de la atención	Cuantificación técnica del personal	Profesionales capacitados	Aplica				
			Cumplimiento				
Nivel técnico de la atención	Cuantificación técnica del personal	Exploración física del paciente	Aplica				
			Cumplimiento				
Nivel técnico de la atención	Cuantificación técnica del personal	Atención integral en salud prevención y promoción	Aplica				
			Cumplimiento				
Humanización en la asistencia	Relaciones empáticas y respetuosas	Trato amable y cálido	Aplica				
			Cumplimiento				
Humanización en la asistencia	Relaciones empáticas y respetuosas	Interés manifiesto por el usuario	Aplica				
			Cumplimiento				
Humanización en la asistencia	Relaciones empáticas y respetuosas	Consideraciones y confidencialidad	Aplica				
			Cumplimiento				
Humanización en la asistencia	Relaciones empáticas y respetuosas	Buena comunicación	Aplica				
			Cumplimiento				
Humanización en la asistencia	Comunicación asertiva	Receptividad en la información	Aplica				
			Cumplimiento				
Humanización en la asistencia	Comunicación asertiva	Información clara a los usuarios	Aplica				
			Cumplimiento				
Capacidad de atender quejas	Capacidad de resolución	Marco interpretativo de calidad	Aplica				
			Cumplimiento				

Capacidad de atender quejas	Capacidad de resolución	Receptividad de reclamos	Aplica				
			Cumplimiento				
Capacidad de atender quejas	Capacidad de resolución	Respetar opinión del usuario	Aplica				
			Cumplimiento				
	Liderazgo	Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Liderazgo	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Liderazgo	Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Liderazgo	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados	Aplica				
			Cumplimiento				
	Liderazgo	Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Liderazgo	Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Liderazgo	Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Liderazgo	Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	Aplica				
			Cumplimiento				
	Liderazgo	Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	Aplica				
			Cumplimiento				
	Liderazgo	Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Política y estrategia	Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de	Aplica				
			Cumplimiento				

		interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.					
	Política estrategia	y	Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	Aplica			
				Cumplimiento			
	Política estrategia	y	Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	Aplica			
				Cumplimiento			
	Política estrategia	y	Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes	Aplica			
				Cumplimiento			
	Política estrategia	y	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	Aplica			
				Cumplimiento			
	Política estrategia	y	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales	Aplica			
				Cumplimiento			
	Política estrategia	y	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	Aplica			
				Cumplimiento			
	Política estrategia	y	Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios	Aplica			
				Cumplimiento			
	Personas		Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	Aplica			
				Cumplimiento			
	Personas		Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	Aplica			
				Cumplimiento			
	Personas		Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	Aplica			
				Cumplimiento			
	Personas		Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya	Aplica			
				Cumplimiento			

		información sobre los riesgos más frecuentes					
	Personas	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	Aplica				
	Personas	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	Cumplimiento				
	Personas	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	Aplica				
	Personas	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	Cumplimiento				
	Personas	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	Aplica				
	Personas	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	Cumplimiento				
	Personas	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes	Aplica				
	Personas	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes	Cumplimiento				
	Alianza recursos y	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.	Aplica				
	Alianza recursos y	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.	Cumplimiento				
	Alianza recursos y	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos	Aplica				
	Alianza recursos y	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos	Cumplimiento				
	Alianza recursos y	Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece un sistema de mantenimiento preventivo para las instalaciones y aparatos de electromedicina.	Aplica				
	Alianza recursos y	Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece un sistema de mantenimiento preventivo para las instalaciones y aparatos de electromedicina.	Cumplimiento				
	Alianza y	Está implantado un protocolo de	Aplica				

	recursos	revisión sistemática de los carros de paradas	Cumplimiento				
	Alianza recursos	y Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Alianza recursos	y Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Alianza recursos	y Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades.	Aplica				
			Cumplimiento				
	Alianza recursos	y Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Alianza recursos	y Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Existe un protocolo para la identificación de pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				

	Procesos	Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de lavado de manos	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Procesos	Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de	Aplica				
			Cumplimiento				



		tratamientos previos de los pacientes					
	Procesos	Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los pacientes	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los pacientes	Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los pacientes	Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los pacientes	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los pacientes	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los pacientes	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los pacientes	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los pacientes	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los pacientes	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los pacientes	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los profesionales	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los profesionales	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los	Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la	Aplica				
			Cumplimiento				

	profesionales	seguridad de los pacientes.					
	Resultados en los profesionales	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los profesionales	Profesionales que sufren accidentes laborales	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los profesionales	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los profesionales	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los profesionales	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en los profesionales	Absentismo laboral en profesionales	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en la sociedad	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en la sociedad	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en la sociedad	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en la sociedad	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en la sociedad	Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes	Aplica				
			Cumplimiento				
	Resultados en	Quejas, reclamaciones judiciales,	Aplica				

	la sociedad	demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	Cumplimiento				
	Resultados clave	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria	Aplica				
	Resultados clave	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso	Cumplimiento				
	Resultados clave	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	Aplica				
	Resultados clave	Pacientes que desarrollan lesiones por presión	Cumplimiento				
	Resultados clave	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	Aplica				
	Resultados clave	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	Cumplimiento				
	Resultados clave	Pacientes que sufren broncoaspiración	Aplica				
	Resultados clave	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	Cumplimiento				
	Resultados clave	Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	Aplica				
	Resultados clave	Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	Cumplimiento				
	Resultados clave	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	Aplica				
	Resultados clave	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	Cumplimiento				
	Resultados clave	Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación	Aplica				
	Resultados clave	Pacientes sometidos a cirugía errónea	Cumplimiento				
	Resultados clave	Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	Aplica				
			Cumplimiento				

	Resultados clave	Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	Aplica			
			Cumplimiento			
	Resultados clave	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados	Aplica			
			Cumplimiento			
	Resultados clave	Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso	Aplica			
			Cumplimiento			
	Resultados clave	Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	Aplica			
			Cumplimiento			
<b>Resumen</b>						

<b>NIVEL DE CUMPLIMIENTO</b>		<b>Colombia</b>	<b>España</b>	<b>Brasil</b>	<b>Nicaragua</b>
	Alto	12	47	9	3
	Medio	6	11	6	5
	Bajo	2	42	3	0
<b>CLASIFICACIÓN DE APLICACIÓN</b>		<b>Colombia</b>	<b>España</b>	<b>Brasil</b>	<b>Nicaragua</b>
	APLICA	20	100	18	8
	NO APLICA	114	34	116	126
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>		<b>Colombia</b>	<b>España</b>	<b>Brasil</b>	<b>Nicaragua</b>
	Alto	60.00%	47.00%	50.00%	37.50%
	Medio	30.00%	11.00%	33.33%	62.50%
	Bajo	10.00%	42.00%	16.67%	0.00%

### **2.2.13. Análisis de porcentaje de cumplimiento.**

La diferencia entre países es altamente notable añadir que la cobertura que poseen es completamente diferente, la similitud entre Colombia y Brasil se genera por el acercamiento que se tiene entre países ya que deben luchar contra situaciones con cierta similitud en cambio Nicaragua es un país el cual se desliga un poco de la buena organización que posee Sur América, la diferencia es muy clara hacia el modelo Español el cual posee porcentajes favorables ya que su cobertura es mucho mayor que los tres anteriores dejando como mejor opción en el campo subjetivo a España.

### **2.2.14. Estudios preliminares**

#### **2.2.14.1. El modelo de certificación**

##### **Características**

El Modelo de Indicadores de establecimientos de salud públicos de El Salvador, presenta unas características propias y está basado en estándares internacionales:

- Es coherente con los planes, estrategias y herramientas de gestión para la mejora continua (ej.: gestión por procesos, gestión por competencias, gestión del conocimiento, recomendaciones sobre mejores prácticas, elementos de seguridad, etc.).
- Aborda la calidad desde un enfoque integral, pues pretende abarcar los diferentes agentes que intervienen en la atención sanitaria y/o social. Por ello, el enfoque de certificación por parte de CSSP, desarrolla varios Programas de Certificación: primer nivel: unidades comunitarias de salud familiar, segundo nivel: hospitales básicos, departamentales y regionales, y de tercer nivel o de referencia: hospitales de referencia,
- Tiene carácter progresivo, identificando distintos tramos o grados de avance hacia la excelencia clínica. Más allá de suponer un “hito” aislado o un reconocimiento obtenido en un momento determinado, la certificación es un proceso dinámico, continuo y evolutivo que refleja y pone de manifiesto no solo el momento en el que se está sino, y sobre todo, el potencial de desarrollo y mejora para crecer en calidad.
- Transparente: se publican los principales resultados, los manuales de estándares en los que se basan nuestros procesos y nuestras reglas para la concesión, mantenimiento, renovación o retirada de la certificación.

La certificación es un reconocimiento expreso y público al cumplimiento de los requisitos necesarios para desarrollar una atención de calidad por parte de unidades comunitarias de salud familiar, hospitales básicos, departamentales, regionales, y hospitales de referencia, etc., que han emprendido una línea de mejora continua. Al ser una herramienta y no un fin en sí misma, la certificación favorece e impulsa procesos de mejora y evaluación dentro de los establecimientos del Ministerio de Salud.

El Modelo de Indicadores constituye un marco de referencia común para todos los Programas de Certificación que lo integran.

### 2.2.14.2. Programas de Certificación

Los programas de hospitalarios son los siguientes:

- > Centros de **primer nivel**: unidades comunitarias de salud familiar,
- > Centros de **segundo nivel**: hospitales básicos, departamentales y regionales,
- > Centros de **tercer nivel o de referencia**: hospitales de referencia, en este nivel enfocaremos el presente trabajo

El Modelo de Indicadores parte de un patrón de referencia con el caminar hacia la mejora de sus servicios a las personas y a la puesta en marcha de unas herramientas de gestión de mejora de la calidad.



Imagen 16. Estructura del Modelo de Certificación.

Cada programa se elabora contando con profesionales expertos del sistema sanitario y de los servicios sociales a través de Comités Técnicos Asesores.

### 2.2.14.3. El modelo de estándares de Indicadores

El modelo de estándares se estructura en cinco bloques, a saber:

#### 1. Estándares centrados en el usuario

Contemplar la perspectiva de la persona para poder prestar un servicio acorde con sus necesidades, demandas y expectativas. Implantar estrategias que permitan una toma de decisiones compartida de las personas usuarias y el personal que le atiende, respetando los derechos fundamentales de la persona y su dignidad.

#### 2. Organización de la gestión sanitaria

Avanzar en la evolución de la organización sanitaria, pasando de un modelo tradicional de gestión por servicios, donde el foco estaba en las actividades de dichos servicios, a un modelo de gestión por procesos, donde el foco se pone en la persona atendida. Entendiendo el proceso asistencial como una sucesión de intervenciones, ordenadas en el tiempo, con las

responsabilidades asignadas, los recursos necesarios identificados y unos criterios de calidad determinados para su ejecución (qué, cuándo, quién y cómo), que tiene un inicio en la demanda de la persona y unos resultados, los estándares de este criterio van marcando una vía de mejora continua para el Centro en busca de la disminución de la variabilidad clínica, de la continuidad asistencial y de la satisfacción de las necesidades de las personas. El Centro debe identificar qué actividad es susceptible de gestionarse como un proceso, en función de su impacto en su asistencia (prevalencia, complejidad, impacto en la salud de las personas, etc.) para poder planificar de manera adecuada la implantación de esta forma de gestión.

### **3. Gestión de Profesionales**

El personal del establecimiento, como actor directo de la entrega del servicio, es un elemento fundamental para poder ofrecer una atención sanitaria segura y que cumpla con las expectativas y necesidades de las personas. Es el elemento de la organización que debe llevar el diseño realizado a la práctica asistencial y es quien recoge la opinión y satisfacción de las personas a las que presta dicha asistencia.

El establecimiento debe desarrollar estrategias estables que le permitan establecer un marco de referencia competencial para sus profesionales, y poner en marcha los recursos necesarios para su desarrollo en dicho marco de referencia, optimizando esfuerzos y evaluando su idoneidad e impacto.

### **4. Alianzas y Recursos**

Las organizaciones sanitarias deben procurar satisfacer ciertos aspectos relativos a la calidad como seguridad, accesibilidad, confort o impacto ambiental. Los diferentes elementos relativos a la gestión de edificios, equipamiento y proveedores clave (plazos legales, control e información sobre el mantenimiento, información sobre la actividad, capacitación de todo el personal, control de las actuaciones sobre proveedores, criterios ambientales) deberán alcanzar determinados niveles de cumplimiento para obtener una prestación de servicios de calidad.

### **5. Mejora Continua, innovación y gestión de resultados**

La gestión de la calidad supone un cambio en la cultura y formas de trabajar de un establecimiento de salud, pasando de un modelo reactivo que se pone en marcha cuando surge una necesidad o problema, a uno proactivo, en el que prima la planificación y la sistematización. Para poder realizar una gestión de calidad, el establecimiento debe dotarse de herramientas metodológicas que permitan la trazabilidad del proceso de toma de decisiones para poder mejorarlo y generar conocimiento. En este criterio se abordan estándares sobre estrategias y metodologías que favorezcan este cambio en la organización, tanto desde su perspectiva de mejora como de innovación.

A continuación, se detalla para cada una de las **20 áreas temáticas** en la que se estructuran los mismos.

Tabla 38. Áreas Temáticas

<b>BLOQUES</b>	<b>AREAS TEMÁTICAS</b>
<b>Estándares centrados en el usuario</b>	Seguridad del usuario
	Gestión de Riesgos del usuario
	Accesibilidad y continuidad de la atención
	Información clínica
	Derechos del usuario y su familia
<b>Organización de la gestión sanitaria</b>	Liderazgo
	Gestión y monitorización de procesos
	Promoción de la salud y la calidad de vida
	Dirección y planificación estratégica
<b>Gestión de Profesionales</b>	Desarrollo profesional y dotación de recursos humano
	Selección de profesionales y plan de acogida
	Formación y prevención de riesgos laborales
	Evaluación del desempeño
<b>Alianzas y Recursos</b>	Estructura, equipamiento y proveedores clave
	Partners y proveedores clave
	Sistemas y tecnologías de la información y comunicación
<b>Mejora continua, Innovación y gestión de resultados</b>	Herramientas y metodologías de calidad e innovación
	Gestión de resultados (usuarios, profesionales y sociedad)



## 2.2.15. Enumeración de Requisitos

Tabla 39. Enumeración de Requisitos

Bloques	Áreas temáticas	Requisitos
Estándares centrados en el usuario	Seguridad del usuario	<p>Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (IPSG),                      Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al usuario correcto (IPSG),                      Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,                      El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.                      Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario                      El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.                      El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.</p>
	Gestión de Riesgos del usuario	<p>Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,                      El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario,                      El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,                      Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.                      Se coordina la atención nutricional de aquellos usuarios que cursan con malnutrición o riesgo de la misma mediante protocolos establecidos,                      El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas</p>
	Accesibilidad y continuidad de la atención	<p>El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,                      Admisión en el establecimiento de salud,                      Continuidad de la atención,                      Alta, traslado y seguimiento,                      Transferencia de usuarios,                      Transporte de usuarios,                      Se implantan los cambios organizativos necesarios que favorecen la accesibilidad de la persona al establecimiento,</p>

Bloques	Áreas temáticas	Requisitos
		El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios. Análisis de demanda
	Información clínica	Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios, Identificar correctamente a los usuarios, Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal, Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial, Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud, Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento. Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado
	Derechos del usuario y su familia	Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario, Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida, Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario, Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales, Se realiza el consentimiento informado. Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida, El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad. El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados, Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje

Bloques	Áreas temáticas	Requisitos
Organización de la gestión sanitaria	Liderazgo	<p>Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito</p> <p>El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.</p> <p>El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento</p> <p>El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento</p> <p>El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.</p> <p>El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</p> <p>Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.</p> <p>Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica</p>
	Gestión y monitorización de procesos	<p>Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,</p> <p>Gestión de riesgos de seguridad del usuario en procesos,</p> <p>Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,</p> <p>Auditorías internas de procesos</p> <p>Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor</p> <p>El establecimiento incorpora buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad.</p> <p>Establecer las medidas y procedimientos necesarios para el control de los impactos ambientales producidos por el Centro, dirigidos a minimizar el impacto ambiental y a eliminar las incidencias que puedan afectar a profesionales, usuarios y población en general.</p> <p>Está implantado un sistema de gestión ambiental que establece los procesos, los procedimientos, los recursos, los objetivos y las responsabilidades necesarias para desarrollar la política ambiental definida por el establecimiento,</p> <p>Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente</p>

	<p>Promoción de la salud y de la calidad de vida</p>	<p>Análisis de necesidades de comunidad y promoción de la salud,          Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,          Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con el componente de protección a la maternidad          Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con el componente nutrición infantil          Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con la planificación familiar          Información y vigilancia epidemiológica,          Estrategia para el abordaje de los usuarios vulnerables (los niños, personas discapacitadas, ancianos y demás población vulnerable),          Programa de atención a los malos tratos,          Programa específico de gestión del dolor y atención de enfermedades terminales.</p>
	<p>Dirección y planificación estratégica</p>	<p>Organigrama donde quedan establecidas las responsabilidades y funciones, y se encuentra definido un proceso que asegura el desarrollo organizacional, a través de la descripción puestos con sus correspondientes competencias,          Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.          Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,          Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización          Establece alianzas y colaboraciones formales con otras organizaciones para alcanzar una mayor eficiencia en la consecución de sus plazos y objetivos,          establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa.          El establecimiento identifica de manera sistemática sus principales fortalezas y debilidades</p>

Bloques	Áreas temáticas	Requisitos
Gestión de Profesionales	Desarrollo profesional y dotación de recursos humanos	<p>La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</p> <p>Existe información estandarizada sobre el personal (cualificación, descripción del puesto, historial laboral, evaluaciones del desempeño, registros de educación, registros de eficacia de la formación, etc.),</p> <p>Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</p>
	Selección de profesionales y plan de acogida	<p>Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal</p> <p>Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,</p> <p>Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,</p>
	Formación y Prevención de Riesgos Laborales	<p>Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,</p> <p>El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,</p> <p>Los miembros del personal que proporcionan atención a usuarios y otro personal que identifique el hospital están capacitados y pueden demostrar competencia apropiada en técnicas de resucitación,</p> <p>El establecimiento se implica en la identificación de los riesgos que puedan afectar a los profesionales en cada puesto de trabajo y tiene implantado un plan de prevención de riesgos laborales, realiza su análisis, la implantación y el seguimiento de las medidas preventivas necesarias</p> <p>El Centro tiene establecidas las medidas de seguridad ante emergencias mediante los planes de emergencia interno y externo, y su implantación, todo ello según criterios técnicos y normativa vigente, y asegura el conocimiento de las medidas de seguridad por parte de los profesionales realizando actualizaciones periódicas,</p>
	Evaluación del desempeño	<p>El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios</p>

Bloques	Áreas temáticas	Requisitos
Alianzas y Recursos	Estructura, equipamiento y materiales	<p>La documentación legal y técnica del Centro como proyectos, autorizaciones y certificados finales de obra e instalaciones, así como otros registros y/o requerimientos de organismos en materia de seguridad estructural y de índole sanitaria, está disponible y debidamente actualizada, se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones,</p> <p>Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia,</p> <p>Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,</p> <p>Las obras se realizan en un entorno de seguridad y de acuerdo a los procedimientos establecidos,</p> <p>Se dispone de libro de mantenimiento y control de agua para la prevención de la legionelosis,</p> <p>La calidad de aire de las diferentes zonas del Centro se controla de forma sistemática, de modo que se garantice su salubridad y su funcionalidad en las diferentes dependencias,</p> <p>Se ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar las condiciones de seguridad y el mantenimiento de las infraestructuras e instalaciones CRITICAS en lo relativo a pruebas de Diagnóstico por la Imagen, Laboratorio Clínico, Área Quirúrgica, UCI, Exploraciones Endoscópicas, Diálisis y Partorios, Área de Esterilización, etc.</p> <p>El Centro gestiona los productos sanitarios implantables activos (marcapasos, implantes cocleares, estimuladores nerviosos, estimuladores musculares, semillas radiactivas, incluso accesorios de estos productos, como electrodos o programadores de marcapasos) y realiza las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura,</p> <p>El establecimiento dispone de las estructuras y recursos necesarios para la adecuada coordinación de los trasplantes de órganos y tejidos.</p> <p>El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,</p> <p>Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,</p>
	Compras y proveedores clave	<p>Se asegura que las empresas y recursos humanos para realizar las inspecciones, revisiones y/o mantenimiento de las instalaciones del Centro son adecuados y están debidamente cualificados, homologados y/o autorizados, en función de la complejidad requerida,</p> <p>La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,</p>

Bloques	Áreas temáticas	Requisitos
		<p>El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,</p> <p>El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,</p> <p>Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,</p> <p>El Centro asume en la gestión del equipamiento electro médico las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura, mediante la designación de responsables, el seguimiento del estado de sus equipos, la realización de operaciones de mantenimiento, la información y la formación de sus profesionales.</p>
	<p>Sistemas y tecnologías de la información y comunicación</p>	<p>Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,</p> <p>Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,</p> <p>Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,</p> <p>Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,</p> <p>Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,</p> <p>El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,</p> <p>Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,</p> <p>El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.</p>

Bloques	Áreas temáticas	Requisitos
Mejora continua, innovación y gestión de resultados	Herramientas y metodologías de calidad e innovación	<p>Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,</p> <p>Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</p> <p>Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,</p> <p>Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,</p> <p>El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,</p> <p>Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información</p> <p>El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.</p> <p>Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento</p> <p>El programa de calidad y seguridad de los usuarios incluye la agregación y análisis de datos para apoyar la atención de los usuarios, la gestión del establecimiento y la participación en el programa de gestión de calidad y en bases de datos externas</p> <p>El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.</p> <p>Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.</p> <p>Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad</p>
	Gestión de resultados (usuarios, profesionales y sociedad)	<p>Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)</p> <p>Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,</p> <p>Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultados,</p> <p>Se analizan y controlar las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,</p> <p>Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,</p> <p>Monitorización de procesos,</p> <p>Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento</p> <p>Se comparan los resultados con los de otras organizaciones y con los que se consideran mejores del sector.</p>



## **2.2.16. Análisis del modelo de indicadores**

El modelo de indicadores consta de 130 requisitos que cubren 18 áreas temáticas que pertenecen a 5 bloques generales, el primer bloque “Los estándares centrados en el usuario”, “Organización de la gestión sanitaria”, “Gestión de los profesionales”, “Alianza y recursos” y “Mejora continua, innovación y gestión de resultados” cada uno de los bloques generales trata de cubrir de manera específica cualquier actividad que se genere en cualquiera que sea el proceso que se de en el centro médico en este caso los tres hospitales de tercer nivel del MINSAL en la capital del país.

## 2.3. CRUCE DE DOCUMENTOS Y NORMAS

El cruce de documentos y normas nos ayudaran a una mejor comprensión global de lo que se está buscando, se pretende formar un modelo integral que posea todas las fortalezas de los tres modelos involucrados en este cruce modelo cero, modelo de indicadores y el modelo bibliográfico nos brindaran todo lo positivo y todo lo que los profesionales y expertos vean como prioridad para extraerlo y formar un modelo compacto y sumamente eficaz.

### 2.3.1. Cruce de documentos y normas

#### 2.3.1.1. Requisitos internacionales (Modelo cero)

Tabla 40. Modelo cero

<b>Categoría</b>	<b>Sub categorías</b>
<b>Liderazgo</b>	
	Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes
	Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados
	Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes
	Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes
	Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes
	Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
	Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
<b>Política y estrategia</b>	
	Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.
	Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora
	Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares
	Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes
	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles
	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales
	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua
	Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios
<b>Personas</b>	

	Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes
	Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros
	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes
	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes
	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad
	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes
	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes
	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes
<b>Alianza y recursos</b>	
	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.
	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos
	Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
	Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes
	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades
	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes
	Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina
<b>Procesos</b>	
	Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.
	Existe un protocolo para la identificación de pacientes
	Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil
	Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos
	Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios
	Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes

	Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo
	Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor
	Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes
	Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes
	Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión
	Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales
	Está implantado un protocolo de lavado de manos
	Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas
	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes
	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados
	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas
	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes
	Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes
	Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta
<b>Resultados en los pacientes</b>	
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización
	Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso
	Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario
	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados
	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados
	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario
<b>Resultados en los profesionales</b>	
	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución
	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes
	Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes
	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes

	Profesionales que sufren accidentes laborales
	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes
	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades
	Absentismo laboral en profesionales
<b>Resultados en la sociedad</b>	
	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia
	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)
	Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
	Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
<b>Resultados clave</b>	
	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria
	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria
	Pacientes que sufren broncoaspiración
	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales
	Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical
	Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos
	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos
	Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación
	Pacientes sometidos a cirugía errónea
	Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas
	Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas
	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados
	Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso
	Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados

### 2.3.1.2. Requisitos profesionales (Modelo de indicadores)

Tabla 41. Modelo de indicadores

Áreas temáticas	Requisitos
<b>Seguridad del usuario</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (IPSG),</li> <li>2. Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al usuario correcto (IPSG),</li> <li>3. Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,</li> <li>4. El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.</li> <li>5. Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario</li> <li>6. El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.</li> <li>7. El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.</li> </ol>
<b>Gestión de Riesgos del usuario</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,</li> <li>9. El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario,</li> <li>10. El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,</li> <li>11. Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.</li> <li>12. Se coordina la atención nutricional de aquellos usuarios que cursan con malnutrición o riesgo de la misma mediante protocolos establecidos,</li> <li>13. El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas</li> </ol>
<b>Accesibilidad y continuidad de la atención</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,</li> <li>15. Admisión en el establecimiento de salud,</li> <li>16. Continuidad de la atención,</li> <li>17. Alta, traslado y seguimiento,</li> <li>18. Transferencia de usuarios,</li> <li>19. Transporte de usuarios,</li> <li>20. Se implantan los cambios organizativos necesarios que favorecen la accesibilidad de la persona al establecimiento,</li> <li>21. El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.</li> <li>22. Análisis de demanda</li> </ol>
<b>Información clínica</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>23. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,</li> <li>24. Identificar correctamente a los usuarios,</li> <li>25. Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal,</li> <li>26. Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,</li> <li>27. Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,</li> <li>28. Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.</li> <li>29. Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado</li> </ol>
<b>Derechos del usuario y su</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>30. Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> </ol>

<p><b>familia</b></p>	<p>31. Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,  32. Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,  33. Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,  34. Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,  35. Se realiza el consentimiento informado.  36. Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,  37. El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.  38. El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados,  39. Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje</p>
<p><b>Liderazgo</b></p>	<p>40. Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito  41. El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.  42. El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento  43. El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento  44. El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.  45. El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios  46. Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.  47. Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica</p>
<p><b>Gestión y monitorización de procesos</b></p>	<p>48. Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,  49. Gestión de riesgos de seguridad del usuario en procesos,  50. Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,  51. Auditorías internas de procesos  52. Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor  53. El establecimiento incorpora buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad.  54. Establecer las medidas y procedimientos necesarios para el control de los impactos ambientales producidos por el Centro, dirigidos a minimizar el impacto ambiental y a eliminar las incidencias que puedan afectar a profesionales, usuarios y población en general.  55. Está implantado un sistema de gestión ambiental que establece los procesos,</p>

	<p>los procedimientos, los recursos, los objetivos y las responsabilidades necesarias para desarrollar la política ambiental definida por el establecimiento,</p> <p>56. Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente</p>
<b>Promoción de la salud y de la calidad de vida</b>	<p>57. Análisis de necesidades de comunidad y promoción de la salud,</p> <p>58. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,</p> <p>59. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con el componente de protección a la maternidad</p> <p>60. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con el componente nutrición infantil</p> <p>61. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con la planificación familiar</p> <p>62. Información y vigilancia epidemiológica,</p> <p>63. Estrategia para el abordaje de los usuarios vulnerables (los niños, personas discapacitadas, ancianos y demás población vulnerable),</p> <p>64. Programa de atención a los malos tratos,</p> <p>65. Programa específico de gestión del dolor y atención de enfermedades terminales.</p>
<b>Dirección y planificación estratégica</b>	<p>66. Organigrama donde quedan establecidas las responsabilidades y funciones, y se encuentra definido un proceso que asegura el desarrollo organizacional, a través de la descripción puestos con sus correspondientes competencias,</p> <p>67. Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.</p> <p>68. Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,</p> <p>69. Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización</p> <p>70. Establece alianzas y colaboraciones formales con otras organizaciones para alcanzar una mayor eficiencia en la consecución de sus plazos y objetivos,</p> <p>71. Establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa.</p> <p>72. El establecimiento identifica de manera sistemática sus principales fortalezas y debilidades</p>
<b>Desarrollo profesional y dotación de recursos humanos</b>	<p>73. La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</p> <p>74. Existe información estandarizada sobre el personal (cualificación, descripción del puesto, historial laboral, evaluaciones del desempeño, registros de educación, registros de eficacia de la formación, etc.),</p> <p>75. Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</p>
<b>Selección de profesionales y plan de acogida</b>	<p>76. Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal</p> <p>77. Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,</p> <p>78. Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,</p>
<b>Formación y Prevención de Riesgos Laborales</b>	<p>79. Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,</p> <p>80. El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,</p>



	<p>81. Los miembros del personal que proporcionan atención a usuarios y otro personal que identifique el hospital están capacitados y pueden demostrar competencia apropiada en técnicas de resucitación,</p> <p>82. El establecimiento se implica en la identificación de los riesgos que puedan afectar a los profesionales en cada puesto de trabajo y tiene implantado un plan de prevención de riesgos laborales, realiza su análisis, la implantación y el seguimiento de las medidas preventivas necesarias</p> <p>83. El Centro tiene establecidas las medidas de seguridad ante emergencias mediante los planes de emergencia interno y externo, y su implantación, todo ello según criterios técnicos y normativa vigente, y asegura el conocimiento de las medidas de seguridad por parte de los profesionales realizando actualizaciones periódicas,</p>
<p><b>Evaluación del desempeño</b></p>	<p>84. El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios</p>
<p><b>Estructura, equipamiento y materiales</b></p>	<p>85. La documentación legal y técnica del Centro como proyectos, autorizaciones y certificados finales de obra e instalaciones, así como otros registros y/o requerimientos de organismos en materia de seguridad estructural y de índole sanitaria, está disponible y debidamente actualizada,</p> <p>86. Se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones,</p> <p>87. Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia,</p> <p>88. Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,</p> <p>89. Las obras se realizan en un entorno de seguridad y de acuerdo a los procedimientos establecidos,</p> <p>90. Se dispone de libro de mantenimiento y control de agua para la prevención de la legionelosis, </p> <p>91. La calidad de aire de las diferentes zonas del Centro se controla de forma sistemática, de modo que se garantice su salubridad y su funcionalidad en las diferentes dependencias,</p> <p>92. Se ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar las condiciones de seguridad y el mantenimiento de las infraestructuras e instalaciones CRITICAS en lo relativo a pruebas de Diagnóstico por la Imagen, Laboratorio Clínico, Área Quirúrgica, UCI, Exploraciones Endoscópicas, Diálisis y Partitorios, Área de Esterilización, etc.</p> <p>93. El Centro gestiona los productos sanitarios implantables activos (marcapasos, implantes cocleares, estimuladores nerviosos, estimuladores musculares, semillas radiactivas, incluso accesorios de estos productos, como electrodos o programadores de marcapasos) y realiza las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura,</p> <p>94. El establecimiento dispone de las estructuras y recursos necesarios para la adecuada coordinación de los trasplantes de órganos y tejidos.</p> <p>95. El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,</p> <p>96. Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,</p>
<p><b>Compras y proveedores clave</b></p>	<p>97. Se asegura que las empresas y recursos humanos para realizar las inspecciones, revisiones y/o mantenimiento de las instalaciones del Centro son adecuados y están debidamente cualificados, homologados y/o autorizados, en</p>

	<p>función de la complejidad requerida,</p> <p>98. La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,</p> <p>99. El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,</p> <p>100. El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,</p> <p>101. Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,</p> <p>102. El Centro asume en la gestión del equipamiento electro médico las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura, mediante la designación de responsables, el seguimiento del estado de sus equipos, la realización de operaciones de mantenimiento, la información y la formación de sus profesionales.</p>
<p><b>Sistemas y tecnologías de la información y comunicación</b></p>	<p>103. Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,</p> <p>104. Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,</p> <p>105. Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,</p> <p>106. Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,</p> <p>107. Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,</p> <p>108. El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,</p> <p>109. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,</p> <p>110. El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.</p>
<p><b>Herramientas y metodologías de calidad e innovación</b></p>	<p>111. Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,</p> <p>112. Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</p> <p>113. Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,</p> <p>114. Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,</p> <p>115. El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,</p> <p>116. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información</p> <p>117. El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.</p> <p>118. Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento</p>

	<p>119. El programa de calidad y seguridad de los usuarios incluye la agregación y análisis de datos para apoyar la atención de los usuarios, la gestión del establecimiento y la participación en el programa de gestión de calidad y en bases de datos externas</p> <p>120. El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.</p> <p>121. Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.</p> <p>122. Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad</p>
<b>Gestión de resultados (usuarios, profesionales y sociedad)</b>	<p>123. Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)</p> <p>124. Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,</p> <p>125. Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultados,</p> <p>126. Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,</p> <p>127. Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,</p> <p>128. Monitorización de procesos,</p> <p>129. Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento</p> <p>130. Se comparan los resultados con los de otras organizaciones y con los que se consideran mejores del sector.</p>

### 2.3.1.3. Requisitos Nacionales Actuales (Modelo bibliográfico)

Tabla 42. Modelo bibliográfico

Indicadores actuales MINSAL	
1.	Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados
2.	Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados
3.	Indicador de morbilidad
4.	Indicador de muertes maternas
5.	Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)
6.	Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)
7.	Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)
8.	Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)
9.	Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)
10.	Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta
11.	Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada
12.	Indicador de cirugía electiva
13.	Indicador de infecciones nosocomiales
14.	Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones
15.	Indicador de pacientes referidos a otras instituciones
16.	Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos
17.	Indicador de emergencia

18. Indicador de consulta externa
19. Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa
20. Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)
21. Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.
22. Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa
23. Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)
24. Indicador de Giro Cama Pediatría
25. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría
26. Indicador de Promedio de días estancias Pediatría
27. Indicador de sustitución de cama en Pediatría
28. Indicador de Giro Cama Neonatología
29. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología
30. Indicador de Promedio de días estancias Neonatología
31. Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología
32. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas
33. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas
34. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias
35. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano
36. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano
37. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas
38. Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando
39. Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva
40. Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
41. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.
42. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.(En los que corresponda)
43. Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos
44. Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico
45. Indicador de Tasa bruta de mortalidad
46. Indicador de Tasa neta de mortalidad
47. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte
48. Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos
49. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente
50. Indicador de Tasa de letalidad por neumonía
51. Indicador de Tasa de letalidad por diarrea
52. Indicador de Tasa de letalidad por IRC
53. Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus
54. Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos
55. Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos
56. Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos
57. Indicador de numero de informes de monitoreo

58. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia
59. Indicador de número de trasplantes realizados
60. Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta
61. Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
62. Indicador de informes de resultado por servicio final
63. Indicador de número de informes presentados
64. Indicador de número de informes de resultados del monitoreo del ahorro
65. Indicador de número de informes de monitoreo y evaluación del plan de uso racional de antibióticos
66. Indicador de número de informes de avances de las fases
67. Indicador de informe de implementación
68. Indicador de informes con resultados de la evaluación
69. Indicador de informes de resultados de los estándares
70. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana
71. Indicador de número de estudios de investigación realizados
72. Indicador de número de informes de monitorio
73. Indicador del proceso de identificación de necesidades
74. Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron
75. Indicador de número de evaluaciones
76. Indicador de simulacro realizados
77. Indicador de curso gerencial realizado
78. Indicador de informes de resultados
79. Indicador de porcentaje de variación de egresos de neonatología
80. Indicador de porcentaje de casos detectados de programas de patología fetal
81. Indicador de resultados enviados

### **2.3.2. Determinación de prioridades por el método Hanlon para los tres hospitales de tercer nivel de san salvador**

El método Hanlon es un instrumento que prioriza la problemática con base a la Severidad o gravedad, magnitud del problema, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención.

Este método constituye una tecnología en salud para la toma de decisiones adecuadas.

Se aplica el método Hanlon en los tres hospitales de San Salvador Hospital Benjamín Bloom, Hospital de La mujer, Hospital Rosales, con el objetivo de dar solución al problema que tenga mayor factibilidad.

El centro Nacional de Excelencia Tecnológico en salud y el Office of Technology Assessment (OTA) define como tecnología en salud a: “Los medicamentos, instrumentos y procedimientos médico-quirúrgicos utilizados en la atención en salud, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención”.

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) amplía esta definición incluyendo cualquier medida orientada a promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar la enfermedad, rehabilitar a los enfermos y a los incapacitados.

La evaluación tecnológica de la tecnología en salud es una forma de análisis multidisciplinar de las políticas por una serie de métodos y actividades dirigidas a evaluar los efectos de las tecnologías de manera que los resultados ayuden al proceso de gestión. Dicho de otro modo el objetivo de la evaluación de tecnología médica es contribuir a mejorar la toma de decisiones en la práctica clínica y en la política de salud.

Se basa en los siguientes elementos:

- A: magnitud del problema
- B: severidad o gravedad del problema
- C: eficacia de la solución (o bien la solución del problema)
- D: factibilidad del problema o de la intervención

La clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula que se aplica a cada problema que se considera.

PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD:  $(A+B) C \times D$

Mediante este método es posible multiplicar la puntuación obtenida por cada componente que se juzgue como más importante por una cifra correspondiente al peso acordado a cada criterio, que se describe a continuación.

### 2.3.2.1. Componente A: magnitud del problema

De acuerdo al número de personas afectadas por el problema, en relación a la población total (adaptable al tamaño del territorio que se estudia).

Tabla 43. Estimación de la magnitud del problema a partir del número de personas

Unidad por 1,000,000 de población	Puntuación
50,000 o más	10
5,000 a 49,999	8
5000 a 4,999	6
50 a 499	4
5 a 49	2
0.5 a 4.9	0

Fuente: Hanlon J.J y Picket George E. public Health

### 2.3.2.2. Componente B: severidad del problema

Este componente puede definirse de diferente manera

- A. Con datos subjetivos: carga social que genera el problema.
- B. Con datos objetivos: indicadores de salud como: tasas de mortalidad, morbilidad, de incapacidad y costos asociados al problema.

- C. Cada factor se valora del 1 al 10 dependiendo de la severidad del problema (se tomara este)

### **2.3.2.3. Componente C: eficacia de la solución**

Los parámetros que se toman en cuenta son los recursos y la tecnología actual; otorgando una escala de 0.5 a los problemas difíciles de solucionar, 1.0 a la de posible solución y 1.5 a los que tienen una solución.

### **2.3.2.4. Componente D: factibilidad del problema o de la intervención**

Agrupar factores que no están directamente relacionadas con la necesidad o con la eficacia pero determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicados. Toma en cuenta los siguientes componentes:

P= pertinencia  
E= factibilidad económica  
A= aceptabilidad.  
R= disponibilidad de recursos  
L= legalidad

Este componente determina si impide o permite la realización del programa o de la intervención, cuando se responde con un sí el valor es de 1 punto y de 0 puntos cuando la respuesta es no. Un valor positivo de factibilidad constituye una condición necesaria pero no suficiente para que el problema pueda ser clasificado como prioritario.

La priorización de los indicadores y estándares de calidad generados por los diferentes grupos se realizó mediante votación individual de cada uno de los participantes (10-5-1 puntos) para posteriormente aplicar la formula anterior:

**PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD (A+B) C x D**

Las variables fueron definidas:

- A: magnitud del problema
- B: severidad o gravedad del problema
- C. eficacia de la solución (o bien la solución del problema)
- D: factibilidad del problema o de la intervención

### **2.3.2.5. En que consiste la dinámica**

Esta actividad es requerida para la formación del modelo normativo integrado en busca de la calidad y excelencia para las distintas áreas que poseen los hospitales de tercer nivel del MINSAL.

La metodología a utilizar es la siguiente:

- Conocimiento de los modelos bibliográficos, generales y normativos
- Conocimiento de la terminología a utilizar
- Ponderación de índices

El primer paso es conocer los modelos que forman las tablas de indicadores (índices, criterios, norma, línea de acción) a ser evaluadas ya que son el resultado de las investigaciones secundarias y cruce de información que fueron necesarios para la obtención lógica del modelo inicial para la construcción del modelo normativo integrado en busca de la calidad y excelencia para las áreas de los hospitales de tercer nivel.

El segundo paso es conocer la terminología con la cual se está trabajando, además de tener clara la diferencia entre algunos aspectos evaluativos que se pueden considerar como un concepto ambiguo.

El tercer paso es directo y sencillo, con el conocimiento previo de los significados de las tablas de criterios evaluativos (factores de priorización y relevancia) se tendrá que marcar con una X en la casilla a la cual usted considere pertenece la calificación del indicador.

Los indicadores que se evaluarán para el modelo final serán:

- Mayor puntuación media

### **Que obtendremos como resultado**

El objetivo fundamental de esta actividad es la formación de un modelo integrado que posea los índices necesarios de mayor importancia y relevancia con el respaldo de los profesionales para el diseño de manuales de certificación para su posterior aplicación.

Se explica la obtención del modelo general de manera más detallada en el Anexo 5.

## **2.3.3. Priorización de indicadores**

### **2.3.3.1. Priorización.**




La priorización no se dirige a otorgar importancia a un problema de salud o intervención, sino más bien a concederles preferencia. Implica decidir cómo se van a utilizar los recursos asignados.

Clasificación numérica del nivel de importancia

<b>CODIGO DE NUMERICO</b>	<b>COLOR</b>
<b>ALTO</b>	<b>10</b>
<b>MEDIO</b>	<b>5</b>
<b>BAJO</b>	<b>1</b>



Clasificación del nivel de importancia

<b>CODIGO DE COLORES</b>	<b>COLOR</b>
<b>ALTO</b>	
<b>MEDIO</b>	
<b>BAJO</b>	

Clasificación de sumatoria

<b>CODIGO DE COLORES</b>	<b>COLOR</b>
<b>TOTAL DE COMPONENTE</b>	
<b>TOTAL GLOBAL DEL INDICADOR</b>	

A continuación se visualizan los resultados del taller que elaboro de la mano con los expertos de la unidad de dirección hospitales del Ministerio de Salud.

## 2.3.4. Resolución del taller

### 2.3.4.1. Modelo Cero

Tabla 44. Resolución del taller 1

Categoría	Sub categorías	Severidad o gravedad			magnitud			factibilidad			Eficacia		
		10	5	1	10	5	1	10	5	1	10	5	1
Liderazgo		10	5	1	10	5	1	10	5	1	10	5	1
	Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes		1	2	2	1		1	2		1	2	
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes	2	1		2	1		3			3		
	Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	1		2	1	2		1	1	1	2		1
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados	2	1		3			3			3		
	Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes	1	2		1	2		3			2	1	
	Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes		3		1	2		1	2		3		
	Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	3			1	2		3			3		
	Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	1	2			3		3			3		
	Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	3				3		3			3		
	Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes		3			3			3				3
Política y estrategia		10	5	1	10	5	1	10	5	1	10	5	1
	Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.	3			3				3		3		
	Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	3			3				3		3		
	Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares		3		2	1			3				3
	Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes		3		1	2			3				3
	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	3			3			3			3		

	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales	3			3			3			3		
	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	3			3			3			3		
	Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios		3		3				3			3	
Personas		10	5	1	10	5	1	10	5	1	10	5	1
	Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes		3			3		3			3		
	Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	3			3			3			3		
	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes		3		3			3			3		
	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	3			3			3			3		
	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	3			3			3			3		
	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	3			3			3			3		
	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes		3		3			3			3		
	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes		3			3		3				3	
	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes	3			3				3				3
Alianza y recursos		10	5	1	10	5	1	10	5	1	10	5	1
	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.		3			3		3			3		
	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos		3		3			3			3		
	Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro		3			3			3		3		

	medicina.												
	Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas			3		3		3			3		
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	3			3			3			3		
	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	3			3			3			3		
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades	3			3			3			3		
	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	3			3			3			3		
	Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina		3			3			3			3	
Procesos		10	5	1	10	5	1	10	5	1	10	5	1
	Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.		3			3			3			3	
	Existe un protocolo para la identificación de pacientes	3			3			3			3		
	Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil		2	1		2	1		2	1		3	
	Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos		2	1		2	1		3			3	
	Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios		3			3			3			3	
	Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes		3			3			3			3	
	Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo		3			3			3			3	
	Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor	3				3			3			3	
	Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes		3			3			3			3	
	Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes	3					3	3				3	
	Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión			3			3			3			3
	Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales		3			3			3			3	
	Está implantado un protocolo de lavado de manos	3				3			3			3	
	Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas	3				3			3			3	

	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	3			3			3			3		
	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados	3			3			3			3		
	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	3			3			3			3		
	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	3			3			3			3		
	Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes		3		3					3	3		
	Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta			3		3			3			3	
Resultados en los pacientes		10	5	1	10	5	1	10	5	1	10	5	1
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	3			3			3			3		
	Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso		3			3		3			3		
	Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario		3		3			3				3	
	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	3			3			3			3		
	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales	3			3			3			3		
	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad		3		3			3			3		
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	3			3			3			3		
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	3			3			3			3		
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	3			3			3			3		
	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	3			3			3			3		
Resultados en los profesionales		10	5	1	10	5	1	10	5	1	10	5	1
	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución	3			3			3			3		
	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes		3		3				3			3	
	Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la		3			3			3			3	

	seguridad de los pacientes													
	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes		3			3			3				3	
	Profesionales que sufren accidentes laborales	3				3		3				3		
	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos		3			3			3				3	
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes		3			3			3				3	
	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades			3		3			3					3
	Absentismo laboral en profesionales	3				3			3				3	
Resultados en la sociedad		10	5	1	10	5	1	10	5	1	1	0	5	1
	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población		3			3					3			3
	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	3				3			3				3	
	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia	3				3			3				3	
	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)		3			3					3			3
	Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes		3			3			3					3
	Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	3				3			3				3	
Resultados clave		10	5	1	10	5	1	10	5	1	1	0	5	1
	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria	3				3			3				3	
	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso	3				3			3				3	
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	3				3			3				3	
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión	3				3			3				3	
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	3				3			3				3	
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	3				3			3				3	
	Pacientes que sufren broncoaspiración	3				3			3				3	
	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	3				3			3				3	

Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	3			3			3			3		
Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	3			3			3			3		
Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	3			3			3			3		
Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	3			3			3			3		
Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación	3				3		3				3	
Pacientes sometidos a cirugía errónea	3				3			3		3		
Pacientes con pruebas diagnosticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	3			3			3			3		
Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	3			3			3			3		
Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados	3			3			3			3		
Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso		3			3		3			3		
Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	3			3			3			3		

### 2.3.4.2. Modelo de indicadores

Tabla 45. Resolución del taller 2

Áreas temáticas	Requisitos	Severidad o gravedad			magnitud			factibilidad			Eficacia		
		10	5	1	10	5	1	10	5	1	10	5	1
Seguridad del usuario	1. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (IPSG),	3				3		3			3		
	2. Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al usuario correcto (IPSG),	3				3		3			3		
	3. Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,	3			3			3			3		
	4. El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.	3			3			3			3		
	5. Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario	3			3			3			3		
	6. El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	3			3			3			3		
	7. El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.	3			3			3			3		
Gestión de Riesgos del usuario	8. Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,	3			3			3			3		
	9. El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario,	3			3			3			3		
	10. El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,	3			3			3			3		
	11. Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.	3			3			3			3		
	12. Se coordina la atención nutricional de aquellos usuarios que cursan con malnutrición o riesgo de la misma mediante protocolos establecidos,			3			3		3		3		
	13. El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas	3			3			3			3		



Accesibilidad y continuidad de la atención	14. El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,	3			3			3			3		
	15. Admisión en el establecimiento de salud,	3			3			3			3		
	16. Continuidad de la atención,		3		3			3			3		
	17. Alta, traslado y seguimiento,		3			3			3		3		
	18. Transferencia de usuarios,			3			3			3			3
	19. Transporte de usuarios,	3				3		3			3		
	20. Se implantan los cambios organizativos necesarios que favorecen la accesibilidad de la persona al establecimiento,		3			3			3			3	
	21. El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.	3			3			3			3		
Información clínica	22. Análisis de demanda	3			3			3			3		
	23. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,	3			3			3			3		
	24. Identificar correctamente a los usuarios,	3			3			3			3		
	25. Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal,	3			3			3			3		
	26. Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,	3			3			3			3		
	27. Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,	3			3			3			3		
	28. Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.	3			3			3			3		
Derechos del usuario y su familia	29. Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado	3			3			3			3		
	30. Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,	3			3			3			3		
	31. Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,	3			3			3			3		
	32. Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,	3			3			3			3		
	33. Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,	3			3			3			3		
	34. Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de	3			3			3			3		

	vulnerabilidades adicionales,										
	35. Se realiza el consentimiento informado.	3		3		3		3			
	36. Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,	3		3		3		3			
	37. El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	3		3		3		3			
	38. El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados,	3		3		3		3			
	39. Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje	3		3		3		3			
Liderazgo	40. Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito	3		3		3		3			
	41. El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.	3		3		3		3			
	42. El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento		3		3		3		3		
	43. El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento	3		3		3		3			
	44. El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	3		3		3		3			
	45. El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	3		3		3		3			
	49.. Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.	3		3		3		3			
	47. Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica	3		3		3		3			

<b>Gestión y monitorización de procesos</b>	48. Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,	3			3			3			3	
	49. Gestión de riesgos de seguridad del usuario en procesos,		3			3			3			
	50. Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,	3			3			3			3	
	12. Auditorías internas de procesos	3			3			3			3	
	13. Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor		3		3			3			3	
	14. El establecimiento incorpora buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad.			3		3			3		3	
	15. Establecer las medidas y procedimientos necesarios para el control de los impactos ambientales producidos por el Centro, dirigidos a minimizar el impacto ambiental y a eliminar las incidencias que puedan afectar a profesionales, usuarios y población en general.			3			3			3		3
	16. Está implantado un sistema de gestión ambiental que establece los procesos, los procedimientos, los recursos, los objetivos y las responsabilidades necesarias para desarrollar la política ambiental definida por el establecimiento,		3			3			3			3
	17. Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente		3		3			3			3	
<b>Promoción de la salud y de la calidad de vida</b>	18. Análisis de necesidades de comunidad y promoción de la salud,			3		3				3		3
	19. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,	3			3			3			3	
	20. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con el componente de protección a la maternidad	3				3		3			3	
	21. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con el componente nutrición infantil			3		3			3			3
	22. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con la planificación familiar			3		3			3			3

	23. Información y vigilancia epidemiológica,	3			3			3			3	
	24. Estrategia para el abordaje de los usuarios vulnerables (los niños, personas discapacitadas, ancianos y demás población vulnerable),		3			3			3			3
	25. Programa de atención a los malos tratos,	3			3			3			3	
	26. Programa específico de gestión del dolor y atención de enfermedades terminales.		3			3			3			3
<b>Dirección y planificación estratégica</b>	27. Organigrama donde quedan establecidas las responsabilidades y funciones, y se encuentra definido un proceso que asegure el desarrollo organizacional, a través de la descripción puestos con sus correspondientes competencias,		3		3			3				3
	28. Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.	3			3			3			3	
	29. Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	3			3			3			3	
	30. Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización	3			3			3			3	
	31. Establece alianzas y colaboraciones formales con otras organizaciones para alcanzar una mayor eficiencia en la consecución de sus plazos y objetivos,		3			3			3			3
	32. establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa.	3				3		3			3	
	33. El establecimiento identifica de manera sistemática sus principales fortalezas y debilidades		3			3			3			3
<b>Desarrollo profesional y dotación de recursos humanos</b>	34. La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,	3			3			3			3	
	35. Existe información estandarizada sobre el personal (cualificación, descripción del puesto, historial laboral, evaluaciones del desempeño, registros de educación, registros de eficacia de la formación, etc.),	3			3			3				3
	36. Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,	3			3			3			3	
<b>Selección de profesionales y plan</b>	37. Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están	3			3			3			3	

de acogida	asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal								
	38. Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,	3		3		3		3	
	39. Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,	3		3		3		3	
Formación y Prevención de Riesgos Laborales	40. Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,	3		3		3		3	
	41. El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,	3		3		3		3	
	42. Los miembros del personal que proporcionan atención a usuarios y otro personal que identifique el hospital están capacitados y pueden demostrar competencia apropiada en técnicas de resucitación,	3		3		3		3	
	43. El establecimiento se implica en la identificación de los riesgos que puedan afectar a los profesionales en cada puesto de trabajo y tiene implantado un plan de prevención de riesgos laborales, realiza su análisis, la implantación y el seguimiento de las medidas preventivas necesarias	3		3		3		3	
	44. El Centro tiene establecidas las medidas de seguridad ante emergencias mediante los planes de emergencia interno y externo, y su implantación, todo ello según criterios técnicos y normativa vigente, y asegura el conocimiento de las medidas de seguridad por parte de los profesionales realizando actualizaciones periódicas,	3		3		3		3	
Evaluación del desempeño	45. El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios	3		3		3		3	
Estructura, equipamiento y materiales	46. La documentación legal y técnica del Centro como proyectos, autorizaciones y certificados finales de obra e instalaciones, así como otros registros y/o requerimientos de organismos en materia de seguridad estructural y de índole sanitaria, está disponible y debidamente actualizada,		3		3		3	3	

47. se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones,		3			3			3		3
48. Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia,	3				3			3		3
49. Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	3				3			3		3
50. Las obras se realizan en un entorno de seguridad y de acuerdo a los procedimientos establecidos,			3		3		3			3
51. Se dispone de libro de mantenimiento y control de agua para la prevención de la legionelosis,			3			3		3		3
52. La calidad de aire de las diferentes zonas del Centro se controla de forma sistemática, de modo que se garantice su salubridad y su funcionalidad en las diferentes dependencias,			3			3		3		3
53. Se ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar las condiciones de seguridad y el mantenimiento de las infraestructuras e instalaciones CRITICAS en lo relativo a pruebas de Diagnóstico por la Imagen, Laboratorio Clínico, Área Quirúrgica, UCI, Exploraciones Endoscópicas, Diálisis y Partitorios, Área de Esterilización, etc.		3			3		3			3
54. El Centro gestiona los productos sanitarios implantables activos (marcapasos, implantes cocleares, estimuladores nerviosos, estimuladores musculares, semillas radiactivas, incluso accesorios de estos productos, como electrodos o programadores de marcapasos) y realiza las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura,			3			3		3		3
55. El establecimiento dispone de las estructuras y recursos necesarios para la adecuada coordinación de los trasplantes de órganos y tejidos.		3				3		3		3
56. El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,	3				3			3		3
57. Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por	3				3			3		3

	sistemas más eficientes,												
<b>Compras y proveedores clave</b>	58. Se asegura que las empresas y recursos humanos para realizar las inspecciones, revisiones y/o mantenimiento de las instalaciones del Centro son adecuados y están debidamente cualificados, homologados y/o autorizados, en función de la complejidad requerida,			3		3		3			3		
	59. La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,	3			3		3			3			
	60. El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	3			3		3			3			
	61. El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,	3			3		3			3			
	62. Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,	3			3		3			3			
	63. El Centro asume en la gestión del equipamiento electro médico las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura, mediante la designación de responsables, el seguimiento del estado de sus equipos, la realización de operaciones de mantenimiento, la información y la formación de sus profesionales.		3			3		3			3		
<b>Sistemas y tecnologías de la información y comunicación</b>	64. Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,	3			3		3			3			
	65. Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,	3			3		3			3			
	66. Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,	3			3		3			3			
	67. Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la	3			3		3			3			

	normativa vigente,												
	68. Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,	3			3			3			3		
	69. El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	3			3			3			3		
	70. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,	3			3			3			3		
	71. El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.	3			3			3			3		
Herramientas y metodologías de calidad e innovación	72. Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,	3			3			3			3		
	73. Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,	3			3			3			3		
	74. Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	3			3			3			3		
	75. Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,	3			3			3			3		
	76. El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,	3			3			3			3		
	77. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información	3			3			3			3		
	78. El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.	3			3			3			3		
	79. Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento	3			3			3			3		
	80. El programa de calidad y seguridad de los usuarios incluye la agregación y análisis de datos para apoyar la atención de los usuarios, la gestión del establecimiento y la		3			3			3			3	



	participación en el programa de gestión de calidad y en bases de datos externas											
	81. El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	3			3			3			3	
	82. Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.	3			3			3			3	
	83. Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad	3			3			3			3	
<b>Gestión de resultados (usuarios, profesionales y sociedad)</b>	84. Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)	3			3			3			3	
	85. Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,	3			3			3			3	
	86. Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultados,	3			3			3			3	
	87. Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,	3			3			3			3	
	88. Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,	3			3			3			3	
	89. Monitorización de procesos,	3			3			3			3	
	90. Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento	3			3			3			3	
	91. Se comparan los resultados con los de otras organizaciones y con los que se consideran mejores del sector.		3			3			3			3

### 2.3.4.3. Modelo bibliográfico

Tabla 46. Resolución del taller 3

Indicadores actuales MINSAL	Severidad o gravedad			magnitud			factibilidad			Eficacia		
	10	5	1	10	5	1	10	5	1	10	5	1
1. Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados	3			3			3			3		
2. Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados	3			3			3			3		
3. Indicador de morbilidad	3			3			3			3		
4. Indicador de muertes maternas	3			3			3			3		
5. Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)	3			3			3			3		
6. Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)	3			3			3			3		
7. Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)		3		3			3			3		
8. Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)		3		3			3			3		
9. Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)	3			3			3			3		
10. Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta	3			3			3			3		
11. Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada	3			3			3			3		
12. Indicador de cirugía electiva	3			3			3			3		
13. Indicador de infecciones nosocomiales	3			3			3			3		
14. Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones	3			3			3			3		
15. Indicador de pacientes referidos a otras instituciones	3			3			3			3		
16. Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos	3			3			3			3		
17. Indicador de emergencia	3			3			3			3		
18. Indicador de consulta externa		3		3			3			3		
19. Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa		3		3			3			3		
20. Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)	3			3			3			3		
21. Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.	3			3			3			3		
22. Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa	3			3			3			3		
23. Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)	3			3			3			3		
24. Indicador de Giro Cama Pediatría	3			3			3			3		
25. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría	3			3			3			3		
26. Indicador de Promedio de días estancias Pediatría	3			3			3			3		
27. Indicador de sustitución de cama en Pediatría		3		3			3			3		
28. Indicador de Giro Cama Neonatología	3			3			3			3		
29. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología	3			3			3			3		
30. Indicador de Promedio de días estancias Neonatología	3			3			3			3		

31. Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología	3			3		3		3		3	
32. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas	3			3		3		3		3	
33. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas	3			3		3		3		3	
34. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	3			3		3		3		3	
35. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano	3			3		3		3		3	
36. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano	3			3		3		3		3	
37. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas	3			3		3		3		3	
38. Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando	3			3		3		3		3	
39. Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva	3			3		3		3		3	
40. Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	3			3		3		3		3	
41. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.	3			3		3		3		3	
42. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.(En los que corresponda)	3			3		3		3		3	
43. Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos	3			3		3		3		3	
44. Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	3			3		3		3		3	
45. Indicador de Tasa bruta de mortalidad	3			3		3		3		3	
46. Indicador de Tasa neta de mortalidad	3			3		3		3		3	
47. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte		3		3		3		3		3	
48. Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos	3			3		3		3		3	
49. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente	3			3		3		3		3	
50. Indicador de Tasa de letalidad por neumonía	3			3		3		3		3	
51. Indicador de Tasa de letalidad por diarrea		3			3		3		3		
52. Indicador de Tasa de letalidad por IRC	3			3		3		3		3	
53. Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus	3			3		3		3		3	
54. Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos	3			3		3		3		3	
55. Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos	3			3		3		3		3	
56. Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos	3			3		3		3		3	
57. Indicador de numero de informes de monitoreo		3			3		3		3		
58. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia	3			3		3		3		3	
59. Indicador de número de trasplantes realizados	3			3		3		3		3	
60. Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta	3			3		3		3		3	
61. Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas		3		3		3		3		3	
62. Indicador de informes de resultado por servicio final	3			3		3		3		3	
63. Indicador de numero de informes presentados			3		3		3			3	
64. Indicador de numero de informes de resultados del monitoreo del ahorro		3			3		3			3	
65. Indicador de numero de informes de monitoreo y evaluación del plan de uso		3			3		3			3	

racional de antibióticos												
66. Indicador de numero de informes de avances de las fases		3		3		3				3		
67. Indicador de informe de implementación	3			3		3			3			
68. Indicador de informes con resultados de la evaluación		3		3		3			3			
69. Indicador de informes de resultados de los estándares	3			3		3			3			
70. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana	3			3		3			3			
71. Indicador de numero de estudios de investigación realizados		3		3		3			3			
72. Indicador de numero de informes de monitorio		3		3		3			3			
73. Indicador del proceso de identificación de necesidades		3		3		3			3			
74. Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron		3		3		3			3			
75. Indicador de numero de evaluaciones		3		3			3			3		
76. Indicador de simulacro realizados	3			3		3			3			
77. Indicador de curso gerencial realizado	3			3		3			3			
78. Indicador de informes de resultados	3			3		3			3			

### 2.3.5. Análisis del método Hanlon

Se obtuvo como resultado el total de puntos que juntaron los indicadores participantes en la evaluación, tomando en cuenta que cada voto tendría el peso de la calificación adjunta, es decir la severidad, magnitud, eficacia y factibilidad poseen diferente peso así dejando claro las prioridades en este momento por parte de los profesionales y expertos en el campo de la salud en los tres hospitales de tercer nivel de la capital.

## 2.3.6. Tabulación de resultados

### 2.3.6.1. Modelo Cero

Tabla 47. Resultados de modelo cero

Categoría	Sub categorías	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor
		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1	
Liderazgo		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1	
	Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes		1	2	7	2	1		250	1	2		15		1	2	6
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes	2	1		25	2	1		250	3			30	3			45
	Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	1		2	12	1	2		200	1	1	1	12.5	2		1	30.5
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados	2	1		25	3			300	3			30	3			45
	Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes	1	2		20	1	2		200	3			30	2	1		35
	Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes		3		15	1	2		200	1	2		15	3			45
	Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	3			30	1	2		200	3			30	3			45
	Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	1	2		20		3		150	3			30	3			45
	Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	3			30		3		150	3			30	3			45
	Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes		3		15		3		150		3		7.5		3		1.5

Política y estrategia		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1	
	Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.	3			30	3			300		3		7.5	3			45
	Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	3			30	3			300		3		7.5	3			45
	Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares		3		15	2	1		250		3		7.5		3		15
	Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes		3		15	1	2		200		3		7.5			3	1.5
	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	3			30	3			300	3			30	3			45
	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales	3			30	3			300	3			30	3			45
	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	3			30	3			300	3			30	3			45
	Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios		3		15	3			300			3	0		3		15
Personas		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1	
	Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes		3		15		3		150	3			30	3			45
	Se definen los perfiles profesionales y	3			30	3			300	3			30	3			45

	las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros																
	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	3		15	3			300	3			30	3				45
	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	3		30	3			300	3			30	3				45
	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	3		30	3			300	3			30	3				45
	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	3		30	3			300	3			30	3				45
	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	3		15	3			300	3			30	3				45
	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	3		15	3	3		150	3			30	3				15
	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes	3		30	3			300		3		7.5				3	1.5
Alianza y recursos		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1	
	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.	3		15	3	3		150	3			30	3				45
	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia	3		15	3			300	3			30	3				45

	científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos																
	Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.		3		15		3		150		3	0	3				45
	Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas			3	3		3		150		3		7.5		3		15
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45
	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades	3			30	3			300	3			30	3			45
	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45
	Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina		3		15		3		150	3			30		3		15
Procesos		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1	
	Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.		3		15		3		150		3		7.5	3			45
	Existe un protocolo para la identificación de pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45



Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil		2	1	11	2	1	210	2	1	20	3			45
Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos		2	1	11		2	110	3		30	3			45
Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios		3		15		3	150		3	7.5		3		15
Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes		3		15		3	150		3	7.5	3			45
Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo		3		15	3		300	3		30	3			45
Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor	3			30		3	150	3		30	3			45
Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes		3		15		3	150	3		30		3		15
Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes	3			30		3	30	3		30	3			45
Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión			3	3		3	30		3	7.5		3		15
Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales		3		15	3		300	3		30	3			45
Está implantado un protocolo de lavado de manos	3			30	3		300	3		30	3			45
Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas	3			30	3		300	3		30	3			45

	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45
	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados	3			30	3			300	3			30	3			45
	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	3			30	3			300	3			30	3			45
	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45
	Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes		3		15	3			300		3		0	3			45
	Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta			3	3		3		150		3		7.5		3		15
Resultados en los pacientes		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1	
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	3			30	3			300	3			30	3			45
	Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso		3		15		3		150	3			30	3			45
	Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario		3		15	3			300	3			30		3		1.5
	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	3			30	3			300	3			30	3			45
	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales	3			30	3			300	3			30	3			45
	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad		3		15	3			300	3			30	3			45

	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	3			30	3			300	3			30	3			45
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	3			30	3			300	3			30	3			45
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	3			30	3			300	3			30	3			45
	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	3			30	3			300	3			30	3			45
Resultados en los profesionales		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1	
	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución	3			30	3			300	3			30	3			45
	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes		3		15	3			300		3		7.5		3		15
	Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes		3		15		3		150		3		7.5		3		15
	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes		3		15		3		150		3		7.5		3		15
	Profesionales que sufren accidentes laborales	3			30		3		150	3			30	3			45
	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos		3		15		3		150		3		7.5		3		15
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes		3		15	3			300	3			30	3			45

	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades			3	3		3		150		3		7.5		3	1.5
	Absentismo laboral en profesionales	3			30	3			300	3			30	3		45
Resultados en la sociedad		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1
	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población		3		15	3			300		3		0		3	15
	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	3			30		3		150	3			30	3		45
	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia	3			30	3			300	3			30	3		45
	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)		3		15	3			300		3		0		3	15
	Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes		3		15	3			300	3			30		3	15
	Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	3			30		3		150		3		7.5	3		45
Resultados clave		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1
	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria	3			30	3			300	3			30	3		45
	Pacientes que refieren dolor durante	3			30	3			300	3			30	3		45

	el ingreso																
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes que sufren broncoaspiración	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación	3			30		3	150	3		30		3				15
	Pacientes sometidos a cirugía errónea	3			30		3	150		3	7.5	3					45
	Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	3			30	3		300	3		30	3					45
	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o	3			30	3		300	3		30	3					45

	hemoderivados																	
	Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso	3			15	3			150	3			30	3				45
	Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	3			30	3			300	3			30	3				45

### 2.3.6.2. Modelo de indicadores

Tabla 48. Resultados de modelo de indicadores

Áreas temáticas	Requisitos	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	
		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
Seguridad del usuario	1. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (IPSG),	3			30	3			150	3			30	3				45
	2. Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al usuario correcto (IPSG),	3			30	3			150	3			30	3				45
	3. Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,	3			30	3			300	3			30	3				45
	4. El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.	3			30	3			300	3			30	3				45
	5. Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario	3			30	3			300	3			30	3				45
	6. El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	3			30	3			300	3			30	3				45
	7. El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de	3			30	3			300	3			30	3				45

	procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.																
<b>Gestión de Riesgos del usuario</b>	8. Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,	3			30	3		300	3		30	3					45
	9. El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario,	3			30	3		300	3		30	3					45
	10. El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,	3			30	3		300	3		30	3					45
	11. Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.	3			30	3		300	3		30	3					45
	12. Se coordina la atención nutricional de aquellos usuarios que cursan con malnutrición o riesgo de la misma mediante protocolos establecidos,			3	3		3	30		3	7.5	3					45
	13. El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas	3			30	3		300	3		30	3					45
	14. El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,	3			30	3		300	3		30	3					45
<b>Accesibilidad y continuidad de la atención</b>	15. Admisión en el establecimiento de salud,	3			30	3		300	3		30	3					45
	16. Continuidad de la atención,		3		15	3		300	3		30	3					45
	17. Alta, traslado y seguimiento,		3		15		3	150		3	7.5	3					45
	18. Transferencia de usuarios,			3	3		3	30		3	7.5		3				15
	19. Transporte de usuarios,	3			30		3	150	3		30	3					45

	20. Se implantan los cambios organizativos necesarios que favorecen la accesibilidad de la persona al establecimiento,		3		15		3		150		3		7.5		3		15
	21. El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.	3			30	3			300	3			30	3			45
	22. Análisis de demanda	3			30	3			300	3			30	3			45
<b>Información clínica</b>	23. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,	3			30	3			300	3			30	3			45
	24. Identificar correctamente a los usuarios,	3			30	3			300	3			30	3			45
	25. Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal,	3			30	3			300	3			30	3			45
	26. Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,	3			30	3			300	3			30	3			45
	27. Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,	3			30	3			300	3			30	3			45
	28. Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.	3			30	3			300	3			30	3			45
	29. Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado	3			30	3			300	3			30	3			45
<b>Derechos del usuario y su familia</b>	30. Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,	3			30	3			300	3			30	3			45
	31. Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,	3			30	3			300	3			30	3			45
	32. Se toman medidas para	3			30	3			300	3			30	3			45



	proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,																	
	33. Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,	3			30	3		300	3		30	3						45
	34. Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,	3			30	3		300	3		30	3						45
	35. Se realiza el consentimiento informado.	3			30	3		300	3		30	3						45
	36. Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,	3			30	3		300	3		30	3						45
	37. El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	3			30	3		300	3		30	3						45
	38. El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados,	3			30	3		300	3		30	3						45
	39. Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje	3			30	3		300	3		30	3						45
Liderazgo	40. Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito	3			30	3		300	3		30	3						45
	41. El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de	3			30	3		300	3		30	3						45

la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.															
42. El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento		3		15	3		300	3		30	3			45	
43. El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento	3			30	3		300	3		30	3			45	
44. El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	3			30	3		300	3		30	3			45	
45. El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	3			30	3		300	3		30	3			45	
49.. Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.	3			30	3		300	3		30	3			45	
47. Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención	3			30	3		300	3		30	3			45	

	clínica																
Gestión y monitorización de procesos	48. Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,	3			30	3		300	3		30	3					45
	49. Gestión de riesgos de seguridad del usuario en procesos,		3		15		3	150	3		30	3					45
	50. Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,	3			30	3		300	3		30	3					45
	51. Auditorías internas de procesos	3			30	3		300	3		30	3					45
	52. Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor		3		15	3		300	3		30	3					45
	53. El establecimiento incorpora buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad.			3	3		3	150		3	7.5	3					45
	54. Establecer las medidas y procedimientos necesarios para el control de los impactos ambientales producidos por el Centro, dirigidos a minimizar el impacto ambiental y a eliminar las incidencias que puedan afectar a profesionales, usuarios y población en general.			3	3		3	30		3	7.5		3				15
	55. Está implantado un sistema de gestión ambiental que establece los procesos, los procedimientos, los recursos, los objetivos y las responsabilidades necesarias para desarrollar la política ambiental definida por el		3		15		3	150		3	7.5		3				15

	establecimiento,														
	56. Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente		3		15	3		300	3		30	3			45
Promoción de la salud y de la calidad de vida	57. Análisis de necesidades de comunidad y promoción de la salud,			3	3		3	150		3	0		3		15
	58. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,	3			30	3		300	3		30	3			45
	59. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con el componente de protección a la maternidad	3			30		3	150	3		30	3			45
	60. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con el componente nutrición infantil			3	3		3	150		3	7.5		3		15
	61. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con la planificación familiar			3	3		3	150		3	7.5		3		15
	62. Información y vigilancia epidemiológica,	3			30	3		300	3		30	3			45
	63. Estrategia para el abordaje de los usuarios vulnerables (los niños, personas discapacitadas, ancianos y demás población vulnerable),		3		15		3	150		3	7.5		3		15
	64. Programa de atención a los malos tratos,	3			30	3		300	3		30	3			45

	65. Programa específico de gestión del dolor y atención de enfermedades terminales.		3		15	3	3	150	3		30	3		45
<b>Dirección y planificación estratégica</b>	66. Organigrama donde quedan establecidas las responsabilidades y funciones, y se encuentra definido un proceso que asegura el desarrollo organizacional, a través de la descripción puestos con sus correspondientes competencias,		3		15	3		300	3		30		3	15
	67. Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.	3			30	3		300	3		30	3		45
	68. Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	3			30	3		300	3		30	3		45
	69. Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización	3			30	3		300	3		30	3		45
	70. Establece alianzas y colaboraciones formales con otras organizaciones para alcanzar una mayor eficiencia en la consecución de sus plazos y objetivos,		3		15		3	150		3	7.5	3		45
	71. establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa.	3			30		3	150	3		30	3		45
	72. El establecimiento identifica de manera sistemática sus principales fortalezas y debilidades		3		15		3	150		3	7.5		3	15
<b>Desarrollo profesional y dotación de</b>	73. La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza,	3			30	3		300	3		30	3		45

<b>recursos humanos</b>	según sea necesario,																	
	74. Existe información estandarizada sobre el personal (cualificación, descripción del puesto, historial laboral, evaluaciones del desempeño, registros de educación, registros de eficacia de la formación, etc.),	3			30	3		300	3		30		3				15	
	75. Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,	3			30	3		300	3		30		3				45	
<b>Selección de profesionales y plan de acogida</b>	76. Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal	3			30	3		300	3		30		3				45	
	77. Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,	3			30	3		300	3		30		3					45
	78. Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,	3			30	3		300	3		30		3					45
<b>Formación y Prevención de Riesgos Laborales</b>	79. Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,	3			30	3		300	3		30		3					45
	80. El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los	3			30	3		300	3		30		3					45

	profesionales del Centro,																
	81. Los miembros del personal que proporcionan atención a usuarios y otro personal que identifique el hospital están capacitados y pueden demostrar competencia apropiada en técnicas de resucitación,	3			30		3	150		3	7.5	3					45
	82. El establecimiento se implica en la identificación de los riesgos que puedan afectar a los profesionales en cada puesto de trabajo y tiene implantado un plan de prevención de riesgos laborales, realiza su análisis, la implantación y el seguimiento de las medidas preventivas necesarias	3			30		3	150	3		30	3					45
	83. El Centro tiene establecidas las medidas de seguridad ante emergencias mediante los planes de emergencia interno y externo, y su implantación, todo ello según criterios técnicos y normativa vigente, y asegura el conocimiento de las medidas de seguridad por parte de los profesionales realizando actualizaciones periódicas,	3			30		3	150	3		30	3					45
<b>Evaluación del desempeño</b>	84. El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios	3			30	3		300	3		30	3					45
<b>Estructura, equipamiento y materiales</b>	85. La documentación legal y técnica del Centro como proyectos, autorizaciones y certificados finales de obra e		3		15		3	30		3	0		3				15

instalaciones, así como otros registros y/o requerimientos de organismos en materia de seguridad estructural y de índole sanitaria, está disponible y debidamente actualizada,														
86. se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones,		3		15	3		150		3	0		3		15
87. Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia,	3			30	3		300	3		30	3			45
88. Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	3			30	3		300	3		30	3			45
89. Las obras se realizan en un entorno de seguridad y de acuerdo a los procedimientos establecidos,			3	3		3	150	3		30	3			45
90. Se dispone de libro de mantenimiento y control de agua para la prevención de la legionelosis,			3	3		3	30		3	7.5		3		15
91. La calidad de aire de las diferentes zonas del Centro se controla de forma sistemática, de modo que se garantice su salubridad y su funcionalidad en las diferentes dependencias,			3	3		3	30		3	7.5		3		15
92. Se ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar las condiciones de seguridad y el mantenimiento de		3		15		3	150	3		30	3			45



	las infraestructuras e instalaciones CRITICAS en lo relativo a pruebas de Diagnóstico por la Imagen, Laboratorio Clínico, Área Quirúrgica, UCI, Exploraciones Endoscópicas, Diálisis y Partorios, Área de Esterilización, etc.													
	93. El Centro gestiona los productos sanitarios implantables activos (marcapasos, implantes cocleares, estimuladores nerviosos, estimuladores musculares, semillas radiactivas, incluso accesorios de estos productos, como electrodos o programadores de marcapasos) y realiza las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura,		3	3		3	30		3		7.5		3	15
	94. El establecimiento dispone de las estructuras y recursos necesarios para la adecuada coordinación de los trasplantes de órganos y tejidos.		3	15		3	30		3		7.5		3	15
	95. El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,	3		30	3		300	3			30	3		45
	96. Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,	3		30	3		300	3			30	3		45
<b>Compras y proveedores</b>	97. Se asegura que las empresas y recursos humanos		3	3		3	150	3			30	3		45

clave

para realizar las inspecciones, revisiones y/o mantenimiento de las instalaciones del Centro son adecuados y están debidamente cualificados, homologados y/o autorizados, en función de la complejidad requerida,														
98. La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,	3			30	3		300	3			30	3		45
99. El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	3			30	3		300	3			30	3		45
100. El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,	3			30	3		300	3			30	3		45
101. Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,	3			30	3		300	3			30	3		45
102. El Centro asume en la gestión del equipamiento electro médico las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura, mediante la designación de responsables, el seguimiento		3		15		3	150	3			30	3		45

	del estado de sus equipos, la realización de operaciones de mantenimiento, la información y la formación de sus profesionales.																		
<b>Sistemas y tecnologías de la información y comunicación</b>	103. Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,	3			30	3			300	3			30	3				45	
	104. Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,	3			30	3			300	3			30	3					45
	105. Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,	3			30	3			300	3			30	3					45
	106. Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,	3			30	3			300	3			30	3					45
	107. Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,	3			30	3			300	3			30	3					45
	108. El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	3			30	3			300	3			30	3					45
	109. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas,	3			30	3			300	3			30	3					45

	favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,																
	110. El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.	3			30	3		300	3		30	3					45
Herramientas y metodologías de calidad e innovación	111. Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,	3			30	3		300	3		30	3					45
	112. Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,	3			30	3		300	3		30	3					45
	113. Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	3			30	3		300	3		30	3					45
	114. Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,	3			30	3		300	3		30	3					45
	115. El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,	3			30	3		300	3		30	3					45
	116. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información	3			30	3		300	3		30	3					45
	117. El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.	3			30	3		300	3		30	3					45
	118. Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias	3			30	3		300	3		30	3					45

	para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento														
	119. El programa de calidad y seguridad de los usuarios incluye la agregación y análisis de datos para apoyar la atención de los usuarios, la gestión del establecimiento y la participación en el programa de gestión de calidad y en bases de datos externas		3		15		3		150	3		30	3		45
	120. El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	3			30	3		300	3		30	3		45	
	121. Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.	3			30	3		300	3		30	3		45	
	122. Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad	3			30	3		300	3		30	3		45	
<b>Gestión de resultados (usuarios, profesionales y sociedad)</b>	123. Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)	3			30	3		300	3		30	3		45	
	124. Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,	3			30	3		300	3		30	3		45	
	125. Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultados,	3			30	3		300	3		30	3		45	
	126. Se analizan y controlar las	3			30	3		300	3		30	3		45	

desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,																
127. Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,	3			30	3			300	3			30	3			45
128. Monitorización de procesos,	3			30	3			300	3			30	3			45
129. Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento	3			30	3			300	3			30	3			45
130. Se comparan los resultados con los de otras organizaciones y con los que se consideran mejores del sector.		3		15		3		150	3			30	3			45

### 2.3.6.3. Modelo bibliográfico

Tabla 49. Resultados de modelo bibliográfico

Indicadores actuales MINSAL	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor
	10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1	
1. Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados	3			30	3			300	3			30	3			45
2. Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados	3			30	3			300	3			30	3			45
3. Indicador de morbilidad	3			30	3			300	3			30	3			45
4. Indicador de muertes maternas	3			30	3			300	3			30	3			45
5. Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)	3			30	3			300	3			30	3			45
6. Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)	3			30	3			300	3			30	3			45
7. Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)		3		15	3			300	3			30	3			45
8. Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)		3		15	3			300	3			30	3			45
9. Indicador de muertes por lesiones de causa	3			30	3			300	3			30	3			45

externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)														
10. Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta	3			30	3		300	3		30	3			45
11. Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada	3			30	3		300	3		30	3			45
12. Indicador de cirugía electiva	3			30	3		300	3		30	3			45
13. Indicador de infecciones nosocomiales	3			30	3		300	3		30	3			45
14. Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones	3			30	3		300	3		30	3			45
15. Indicador de pacientes referidos a otras instituciones	3			30	3		300	3		30	3			45
16. Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos	3			30	3		300	3		30	3			45
17. Indicador de emergencia	3			30	3		300	3		30	3			45
18. Indicador de consulta externa		3		15	3		300	3		30	3			45
19. Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa		3		15	3		300	3		30	3			45
20. Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)	3			30	3		300	3		30	3			45
21. Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.	3			30	3		300	3		30	3			45
22. Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa	3			30	3		300	3		30	3			45
23. Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)	3			30	3		300	3		30	3			45
24. Indicador de Giro Cama Pediatría	3			30	3		300	3		30	3			45
25. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría	3			30	3		300	3		30	3			45
26. Indicador de Promedio de días estancias Pediatría	3			30	3		300	3		30	3			45
27. Indicador de sustitución de cama en Pediatría		3		15	3		300	3		30	3			45
28. Indicador de Giro Cama Neonatología	3			30	3		300	3		30	3			45
29. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología	3			30	3		300	3		30	3			45

30. Indicador de Promedio de días estancias Neonatología	3			30	3			300	3			30	3			45
31. Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología	3			30	3			300	3			30	3			45
32. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas	3			30	3			300	3			30	3			45
33. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas	3			30	3			300	3			30	3			45
34. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	3			30	3			300	3			30	3			45
35. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano	3			30	3			300	3			30	3			45
36. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano	3			30	3			300	3			30	3			45
37. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas	3			30	3			300	3			30	3			45
38. Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando	3			30	3			300	3			30	3			45
39. Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva	3			30	3			300	3			30	3			45
40. Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	3			30	3			300	3			30	3			45
41. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.	3			30	3			300	3			30	3			45
42. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.(En los que corresponda)	3			30	3			300	3			30	3			45
43. Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos	3			30	3			300	3			30	3			45
44. Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	3			30	3			300	3			30	3			45
45. Indicador de Tasa bruta de mortalidad	3			30	3			300	3			30	3			45
46. Indicador de Tasa neta de mortalidad	3			30	3			300	3			30	3			45
47. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte		3		15	3			300	3			30	3			45
48. Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos	3			30	3			300	3			30	3			45
49. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a	3			30	3			300	3			30	3			45



lesiones auto infligidas intencionalmente														
50. Indicador de Tasa de letalidad por neumonía	3			30	3		300	3		30	3			45
51. Indicador de Tasa de letalidad por diarrea		3		15		3	150	3		30	3			45
52. Indicador de Tasa de letalidad por IRC	3			30	3		300	3		30	3			45
53. Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus	3			30	3		300	3		30	3			45
54. Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos	3			30	3		300	3		30	3			45
55. Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos	3			30	3		300	3		30	3			45
56. Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos	3			30	3		300	3		30	3			45
57. Indicador de numero de informes de monitoreo		3		15		3	150	3		30	3			45
58. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia	3			30	3		300	3		30	3			45
59. Indicador de número de trasplantes realizados	3			30	3		300	3		30	3			45
60. Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta	3			30	3		300	3		30	3			45
61. Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas		3		15	3		300	3		30	3			45
62. Indicador de informes de resultado por servicio final	3			30	3		300	3		30	3			45
63. Indicador de numero de informes presentados			3	3		3	150	3		30		3		15
64. Indicador de numero de informes de resultados del monitoreo del ahorro		3		15		3	150		3	7.5		3		15
65. Indicador de numero de informes de monitoreo y evaluación del plan de uso racional de antibióticos		3		15		3	150	3		30	3			45
66. Indicador de numero de informes de avances de las fases		3		15	3		300	3		30		3		15
67. Indicador de informe de implementación	3			30	3		300	3		30	3			45
68. Indicador de informes con resultados de la evaluación		3		15	3		300	3		30	3			45
69. Indicador de informes de resultados de los estándares	3			30	3		300	3		30	3			45
70. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana	3			30	3		300	3		30	3			45

71. Indicador de numero de estudios de investigación realizados		3		15		3		150	3			30	3			45
72. Indicador de numero de informes de monitorio		3		15		3		150	3			30	3			45
73. Indicador del proceso de identificación de necesidades		3		15		3		150	3			30	3			45
74. Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron		3		15	3			300	3			30	3			45
75. Indicador de numero de evaluaciones		3		15		3		150		3		15		3		22.5
76. Indicador de simulacro realizados	3			30		3		150	3			30	3			45
77. Indicador de curso gerencial realizado	3			30	3			300	3			30	3			45
78. Indicador de informes de resultados	3			30	3			300	3			30	3			45

### 2.3.7. Análisis de tabulación

El proceso para la obtención del total de cada componente es según el peso que posea en este caso A, B, C, D; Severidad, Magnitud, Factibilidad, Eficacia respectivamente, el número de la casilla verde es el total del componente en el cual intervienen factores diferentes, a la Severidad (1° casilla verde) lo afecta un factor de “1”, a la Magnitud (2° casilla verde) lo afecta un factor de “10”, a la Factibilidad (3° casilla verde) lo afecta un factor de “1”, a la Eficacia (4° casilla verde) lo afecta un valor de “1.5” cada uno de estos aportaran a la calificación global de cada indicador que se verá afectado mayormente por la Magnitud y Eficacia que posean los distintos indicadores y en su complemento apoyado del peso de la Severidad y Factibilidad para establecer la priorización de indicadores.

### 2.3.8. Criterio de priorización

Desde el punto de vista de los profesionales (Doctores y expertos en el tema) se debía ser claro y específico en el filtro de la priorización de indicadores conociendo que en términos generales todos son necesarios, por otra parte es importante destacar los indicadores que poseen mayor valor global [(A+B) CxB] donde se involucran todos los componentes de manera equitativa y como segundo criterio de peso la Factibilidad que posean.

### 2.3.8.1. Modelos con indicadores mayores en el valor global

El criterio al tomar en cuenta para categorizar los indicadores que tienen más alto valor, se ocupó el principio de Pareto usando el 20% de los valores máximos de los indicadores como la alternativa de solución para el 80% de los indicadores que estén bajo este límite (valor mayor 355,000).

### 2.3.8.2. Modelo Cero con indicadores mayores en el valor

Tabla 50. Resultados de diagnóstico modelo cero

Categoría	Sub categorías	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
Liderazgo		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes	2	1		25	2	1		250	3			30	3			45	371250
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados	2	1		25	3			300	3			30	3			45	438750
Política y estrategia		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Personas		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se garantiza y fomenta el		3		15	3			300	3			30	3			45	425250

	acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes																	
	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
Alianza y recursos		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Existen dispensadores de	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes																	
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Procesos		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Existe un protocolo para la identificación de pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
	Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
	Está implantado un protocolo de lavado de manos	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un protocolo de	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas																	
	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Resultados en los pacientes		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Resultados en los		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		

profesionales																		
	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
	Absentismo laboral en profesionales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Resultados en la sociedad		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/o asistencia	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Resultados clave		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren broncoaspiración	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500



### 2.3.8.3. Modelo de indicadores con indicadores mayores en el valor

Tabla 51. Resultados de diagnóstico modelo de indicadores

Áreas temáticas	Requisitos	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
Seguridad de usuario	3. Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	4. El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	5. Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	6. El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	7. El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Gestión de Riesgos del usuario	8. Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	9. El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario,	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	10. El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	nueva aparición,																
	11. Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	13. El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
<b>Accesibilidad y continuidad de la atención</b>	14. El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	15. Admisión en el establecimiento de salud,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	16. Continuidad de la atención,		3		15	3		300	3		30	3		45	425250		
	21. El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	22. Análisis de demanda	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
<b>Información clínica</b>	23. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	24. Identificar correctamente a los usuarios,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	25. Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	26. Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		

	durante todo el procesos asistencial,																
	27. Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	28. Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	29. Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
<b>Derechos del usuario y su familia</b>	30. Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	31. Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	32. Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	33. Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	34. Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		

	35. Se realiza el consentimiento informado.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	36. Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	37. El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	38. El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	39. Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
Liderazgo	40. Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	41. El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	42. El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento		3		15	3		300	3		30	3		45	425250

	43. El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	44. El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	45. El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	49.. Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	47. Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Gestión y monitorización de procesos</b>	48. Identificación, protocolización y monitorización de procesos	3			30	3		300	3		30	3		45	445500

	críticos,															
	50. Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	12. Auditorías internas de procesos	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	13. Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor		3	15	3		300	3		30	3		45	425250		
	17. Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente		3	15	3		300	3		30	3		45	425250		
	19. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	23. Información y vigilancia epidemiológica,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	25. Programa de atención a los malos tratos,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
<b>Dirección y planificación estratégica</b>	28. Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	29. Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		

	30. Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Desarrollo profesional y dotación de recursos humanos</b>	34. La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	36. Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Selección de profesionales y plan de acogida</b>	37. Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	38. Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	39. Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Formación y Prevención de Riesgos Laborales</b>	40. Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500

	41. El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Evaluación del desempeño</b>	45. El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Estructura, equipamiento y materiales</b>	48. Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	49. Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	56. El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	57. Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la	3			30	3		300	3		30	3		45	445500



	sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,																
<b>Compras y proveedores clave</b>	59. La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	60. El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	61. El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	62. Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
<b>Sistemas y tecnologías de la información y comunicación</b>	64. Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	65. Se encuentran establecidas las actuaciones	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		

para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,																
66. Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
67. Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
68. Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
69. El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
70. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
71. El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		

	totalidad.																
Herramientas y metodologías de calidad e innovación	72. Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	73. Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	74. Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	75. Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	76. El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	77. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	78. El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	79. Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		

	necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento															
	81. El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	82. Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	83. Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
<b>Gestión de resultados (usuarios, profesionales y sociedad)</b>	84. Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	85. Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	86. Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultados,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	87. Se analizan y controlar las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	88. Se analiza el clima	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	

laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,																	
89. Monitorización de procesos,	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
90. Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

### 2.3.8.4. Modelo bibliográfico con indicadores mayores en el valor

Tabla 52. Resultados de diagnóstico modelo bibliográfico

Indicadores actuales MINSAL	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
	10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
1. Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
2. Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
3. Indicador de morbilidad	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
4. Indicador de muertes maternas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
5. Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
6. Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
7. Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
8. Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
9. Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
10. Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
11. Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
12. Indicador de cirugía electiva	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

13. Indicador de infecciones nosocomiales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
14. Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
15. Indicador de pacientes referidos a otras instituciones	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
16. Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
17. Indicador de emergencia	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
18. Indicador de consulta externa		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
19. Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
20. Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
21. Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
22. Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
23. Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
24. Indicador de Giro Cama Pediatría	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
25. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
26. Indicador de Promedio de días estancias Pediatría	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
27. Indicador de sustitución de cama en Pediatría		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
28. Indicador de Giro Cama Neonatología	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
29. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
30. Indicador de Promedio de días estancias Neonatología	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

31. Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
32. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
33. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
34. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
35. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
36. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
37. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
38. Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
39. Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
40. Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
41. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
42. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.(En los que corresponda)	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
43. Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
44. Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
45. Indicador de Tasa bruta de mortalidad	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
46. Indicador de Tasa neta de mortalidad	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
47. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte		3	15	3	300	3	30	3	45	425250
48. Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos	3		30	3	300	3	30	3	45	445500
49. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a	3		30	3	300	3	30	3	45	445500

lesiones auto infligidas intencionalmente																
50. Indicador de Tasa de letalidad por neumonía	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
52. Indicador de Tasa de letalidad por IRC	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
53. Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
54. Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
55. Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
56. Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
58. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
59. Indicador de número de trasplantes realizados	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
60. Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
61. Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas		3		15	3		300	3		30	3		45	425250		
62. Indicador de informes de resultado por servicio final	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
67. Indicador de informe de implementación	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
68. Indicador de informes con resultados de la evaluación		3		15	3		300	3		30	3		45	425250		
69. Indicador de informes de resultados de los estándares	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
70. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
74. Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron		3		15	3		300	3		30	3		45	425250		
77. Indicador de curso gerencial realizado	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
78. Indicador de informes de resultados	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		



## 2.3.9. Modelos con indicadores con factibilidad

### 2.3.9.1. Modelo Cero con indicadores con mayor factibilidad

Tabla 53. Indicadores factibles de modelo cero

Categoría	Sub categorías	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
Liderazgo		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes	2	1		25	2	1		250	3			30	3			45	371250
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados	2	1		25	3			300	3			30	3			45	438750
	Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes	1	2		20	1	2		200	3			30	2	1		35	231000
	Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	3			30	1	2		200	3			30	3			45	310500
	Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	1	2		20		3		150	3			30	3			45	229500
	Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	3			30		3		150	3			30	3			45	243000
Política y estrategia		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se planifica e implementa un	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales																	
	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	3			30	3		300	3			30	3			45	445500	
Personas		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes		3		15		3	150	3			30	3			45	222750	
	Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	3			30	3		300	3			30	3			45	445500	
	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes		3		15	3		300	3			30	3			45	425250	
	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	3			30	3		300	3			30	3			45	445500	
	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	3			30	3		300	3			30	3			45	445500	
	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	3			30	3		300	3			30	3			45	445500	
	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de		3		15	3		300	3			30	3			45	425250	

	pacientes																	
	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes		3		15		3		150	3			30		3		15	74250
Alianza y recursos		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.		3		15		3		150	3			30	3			45	222750
	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina		3		15		3		150	3			30		3		15	74250

Procesos	10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
Existe un protocolo para la identificación de pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil		2	1	11	2		1	210	2		1	20	3			45	198900
Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos		2	1	11		2	1	110	3			30	3			45	163350
Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor	3			30		3		150	3			30	3			45	243000
Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes		3		15		3		150	3			30		3		15	74250
Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes	3			30			3	30	3			30	3			45	81000
Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
Está implantado un protocolo de lavado de manos	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	administración de sangre y hemoderivados																	
	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Resultados en los pacientes		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso		3		15		3		150	3			30	3			45	222750
	Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario		3		15	3			300	3			30		3	1.5		14175
	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	alta sobre la continuidad de cuidados																	
	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	3			30	3		300	3			30	3			45	445500	
Resultados en los profesionales		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución	3			30	3		300	3			30	3			45	445500	
	Profesionales que sufren accidentes laborales	3			30		3	150	3			30	3			45	243000	
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes		3		15	3		300	3			30	3			45	425250	
	Absentismo laboral en profesionales	3			30	3		300	3			30	3			45	445500	
Resultados en la sociedad		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	3			30		3	150	3			30	3			45	243000	
	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia	3			30	3		300	3			30	3			45	445500	
	Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes		3		15	3		300	3			30		3		15	141750	
Resultados clave		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los	3			30	3		300	3			30	3			45	445500	

	cuidados durante su estancia hospitalaria																
	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren broncoaspiración	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación	3			30		3	150	3			30		3		15	81000
	Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	3			30	3		300	3			30	3			45	445500

Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Pacientes con demencia/deterioro cognitivo sin la patología al ingreso		3		15		3		150	3			30	3			45	222750
Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

### 2.3.9.2. Modelo de indicadores con indicadores con mayor factibilidad

Tabla 54. Indicadores factibles de modelo de indicadores

Áreas temáticas	Requisitos	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
Seguridad del usuario	1. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (IPSG),	3			30		3		150	3			30	3			45	243000
	2. Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al usuario correcto (IPSG),	3			30		3		150	3			30	3			45	243000
	3. Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	4. El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	5. Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario	3			30	3			300	3			30	3			45	445500



	6. El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	7. El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Gestión de Riesgos del usuario</b>	8. Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	9. El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	10. El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	11. Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	13. El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Accesibilidad y continuidad de la atención</b>	14. El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	15. Admisión en el establecimiento de salud,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	16. Continuidad de la atención,		3		15	3		300	3		30	3		45	425250
	19. Transporte de usuarios,	3			30		3	150	3		30	3		45	243000

	21. El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	22. Análisis de demanda	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Información clínica</b>	23. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	24. Identificar correctamente a los usuarios,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	25. Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	26. Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	27. Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	28. Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	29. Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Derechos del usuario y su familia</b>	30. Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	31. Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	32. Se toman medidas para	3			30	3		300	3		30	3		45	445500

	proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,															
	33. Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	34. Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	35. Se realiza el consentimiento informado.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	36. Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	37. El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	38. El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	39. Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
Liderazgo	40. Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		

41. El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
42. El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento		3		15	3		300	3		30	3		45	425250
43. El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
44. El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
45. El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
49.. Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
47. Los líderes de	3			30	3		300	3		30	3		45	445500

	departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica																
<b>Gestión y monitorización de procesos</b>	48. Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	49. Gestión de riesgos de seguridad del usuario en procesos,		3		15		3	150	3		30	3		45	222750		
	50. Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	12. Auditorías internas de procesos	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	13. Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor		3		15	3		300	3		30	3		45	425250		
	17. Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente		3		15	3		300	3		30	3		45	425250		
	19. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	20. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con el componente de protección a la maternidad	3			30		3	150	3		30	3		45	243000		

	23. Información y vigilancia epidemiológica,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	25. Programa de atención a los malos tratos,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	26. Programa específico de gestión del dolor y atención de enfermedades terminales.		3		15		3	150	3		30	3		45	222750
<b>Dirección y planificación estratégica</b>	27. Organigrama donde quedan establecidas las responsabilidades y funciones, y se encuentra definido un proceso que asegura el desarrollo organizacional, a través de la descripción puestos con sus correspondientes competencias,		3		15	3		300	3		30		3	15	141750
	28. Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	29. Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	30. Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	32. establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa.	3			30		3	150	3		30	3		45	243000
	34. La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Desarrollo profesional y dotación de recursos humanos</b>	35. Existe información estandarizada sobre el personal	3			30	3		300	3		30		3	15	148500

	(cualificación, descripción del puesto, historial laboral, evaluaciones del desempeño, registros de educación, registros de eficacia de la formación, etc.),																
	36. Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
Selección de profesionales y plan de acogida	37. Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
	38. Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
	39. Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
Formación y Prevención de Riesgos Laborales	40. Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
	41. El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	

	43. El establecimiento se implica en la identificación de los riesgos que puedan afectar a los profesionales en cada puesto de trabajo y tiene implantado un plan de prevención de riesgos laborales, realiza su análisis, la implantación y el seguimiento de las medidas preventivas necesarias	3			30	3	150	3		30	3		45	243000
	44. El Centro tiene establecidas las medidas de seguridad ante emergencias mediante los planes de emergencia interno y externo, y su implantación, todo ello según criterios técnicos y normativa vigente, y asegura el conocimiento de las medidas de seguridad por parte de los profesionales realizando actualizaciones periódicas,	3			30	3	150	3		30	3		45	243000
<b>Evaluación del desempeño</b>	45. El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios	3			30	3	300	3		30	3		45	445500
<b>Estructura, equipamiento y materiales</b>	48. Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia,	3			30	3	300	3		30	3		45	445500
	49. Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	3			30	3	300	3		30	3		45	445500



	50. Las obras se realizan en un entorno de seguridad y de acuerdo a los procedimientos establecidos,			3	3		3	150	3		30	3		45	206550
	53. Se ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar las condiciones de seguridad y el mantenimiento de las infraestructuras e instalaciones CRITICAS en lo relativo a pruebas de Diagnóstico por la Imagen, Laboratorio Clínico, Área Quirúrgica, UCI, Exploraciones Endoscópicas, Diálisis y Partorios, Área de Esterilización, etc.		3		15		3	150	3		30	3		45	222750
	56. El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	57. Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Compras y proveedores clave</b>	58. Se asegura que las empresas y recursos humanos para realizar las inspecciones, revisiones y/o mantenimiento de las instalaciones del Centro son adecuados y están debidamente cualificados, homologados y/o			3	3		3	150	3		30	3		45	206550

autorizados, en función de la complejidad requerida,																
59. La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			
60. El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			
61. El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			
62. Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			
63. El Centro asume en la gestión del equipamiento electro médico las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura, mediante la designación de responsables, el seguimiento del estado de sus equipos, la realización de operaciones de mantenimiento, la información y la formación de		3	15		3	150	3		30	3		45	222750			

	sus profesionales.																
<b>Sistemas y tecnologías de la información y comunicación</b>	64. Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	65. Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	66. Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	67. Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	68. Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	69. El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	70. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		

	accesibilidad y la información,																
	71. El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
Herramientas y metodologías de calidad e innovación	72. Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
	73. Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
	74. Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
	75. Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
	76. El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
	77. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
	78. El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	
	79. Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades	3			30	3		300	3		30	3			45	445500	

	necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento														
	80. El programa de calidad y seguridad de los usuarios incluye la agregación y análisis de datos para apoyar la atención de los usuarios, la gestión del establecimiento y la participación en el programa de gestión de calidad y en bases de datos externas	3		15	3		150	3		30	3		45	222750	
	81. El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	
	82. Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	
	83. Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	
<b>Gestión de resultados (usuarios, profesionales y sociedad)</b>	84. Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	
	85. Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	
	86. Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	

implanta mejoras para obtener los mejores resultados,																	
87. Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
88. Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
89. Monitorización de procesos,	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
90. Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
91. Se comparan los resultados con los de otras organizaciones y con los que se consideran mejores del sector.		3		15		3		150	3			30	3			45	222750

### 2.3.9.3. Modelo bibliográfico con indicadores con mayor factibilidad

Tabla 55. Indicadores factibles de modelo bibliográfico

	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
Indicadores actuales MINSAL	10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
1. Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
2. Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
3. Indicador de morbilidad	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
4. Indicador de muertes maternas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
5. Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
6. Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
7. Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
8. Indicador de muertes por Diabetes Mellitus		3		15	3			300	3			30	3			45	425250

(E10 – E14)																	
9. Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
10. Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
11. Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
12. Indicador de cirugía electiva	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
13. Indicador de infecciones nosocomiales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
14. Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
15. Indicador de pacientes referidos a otras instituciones	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
16. Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
17. Indicador de emergencia	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
18. Indicador de consulta externa		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
19. Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
20. Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
21. Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
22. Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
23. Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
24. Indicador de Giro Cama Pediatría	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
25. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
26. Indicador de Promedio de días estancias Pediatría	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
27. Indicador de sustitución de cama en Pediatría		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
28. Indicador de Giro Cama Neonatología	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

29. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
30. Indicador de Promedio de días estancias Neonatología	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
31. Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
32. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
33. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
34. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
35. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
36. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
37. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
38. Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
39. Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
40. Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
41. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
42. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.(En los que corresponda)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
43. Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
44. Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
45. Indicador de Tasa bruta de mortalidad	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
46. Indicador de Tasa neta de mortalidad	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
47. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
48. Indicador de Tasa de mortalidad por	3			30	3			300	3			30	3			45	445500



traumatismos																
49. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
50. Indicador de Tasa de letalidad por neumonía	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
51. Indicador de Tasa de letalidad por diarrea		3		15		3	150	3			30	3			45	222750
52. Indicador de Tasa de letalidad por IRC	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
53. Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
54. Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
55. Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
56. Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
57. Indicador de numero de informes de monitoreo		3		15		3	150	3			30	3			45	222750
58. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
59. Indicador de número de trasplantes realizados	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
60. Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
61. Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas		3		15	3		300	3			30	3			45	425250
62. Indicador de informes de resultado por servicio final	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
63. Indicador de numero de informes presentados			3	3		3	150	3			30		3		15	68850
65. Indicador de numero de informes de monitoreo y evaluación del plan de uso racional de antibióticos		3		15		3	150	3			30	3			45	222750
66. Indicador de numero de informes de avances de las fases		3		15	3		300	3			30		3		15	141750
67. Indicador de informe de implementación	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
68. Indicador de informes con resultados de la evaluación		3		15	3		300	3			30	3			45	425250
69. Indicador de informes de resultados de los estándares	3			30	3		300	3			30	3			45	445500
70. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la	3			30	3		300	3			30	3			45	445500

carta iberoamericana																		
71. Indicador de numero de estudios de investigación realizados		3		15		3		150	3			30	3			45	222750	
72. Indicador de numero de informes de monitorio		3		15		3		150	3			30	3			45	222750	
73. Indicador del proceso de identificación de necesidades		3		15		3		150	3			30	3			45	222750	
74. Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron		3		15	3			300	3			30	3			45	425250	
76. Indicador de simulacro realizados	3			30		3		150	3			30	3			45	243000	
77. Indicador de curso gerencial realizado	3			30	3			300	3			30	3			45	445500	
78. Indicador de informes de resultados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500	
80. Indicador de porcentaje de variación de egresos de neonatología		3		15		3		150	3			30	3			45	222750	

## 2.3.10. Modelos con que no cumplen mayor valor y no son factibles

### 2.3.10.1. Modelo Cero con indicadores de menor valor y baja factibilidad

Tabla 56. Indicadores que no cumplen de modelo cero

Categoría	Sub categorías	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
Liderazgo		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes		1	2	7	2	1		250	1	2		15		1	2	6	23130
	Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	1		2	12	1	2		200	1	1	1	12.5	2		1	30.5	80825
	Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes		3		15	1	2		200	1	2		15	3			45	145125
	Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes		3		15		3		150		3		7.5		3	1.5		1856.25

Política y estrategia		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.	3			30	3			300		3		7.5	3			45	111375
	Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	3			30	3			300		3		7.5	3			45	111375
	Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares		3		15	2	1		250		3		7.5		3		15	29812.5
	Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes		3		15	1	2		200		3		7.5			3	1.5	2418.75
	Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios		3		15	3			300			3	0		3		15	0
Personas		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes	3			30	3			300		3		7.5			3	1.5	3712.5
Alianza y recursos		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se dispone de un plan de		3		15		3		150			3	0	3			45	0

	seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.																
	Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas		3	3		3	150		3	7.5		3	15	17212.5			
Procesos		10	5	1		10	5	1		10	5	1					
	Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.		3	15		3	150		3	7.5	3		45	55687.5			
	Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios		3	15		3	150		3	7.5	3		15	18562.5			
	Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes		3	15		3	150		3	7.5	3		45	55687.5			
	Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión		3	3		3	30		3	7.5	3		15	3712.5			
	Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes		3	15	3		300		3	0	3		45	0			

	Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta			3	3		3		150		3		7.5		3		15	17212.5
Resultados en los profesionales		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes		3		15	3			300		3		7.5		3		15	35437.5
	Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes		3		15		3		150		3		7.5		3		15	18562.5
	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes		3		15		3		150		3		7.5		3		15	18562.5
	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos		3		15		3		150		3		7.5		3		15	18562.5
	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades			3	3		3		150		3		7.5			3	1.5	1721.25
Resultados en la sociedad		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población		3		15	3			300		3		0		3		15	0
	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)		3		15	3			300		3		0		3		15	0

	Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	3			30		3		150		3		7.5	3			45	60750
Resultados clave		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Pacientes sometidos a cirugía errónea	3			30		3		150		3		7.5	3			45	60750

### 2.3.10.2. Modelo de indicadores con indicadores de menor valor y baja factibilidad

Tabla 57. Indicadores que no cumplen de modelo de indicadores

	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL	
Requisitos	10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1			
12. Se coordina la atención nutricional de aquellos usuarios que cursan con malnutrición o riesgo de la misma mediante protocolos establecidos,			3	3			3	30			3		7.5	3			45	11137.5
17. Alta, traslado y seguimiento,		3		15			3	150			3		7.5	3			45	55687.5
18. Transferencia de usuarios,			3	3			3	30			3		7.5		3		15	3712.5
20. Se implantan los cambios organizativos necesarios que favorecen la accesibilidad de la persona al establecimiento,		3		15			3	150			3		7.5		3		15	18562.5
14. El establecimiento incorpora buenas prácticas para prevenir incidentes de seguridad.			3	3			3	150			3		7.5	3			45	51637.5
15. Establecer las medidas y procedimientos necesarios para el control de los impactos ambientales producidos por el Centro, dirigidos a minimizar el impacto ambiental y a eliminar las incidencias que			3	3			3	30			3		7.5		3		15	3712.5

puedan afectar a profesionales, usuarios y población en general.															
16. Está implantado un sistema de gestión ambiental que establece los procesos, los procedimientos, los recursos, los objetivos y las responsabilidades necesarias para desarrollar la política ambiental definida por el establecimiento,		3		15		3	150		3	7.5		3	15	18562.5	
18. Análisis de necesidades de comunidad y promoción de la salud,			3	3		3	150			3	0		3	15	0
21. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con el componente nutrición infantil			3	3		3	150		3	7.5		3	15	17212.5	
22. Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de la problemática relacionada con la planificación familiar			3	3		3	150		3	7.5		3	15	17212.5	
24. Estrategia para el abordaje de los usuarios vulnerables (los niños, personas discapacitadas, ancianos y demás población vulnerable),		3		15		3	150		3	7.5		3	15	18562.5	
31. Establece alianzas y colaboraciones formales con otras organizaciones para alcanzar una mayor eficiencia en la consecución de sus plazos y objetivos,		3		15		3	150		3	7.5	3		45	55687.5	
33. El establecimiento identifica de manera sistemática sus principales fortalezas y debilidades		3		15		3	150		3	7.5		3	15	18562.5	
42. Los miembros del personal que proporcionan atención a usuarios y otro personal que identifique el hospital están capacitados y pueden demostrar competencia apropiada en técnicas de resucitación,	3			30		3	150		3	7.5	3		45	60750	
46. La documentación legal y técnica del Centro como proyectos, autorizaciones y certificados finales de obra e instalaciones, así como otros registros y/o requerimientos		3		15		3	30		3	0		3	15	0	

de organismos en materia de seguridad estructural y de índole sanitaria, está disponible y debidamente actualizada,															
47. se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones,		3		15		3	150		3	0		3	15	0	
51. Se dispone de libro de mantenimiento y control de agua para la prevención de la legionelosis,			3	3		3	30		3	7.5		3	15	3712.5	
52. La calidad de aire de las diferentes zonas del Centro se controla de forma sistemática, de modo que se garantice su salubridad y su funcionalidad en las diferentes dependencias,			3	3		3	30		3	7.5		3	15	3712.5	
54. El Centro gestiona los productos sanitarios implantables activos (marcapasos, implantes cocleares, estimuladores nerviosos, estimuladores musculares, semillas radiactivas, incluso accesorios de estos productos, como electrodos o programadores de marcapasos) y realiza las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura,			3	3		3	30		3	7.5		3	15	3712.5	
55. El establecimiento dispone de las estructuras y recursos necesarios para la adecuada coordinación de los trasplantes de órganos y tejidos.		3		15		3	30		3	7.5		3	15	5062.5	



### 2.3.10.3. Modelo bibliográfico con indicadores de menor valor y baja factibilidad

Tabla 58. Indicadores que no cumplen de modelo bibliográfico

	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
Indicadores actuales MINSAL	10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
64. Indicador de numero de informes de resultados del monitoreo del ahorro		3		15		3		150		3		7.5		3		15	18562.5
75. Indicador de numero de evaluaciones		3		15		3		150		3		7.5		3		15	18562.5
81. Indicador de porcentaje de casos detectados de programas de patología fetal		3		15		3		150		3		7.5		3		15	18562.5
82. Indicador de resultados enviados		3		15		3		150		3		7.5		3		15	18562.5

### 2.3.11. Modelos con que mayor valor y mayor factibilidad

#### 2.3.11.1. Modelo Cero con mayor valor y alta factibilidad

Tabla 59. Indicadores con mayor valor y mayor factibilidad en modelo cero

Categoría	Sub categorías	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
Liderazgo		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes	2	1		25	2	1		250	3			30	3			45	371250
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados	2	1		25	3			300	3			30	3			45	438750
Política y estrategia		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Personas		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
Alianza y recursos		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Existe una política		3		15	3			300	3			30	3			45	425250

	centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos																
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
Procesos		10	5	1		10	5	1		10	5	1					
	Existe un protocolo para la identificación de pacientes	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo		3		15	3		300	3		30	3		45	425250		
	Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales		3		15	3		300	3		30	3		45	425250		

	Está implantado un protocolo de lavado de manos	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Resultados en los pacientes		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	profesionales																	
	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Resultados en los profesionales		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
	Absentismo laboral en profesionales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
Resultados en la sociedad		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Premios, certificaciones y/o	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia																	
Resultados clave		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren broncoaspiración	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	monitorización de niveles plasmáticos																	
	Pacientes con pruebas diagnosticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

### 2.3.11.2. Modelo de indicadores con mayor valor y alta factibilidad

Tabla 60. Indicadores con mayor valor y mayor factibilidad en modelo de indicadores

Áreas temáticas	Requisitos	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
		10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
Seguridad del usuario	3. Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
	4. El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus	3			30	3			300	3			30	3			45	445500

	usuarios hospitalizados.															
	5. Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	6. El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	7. El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
<b>Gestión de Riesgos del usuario</b>	8. Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	9. El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	10. El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	11. Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		



	manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.																
	13. El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
Accesibilidad y continuidad de la atención	14. El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	15. Admisión en el establecimiento de salud,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	16. Continuidad de la atención,		3		15	3		300	3		30	3		45	425250		
	21. El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	22. Análisis de demanda	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	Información clínica	23. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
24. Identificar correctamente a los usuarios,		3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
25. Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal,		3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
26. Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,		3			30	3		300	3		30	3		45	445500		

	27. Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	28. Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	29. Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
<b>Derechos del usuario y su familia</b>	30. Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	31. Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	32. Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	33. Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
	34. Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son	3			30	3		300	3		30	3		45	445500

	identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,															
	35. Se realiza el consentimiento informado.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	36. Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	37. El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	38. El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	39. Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
Liderazgo	40. Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	41. El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		

creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.															
42. El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento		3		15	3		300	3		30	3		45	425250	
43. El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
44. El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
45. El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
49.. Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	

	mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.															
	47. Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
Gestión y monitorización de procesos	48. Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	50. Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	12. Auditorías internas de procesos	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		
	13. Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor		3		15	3		300	3		30	3		45	425250	
	17. Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente		3		15	3		300	3		30	3		45	425250	
Promoción de	19. Se establecen los	3		30	3		300	3		30	3		45	445500		

<b>la salud y de la calidad de vida</b>	procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,																
	23. Información y vigilancia epidemiológica,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	25. Programa de atención a los malos tratos,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
<b>Dirección y planificación estratégica</b>	28. Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	29. Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	30. Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
<b>Desarrollo profesional y dotación de recursos humanos</b>	34. La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
	36. Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
<b>Selección de profesionales y</b>	37. Se aplica un plan de acogida para los	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		

plan de acogida	nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal												
	38. Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,	3		30	3		300	3		30	3	45	445500
	39. Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,	3		30	3		300	3		30	3	45	445500
Formación y Prevención de Riesgos Laborales	40. Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,	3		30	3		300	3		30	3	45	445500
	41. El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,	3		30	3		300	3		30	3	45	445500
Evaluación del	45. El establecimiento	3		30	3		300	3		30	3	45	445500

<b>desempeño</b>	emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios															
<b>Estructura, equipamiento y materiales</b>	48. Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	49. Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	56. El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	57. Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
<b>Compras y</b>	59. La alimentación a	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	



proveedores clave	los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,													
	60. El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
	61. El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
	62. Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
Sistemas y tecnologías de la información y	64. Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a	3		30	3		300	3		30	3		45	445500

comunicación	las necesidades actuales,															
	65. Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	66. Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	67. Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	68. Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
	69. El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500	
70. Se dispone de tecnologías de la	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		

	información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,																
	71. El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			
Herramientas y metodologías de calidad e innovación	72. Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			
	73. Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			
	74. Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			
	75. Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			
	76. El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			
	77. Se dispone de tecnologías de la información orientadas a	3		30	3		300	3		30	3		45	445500			

	la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información														
	78. El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	
	79. Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	
	81. El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	
	82. Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	
	83. Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	
<b>Gestión de</b>	84. Se ha definido e	3		30	3		300	3		30	3		45	445500	

**resultados  
(usuarios,  
profesionales y  
sociedad)**

implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)																
85. Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
86. Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultados,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
87. Se analizan y controlar las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
88. Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
89. Monitorización de procesos,	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
90. Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		

### 2.3.11.3. Modelo bibliográfico con mayor valor y alta factibilidad

Tabla 61. Indicadores con mayor valor y mayor factibilidad en modelo bibliográfico

Indicadores actuales MINSAL	Severidad o gravedad			valor	magnitud			valor	factibilidad			valor	Eficacia			valor	TOTAL
	10	5	1		10	5	1		10	5	1		10	5	1		
1. Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
2. Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
3. Indicador de morbilidad	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
4. Indicador de muertes maternas	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
5. Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
6. Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
7. Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
8. Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)		3		15	3			300	3			30	3			45	425250
9. Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
10. Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
11. Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
12. Indicador de cirugía electiva	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
13. Indicador de infecciones nosocomiales	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
14. Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
15. Indicador de pacientes referidos a otras instituciones	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
16. Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
17. Indicador de emergencia	3			30	3			300	3			30	3			45	445500
18. Indicador de consulta externa		3		15	3			300	3			30	3			45	425250

19. Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa		3		15	3		300	3		30	3		45	425250
20. Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
21. Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
22. Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
23. Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
24. Indicador de Giro Cama Pediatría	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
25. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
26. Indicador de Promedio de días estancias Pediatría	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
27. Indicador de sustitución de cama en Pediatría		3		15	3		300	3		30	3		45	425250
28. Indicador de Giro Cama Neonatología	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
29. Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
30. Indicador de Promedio de días estancias Neonatología	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
31. Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
32. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
33. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
34. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
35. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano	3			30	3		300	3		30	3		45	445500
36. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por	3			30	3		300	3		30	3		45	445500

quirófano																
37. Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
38. Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
39. Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
40. Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
41. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
42. Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.(En los que corresponda)	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
43. Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
44. Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
45. Indicador de Tasa bruta de mortalidad	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
46. Indicador de Tasa neta de mortalidad	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
47. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte		3		15	3		300	3		30	3		45	425250		
48. Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
49. Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
50. Indicador de Tasa de letalidad por neumonía	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
52. Indicador de Tasa de letalidad por IRC	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
53. Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		
54. Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos	3			30	3		300	3		30	3		45	445500		



55. Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
56. Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
58. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
59. Indicador de número de trasplantes realizados	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
60. Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
61. Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas		3	15	3		300	3		30	3		45	425250
62. Indicador de informes de resultado por servicio final	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
67. Indicador de informe de implementación	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
68. Indicador de informes con resultados de la evaluación		3	15	3		300	3		30	3		45	425250
69. Indicador de informes de resultados de los estándares	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
70. Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
74. Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron		3	15	3		300	3		30	3		45	425250
77. Indicador de curso gerencial realizado	3		30	3		300	3		30	3		45	445500
78. Indicador de informes de resultados	3		30	3		300	3		30	3		45	445500

### 2.3.12. Análisis de Resultados

Los resultados finales en la evaluación de priorización son los que obtuvieron mayor valor global y poseen alta factibilidad, en resumen se presentaran los indicadores integrados a continuación:

### 2.3.12.1. Indicadores prioritarios (Modelo normativo integrado)

Tabla 62. Indicadores de modelo normativo integrado

<b>Criterio</b>	<b>Indicador</b>
<b>Liderazgo</b>	
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados
<b>Política y estrategia</b>	
	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles
	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales
	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua
<b>Personas</b>	
	Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros
	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes
	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes
	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad
	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes
<b>Alianza y recursos</b>	
	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes
	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades
	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes
<b>Procesos</b>	
	Existe un protocolo para la identificación de pacientes
	Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo
	Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales
	Está implantado un protocolo de lavado de manos
	Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas
	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes

	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados
	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas
	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes
<b>Resultados en los pacientes</b>	
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización
	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados
	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados
	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario
<b>Resultados en los profesionales</b>	
	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes
	Absentismo laboral en profesionales
<b>Resultados en la sociedad</b>	
	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/o asistencia
<b>Resultados clave</b>	
	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria
	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria
	Pacientes que sufren broncoaspiración
	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales
	Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical
	Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos
	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos

	Pacientes con pruebas diagnosticas y/o intervención quirúrgica suspendidas
	Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas
	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados
	Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados
<b>Seguridad del usuario</b>	Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,
	El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.
	Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario
	El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.
	El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.
<b>Gestión de Riesgos del usuario</b>	Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,
	El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario,
	El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,
	Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.
	13. El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas
<b>Accesibilidad y continuidad de la atención</b>	El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,
	Admisión en el establecimiento de salud,
	Continuidad de la atención,
	El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.
	Análisis de demanda
<b>Información clínica</b>	Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,
	Identificar correctamente a los usuarios,
	Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal,
	Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,
	Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,
	Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.
	Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado
<b>Derechos del usuario y su familia</b>	Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,
	Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,
	Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,

	Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,
	Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,
	Se realiza el consentimiento informado.
	Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,
	El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
	El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados,
	Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje
<b>Liderazgo</b>	Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito
	El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.
	El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento
	El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento
	El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
	Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.
	Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica
<b>Gestión y monitorización de procesos</b>	Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,
	Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,
	Auditorías internas de procesos
	Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor
	Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente
<b>Promoción de la salud y de la calidad de vida</b>	Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,
	Información y vigilancia epidemiológica,

	Programa de atención a los malos tratos,
<b>Dirección y planificación estratégica</b>	Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.
	Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
	Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización
<b>Desarrollo profesional y dotación de recursos humanos</b>	La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,
	Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,
<b>Selección de profesionales y plan de acogida</b>	Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal
	Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,
	Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,
<b>Formación y Prevención de Riesgos Laborales</b>	Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,
	El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,
<b>Evaluación del desempeño</b>	El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios
<b>Estructura, equipamiento y materiales</b>	Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia,
	Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,
	El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,
	Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
<b>Compras y proveedores clave</b>	La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
	El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,
	Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,

<b>Sistemas y tecnologías de la información y comunicación</b>	Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
	Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,
	Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
	Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,
	El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,
	Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
	El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.
<b>Herramientas y metodologías de calidad e innovación</b>	Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
	Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,
	Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,
	El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,
	Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
	El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.
	Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento
	El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
	Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad	
<b>Gestión de resultados (usuarios, profesionales y sociedad)</b>	Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs.)
	Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,
	Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultados,
	Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,
	Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,
	Monitorización de procesos,
Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento	

<b>INDICADORES BIBLIOGRAFICOS</b>	Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados
	Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados
	Indicador de morbilidad
	Indicador de muertes maternas
	Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)
	Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)
	Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)
	Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)
	Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)
	Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta
	Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada
	Indicador de cirugía electiva
	Indicador de infecciones nosocomiales
	Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones
	Indicador de pacientes referidos a otras instituciones
	Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos
	Indicador de emergencia
	Indicador de consulta externa
	Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa
	Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)
	Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.
	Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa
	Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)
	Indicador de Giro Cama Pediatría
	Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría
	Indicador de Promedio de días estancias Pediatría
	Indicador de sustitución de cama en Pediatría
	Indicador de Giro Cama Neonatología
	Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología
	Indicador de Promedio de días estancias Neonatología
	Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología
	Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas
	Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas



	Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias
	Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano
	Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano
	Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas
	Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando
	Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva
	Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
	Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.
	Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.(En los que corresponda)
	Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos
	Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico
	Indicador de Tasa bruta de mortalidad
	Indicador de Tasa neta de mortalidad
	Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte
	Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos
	Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente
	Indicador de Tasa de letalidad por neumonía
	Indicador de Tasa de letalidad por IRC
	Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus
	Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos
	Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos
	Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos
	Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia
	Indicador de número de trasplantes realizados
	Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta
	Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Indicador de informes de resultado por servicio final
	Indicador de informe de implementación
	Indicador de informes con resultados de la evaluación
	Indicador de informes de resultados de los estándares
	Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana
	Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron
	Indicador de curso gerencial realizado
	Indicador de informes de resultados

### **2.3.13. Conclusión de índices prioritarios**

Estos indicadores son la base de la herramienta que se formara de la manera más homogenizada posible para los tres hospitales de tercer nivel de la capital con el propósito en primer lugar de comenzar a controlar la calidad de la atención hospitalaria que se brinda hacia la población salvadoreña el segundo aspecto y con mayor alcance que el primero es el análisis comparativo con los requisitos mínimos de normativas internacionales acreditadas en búsqueda de la excelencia.

Se expondrá la fuente del cual fueron extraídos así como también es esencial destacar los aportes que sumaran al modelo normativo integrado para la creación de la herramienta que nos brindara control y el primer paso en busca de la certificación.

### 2.3.13.1. Indicadores prioritarios (Modelo normativo integrado)

Se muestra los indicadores prioritarios ordenadas por categorías

Tabla 63. Indicadores de modelo normativo integrado

<b>Categoría</b>	<b>Sub categorías</b>	<b>Aporte</b>
<b>Liderazgo</b>	<b>Requisito-Marco-Criterio-Base técnica-Indicador</b>	<b>Modelo</b>
	Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes	Cero
	Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes	Cero
	Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	Cero
	Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados	Cero
	Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes	Cero
	Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes	Cero
	Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	Cero
	Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	Cero
	Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	Cero
	Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	Cero
	Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito	Indicadores
	El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.	Indicadores
	El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento	Indicadores
	El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento	Indicadores
	El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	Indicadores
	El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	Indicadores
	Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.	Indicadores
	Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica	Indicadores
	Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.	Indicadores
	Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	Indicadores
	Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización	Indicadores
	Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación	Indicadores

	adaptadas a las necesidades actuales,	
	Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad	Indicadores
<b>Política y estrategia</b>		
	Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.	Cero
	Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	Cero
	Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	Cero
	Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes	Cero
	Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles	Cero
	Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales	Cero
	Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	Cero
	Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios	Cero
	Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,	Indicadores
	Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,	Indicadores
	Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,	Indicadores
<b>Personas</b>		
	Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	Cero
	Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	Cero
	Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	Cero
	Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	Cero
	Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	Cero
	Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad	Cero
	Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	Cero
	Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	Cero
	Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes	EFQM
	Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,	Indicadores
	Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,	Indicadores
	Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,	Indicadores
	La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se	Indicadores

	actualiza, según sea necesario,	
	Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,	Indicadores
	Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal	Indicadores
	Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,	Indicadores
	Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,	Indicadores
	Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,	Indicadores
	El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,	Indicadores
	Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,	Indicadores
	Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,	Indicadores
	Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento	Indicadores
	Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	Indicadores
<b>Alianza y recursos</b>		
	Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.	Cero
	Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos	Cero
	Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.	Cero
	Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas	Cero
	Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	Cero
	Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	Cero
	Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades	Cero
	Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes	Cero
	Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina	Cero
	Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,	Indicadores
	El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario,	Indicadores
	El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en	Indicadores

	marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,	
	Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.	Indicadores
	El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas	Indicadores
	Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	Indicadores
	El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,	Indicadores
	La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,	Indicadores
	El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	Indicadores
	El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,	Indicadores
	Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,	Indicadores
<b>Procesos</b>		
	Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.	Cero
	Existe un protocolo para la identificación de pacientes	Cero
	Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil	Cero
	Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos	Cero
	Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios	Cero
	Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes	Cero
	Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo	Cero
	Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor	Cero
	Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes	Cero
	Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes	Cero
	Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión	Cero
	Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales	Cero
	Está implantado un protocolo de lavado de manos	Cero
	Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas	Cero
	Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	Cero
	Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados	Cero
	Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	Cero

	Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes	Cero
	Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes	Cero
	Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta	
	El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,	Indicadores
	Admisión en el establecimiento de salud,	Indicadores
	Continuidad de la atención,	Indicadores
	El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.	Indicadores
	Análisis de demanda	Indicadores
	Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,	Indicadores
	El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.	Indicadores
	Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario	Indicadores
	El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	Indicadores
	El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.	Indicadores
	Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,	Indicadores
	Identificar correctamente a los usuarios,	Indicadores
	Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal,	Indicadores
	Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,	Indicadores
	Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,	Indicadores
	Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.	Indicadores
	Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado	Indicadores
	Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,	Indicadores
	Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,	Indicadores
	Auditorías internas de procesos	Indicadores
	Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor	Indicadores
	Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente	Indicadores
	Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,	Indicadores
	Información y vigilancia epidemiológica,	Indicadores
	Programa de atención a los malos tratos,	Indicadores
	Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia,	Indicadores
	El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	Indicadores
	Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,	Indicadores
	El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.	Indicadores

	Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,	Indicadores
	Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,	Indicadores
	El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,	Indicadores
	Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información	Indicadores
	El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	Indicadores
	Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.	Indicadores
<b>Resultados en los pacientes</b>		
	Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización	Cero
	Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso	Cero
	Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario	Cero
	Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados	Cero
	Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales	Cero
	Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad	Cero
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico	Cero
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan	Cero
	Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	Cero
	Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	Cero
	Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado	Indicadores
	Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje	Indicadores
	Se realiza el consentimiento informado.	Indicadores
	Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,	Indicadores
	El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	Indicadores
	El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados,	Indicadores
<b>Resultados en los profesionales</b>		
	Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución	Cero
	Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes	Cero
	Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes	Cero
	Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes	Cero



	Profesionales que sufren accidentes laborales	Cero
	Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos	Cero
	Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes	Cero
	Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades	Cero
	Absentismo laboral en profesionales	Cero
	Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,	Indicadores
	Monitorización de procesos,	Indicadores
	Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)	Indicadores
	Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,	Indicadores
	El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios	Indicadores
<b>Resultados en la sociedad</b>		
	Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	Cero
	Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	Cero
	Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia	Cero
	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	Cero
	Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes	Cero
	Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	Cero
	Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento	Normativo
	Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,	Normativo
	Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,	Normativo
	Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,	Normativo
	Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,	Normativo
	El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.	Normativo
<b>Resultados clave</b>		
	Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria	Cero
	Pacientes que refieren dolor durante el ingreso	Cero
	Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria	Cero
	Pacientes que desarrollan lesiones por presión	Cero
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	Cero
	Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria	Cero

	Pacientes que sufren broncoaspiración	Cero
	Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales	Cero
	Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical	Cero
	Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación	Cero
	Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	Cero
	Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	Cero
	Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación	Cero
	Pacientes sometidos a cirugía errónea	Cero
	Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas	Cero
	Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas	Cero
	Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados	Cero
	Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso	Cero
	Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	Cero
	Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados	Bibliográfico
	Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados	Bibliográfico
	Indicador de morbilidad	Bibliográfico
	Indicador de muertes maternas	Bibliográfico
	Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)	Bibliográfico
	Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)	Bibliográfico
	Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)	Bibliográfico
	Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)	Bibliográfico
	Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)	Bibliográfico
	Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta	Bibliográfico
	Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada	Bibliográfico
	Indicador de cirugía electiva	Bibliográfico
	Indicador de infecciones nosocomiales	Bibliográfico
	Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones	Bibliográfico
	Indicador de pacientes referidos a otras instituciones	Bibliográfico
	Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos	Bibliográfico
	Indicador de emergencia	Bibliográfico
	Indicador de consulta externa	Bibliográfico
	Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa	Bibliográfico
	Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)	Bibliográfico
	Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.	Bibliográfico
	Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa	Bibliográfico
	Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)	Bibliográfico
	Indicador de Giro Cama Pediatría	Bibliográfico
	Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría	Bibliográfico
	Indicador de Promedio de días estancias Pediatría	Bibliográfico
	Indicador de sustitución de cama en Pediatría	Bibliográfico
	Indicador de Giro Cama Neonatología	Bibliográfico
	Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología	Bibliográfico
	Indicador de Promedio de días estancias Neonatología	Bibliográfico

	Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología	Bibliográfico
	Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas	Bibliográfico
	Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas	Bibliográfico
	Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias	Bibliográfico
	Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano	Bibliográfico
	Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano	Bibliográfico
	Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas	Bibliográfico
	Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando	Bibliográfico
	Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva	Bibliográfico
	Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	Bibliográfico
	Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.	Bibliográfico
	Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.(En los que corresponda)	Bibliográfico
	Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos	Bibliográfico
	Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico	Bibliográfico
	Indicador de Tasa bruta de mortalidad	Bibliográfico
	Indicador de Tasa neta de mortalidad	Bibliográfico
	Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte	Bibliográfico
	Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos	Bibliográfico
	Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente	Bibliográfico
	Indicador de Tasa de letalidad por neumonía	Bibliográfico
	Indicador de Tasa de letalidad por IRC	Bibliográfico
	Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus	Bibliográfico
	Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos	Bibliográfico
	Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos	Bibliográfico
	Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos	Bibliográfico
	Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia	Bibliográfico
	Indicador de número de trasplantes realizados	Bibliográfico
	Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta	Bibliográfico
	Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas	Bibliográfico
	Indicador de informes de resultado por servicio final	Bibliográfico
	Indicador de informe de implementación	Bibliográfico
	Indicador de informes con resultados de la evaluación	Bibliográfico
	Indicador de informes de resultados de los estándares	Bibliográfico
	Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana	Bibliográfico
	Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron	Bibliográfico
	Indicador de curso gerencial realizado	Bibliográfico
	Indicador de informes de resultados	Bibliográfico

Se presenta la siguiente lista para que se note específicamente que apporto cada modelo al modelo normativo integrado.

Tabla 64. Aportes de los tres modelos base.

<b>Aportes por modelo</b>					
<b>Modelo cero</b>		<b>Modelo de indicadores</b>			<b>Modelo bibliográfico</b>
<b>Liderazgo</b>	<b>Resultados en los profesionales</b>	<b>Seguridad del usuario</b>	<b>Gestión y monitorización de procesos</b>	<b>Evaluación del desempeño</b>	<b>Porcentajes de cumplimiento</b>
<b>Política y estrategia</b>	<b>Resultados en la sociedad</b>	<b>Gestión de riesgos del usuario</b>	<b>Promoción de la salud y calidad de vida</b>	<b>Estructura, equipamiento y materiales</b>	<b>Promedios de tiempos en los procesos generales tanto de entradas, proceso y salidas</b>
<b>Personas</b>	<b>Resultados clave</b>	<b>Accesibilidad y continuidad de la atención</b>	<b>Dirección y planificación estratégica</b>	<b>Compras y proveedores claves</b>	<b>Informes de implementación</b>
<b>Alianza y recursos</b>		<b>Información clínica</b>	<b>Desarrollo profesional y dotación de recursos humanos</b>	<b>Sistemas y tecnologías de la información</b>	<b>Informes de resultados</b>
<b>Procesos</b>		<b>Derechos del usuario y su familia</b>	<b>Selección de profesionales y plan de acogida</b>	<b>Herramientas y metodología de la calidad</b>	<b>Tasas de mortalidad</b>
<b>Resultados en pacientes</b>		<b>Liderazgo</b>	<b>Formas de prevención de riesgos laborales</b>	<b>Gestión de resultados</b>	<b>Indicador de sustitución de recursos</b>

Tabla fuente propia

### 2.3.14. Consolidación de los tres modelos

Finalmente la consolidación de los tres modelos como consecuencia de las evaluaciones con el fin de priorizar el banco de indicadores presentado, para posteriormente ser la herramienta en la creación de la “Plataforma Normativa” que se usara para el control de los servicios de atención hospitalaria y el análisis comparativo con los requisitos mínimos de normativas internacionales acreditadas en búsqueda de la excelencia.

## 2.4. Diagnóstico de la situación actual

Una herramienta frecuentemente utilizada para el diagnóstico de la situación actual es la matriz FODA que se realiza en dos perspectivas al análisis interno que identifica las Debilidades y Fortalezas con las que se cuenta, siendo las Fortalezas las que se deben buscar aumentar y consiste en todos aquellos elementos positivos, las Debilidades siendo el punto que se trata de minimizar, se le atribuye a todos aquellos problemas, elementos, recursos, habilidades y actitudes que generan inconvenientes, por otra parte tenemos el análisis externo que identifica las Amenazas y Oportunidades existentes, el factor Oportunidad es lo que se pretende aprovechar, son todas aquellas situaciones positivas que se generan en el medio y están disponibles, finalmente las Amenazas es lo que se desea neutralizar, son situaciones o hechos externos a la institución que pueden llegar a ser negativos para la misma, el análisis exploratorio interno y externo ayuda a la mejor toma de decisiones, planteamiento de objetivos más concretos y realizables, reconocer ventajas y desventajas, definición de prioridades e iniciar, revisar o actualizar un proceso de planeación estratégica.

### 2.4.1. Matriz FODA

Tabla 65 Matriz FODA

<b>F</b>	<b>O</b>
Se cuenta con consejos estratégicos de gestión	Modelo de gestión a implantar
Capacidad de reorganización de los recursos técnicos y humanos	Establecer el nivel tecnológico requerido
Unidades de investigación y formación profesional	Mejorar la calidad de atención
Recurso humano y técnicos capacitados	Referencia a nivel nacional de acreditación
<b>D</b>	<b>A</b>
No poseen técnicas sistemáticas para desarrollar estrategias	
Desconocimiento de los aspectos legales y normativos	
Heterogeneidad en los criterios de diseño y equipamiento en los ambientes asistenciales	Los cambios en los aspectos legales y normativos
Asignación de los recursos humanos	Percepción de la capacidad resolutive del sistema publico
Poca importancia de los temas administrativos para la investigación y desarrollo institucional	Deficiencias en la distribución del presupuesto
Poca investigación de conveniencia del nivel tecnológico	
Falta de incentivo en base a su capacidad de los recursos	

Se ha realizado una investigación sobre la institución del MINSAL específicamente hacia los tres hospitales de tercer nivel de la capital que tienen una macro ideología.

#### **DEPENDENCIA JERÁRQUICA:**

Dirección Nacional de Hospitales

#### **MISIÓN:**

Establecimientos de salud categorizados como Regional o Especializado, que brindan

atención médico quirúrgica a usuarios en las áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización, dentro de las especialidades básicas y subespecialidades de la medicina, según sus perfiles y considerados de referencia en sus respectivas regiones y a nivel nacional.

#### VISIÓN:

Hospitales de tercer nivel que brinden una atención integral de calidad dentro de las especialidades y subespecialidades en las áreas de emergencia, consulta externa y hospitalización obteniendo resultados e indicadores satisfactorios.

#### OBJETIVOS:

##### GENERAL

Ofrecer una atención de calidad a la población usuaria de los servicios hospitalarios, mediante la aplicación oportuna de los principios de la gerencia hospitalaria, acorde a las estrategias establecidas por el MINSAL.

##### ESPECÍFICOS:

- a) Cumplir con los instrumentos técnicos jurídicos y documentos metodológicos emanados por la Dirección Nacional de Hospitales, en coordinación con la Dirección de Regulación y Legislación en Salud.
- b) Establecer y cumplir con las Guías Clínicas propias de su nivel.
- c) Servir como centros de referencia del primer y segundo nivel, correspondiente a su área de responsabilidad.
- d) Cumplir con catálogo de prestaciones propio de su categoría en los procesos de atención médico quirúrgica, para los casos de emergencia, hospitalización y consulta externa.

#### FUNCIONES DE LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL:

##### GENERAL:

Atención de pacientes médico quirúrgicos de emergencia, servicio de hospitalización y consulta externa, acompañado de los servicios de apoyo necesarios, esto es para pacientes que sean referidos por el primer o segundo nivel de atención en las subespecialidades contempladas para el tercer nivel, tanto para resolver problemas de salud agudos o crónicos. En los casos de consultas a libre demanda de las cuatro especialidades básicas, se atenderán en la fase aguda y se referirán al nivel correspondiente.

##### ESPECÍFICAS:

- a) Los Hospitales Regionales referirán al Tercer Nivel Nacional, aquellos casos que por su complejidad requieran una atención altamente especializada, cumpliendo con los instrumentos técnicos jurídicos establecidos para el manejo adecuado del mismo.
- b) Cumplir con los Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RISS.
- c) Participar en la planificación y evaluación de manera conjunta en función de las RISS, como centros de referencia nacional, para definir intervenciones que contribuyan a la calidad en el continuo de la atención de los pacientes más delicados y de las sub especialidades.
- d) Trabajar coordinadamente con el Sistema de Emergencias Médicas.
- e) Realizar actividades de promoción, educación y prevención de salud a los usuarios y personal, y aquellas que sean en coordinación con el Primer y Segundo Nivel.

f) Realizar actividades de docencia e investigación, en coordinación con los centros formadores de recursos humanos en salud, y en educación en servicio intramural y con los Ecos Familiares y Ecos Especializados, en función de la red.

## 2.4.2. Análisis

Los hospitales de tercer nivel son una institución con muchas fortalezas que le permiten llevar a cabo la realización de lo establecido en la misión, busca utilizar al máximo sus recursos disponibles. Utilizando la técnica del FODA se encontraron varias debilidades las cuales pueden ser solventadas o resueltas mediante la elaboración del control de gestión adecuado que organice las necesidades y problemáticas que se tienen, a pesar de contar con una sobre demanda en sus servicios sigue un camino adecuado para cumplir los objetivos planeados y así llegar a tomar todas esas oportunidades encontradas en el análisis hecho en el ambiente exterior.

Realizando un cruce de información obtenida en el análisis interno y externo, obtenemos una lista de estrategias que pueden ser el nuevo camino a seguir para aumentar la calidad de atención hospitalaria puesta al servicio de la población hasta el momento.

Tabla 66 Matriz FODA estrategias

	Fortalezas	Debilidades
Oportunidades	<p>MAXI-MAXI</p> <p>FO.1 Fortalecimiento del modelo de estratégico de gestión</p> <p>FO.2 Incremento de la capacidad de reorganización de los recursos técnicos y humanos en la calidad de atención</p> <p>FO.3 Generar la referencia a nivel nacional de acreditación</p>	<p>MAXI-MINI</p> <p>DO. 1 Disminución del desconocimiento de los aspectos legales y normativos</p> <p>DO. 2 Mayor investigación del nivel tecnológico</p> <p>DO. 3 Certificación de calidad nivel nacional</p>
Amenazas	<p>MINI-MAXI</p> <p>FA. 1 Poseer unidades de investigación que no dejen vacíos en los aspectos legales y normativos</p> <p>FA. 2 Poseer suficiente recurso humano y técnico para el cambio de la percepción de la capacidad resolutive del sistema publico</p> <p>FA. 3 Mejorar la distribución del presupuesto</p>	<p>MINI-MINI</p> <p>DA. 1 Realizar técnicas sistemáticas para desarrollar estrategias</p> <p>DA. 2 Gestionar el incentivo adecuado en base a la capacidad de los recursos</p> <p>DA. 3 Realizar investigaciones periódicas para conocer los cambios en los aspectos legales y normativos</p>

La correcta implementación de las estrategias debe ser guiada por los procesos estratégicos y tácticos

### **2.4.3. Procesos estratégicos**

Los procesos estratégicos deben ser guiados por categorías correctamente definidas, en este aspecto la entidad en este caso los Hospitales de Tercer nivel por parte del MINSAL se encuentra en circunstancias que carecen de herramientas de control, que dificultan el control de la promoción y calidad de la salud. El mayor beneficio lo da este banco de indicadores que se logró gracias al cruce de información ya que son las herramientas para conformar la “PLATAFORMA NORMATIVA” hacia el camino de la acreditación en búsqueda de la excelencia.

### **2.4.4. Procesos tácticos**

Los procesos tácticos nos llevan de la mano en las acciones que debemos ejecutar para poder cumplir con la estrategia indicada, esta debilidad que se encontró en secciones del MINSAL será reforzada con la “PLATAFORMA NORMATIVA”.

### **2.4.5. Conclusión del diagnóstico**

En la elaboración del FODA se evidencia el gran potencial de crecimiento que pueden tener los tres hospitales de tercer nivel de la capital con el correcto control por parte de las autoridades pertinentes del MINSAL, las estrategias tienen un núcleo que no debemos olvidar y es el bajo control que se tiene en la actualidad para eliminar esa debilidad se diseñara la PLATAFORMA NORMATIVA que será capaz de generar el resultado específico para conocer lo que debemos mejorar día con día para llegar a ser la institución que el país merece.



## 2.5. CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO

### 2.5.1. Planteamiento del problema

La problemática en estudio radica en el aprovechamiento de la oportunidad de crecimiento de los procesos médicos, la correcta implementación de técnicas, instrumentos y medicamentos; es decir el correcto desarrollo de la promoción de la salud está atada a variables causales, hecho que se genera a partir del poder-control que los altos mandos tienen sobre los profesionales de la salud, teniendo en cuenta la resistencia al cambio, la complejidad de lo nuevo y sobre todo la buena voluntad para desempeñar la función establecida al máximo nivel viene de la persona, estas variables generan bajos niveles de la promoción de la salud y así alejando a la institución de la calidad y excelencia.

Para el planteamiento de la oportunidad para los Hospitales de tercer nivel del MINSAL, se utilizara el método de Edward Krick, también conocido como el método de la Caja Negra, de modo que se definirá los siguientes puntos:

- Estado A, el cual es la situación actual del MINSAL en el campo de los hospitales de tercer nivel.
- Definiendo el estado A, se hará una definición del problema de diseño para los hospitales de tercer nivel.
- Estado B, en el cual se haya solventado las problemáticas que se muestren en el estado A.

Siguiendo el modelo anteriormente descrito, el planteamiento del problema de diseño para los hospitales de tercer nivel por parte del MINSAL es el siguiente:

#### Modelo de la caja negra.

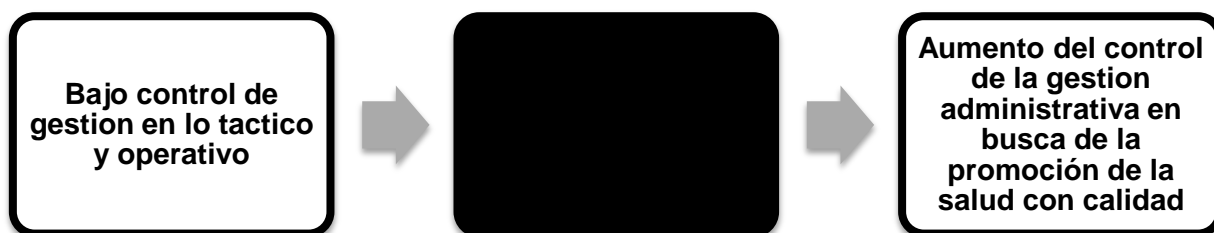


Imagen 17. Modelo de la caja negra en el enunciado del problema

#### 2.5.1.1. Estado A

- La planificación carece de metodología de control de rendimientos
- Inexistencia de un manual claro de ejecución de función
- Inexistencia de un modelo de control para dar seguimiento a los procesos

### **2.5.1.2. Formulación del problema**

¿Cómo lograr que la gestión de los Hospitales de tercer nivel logre aumentar su control de rendimiento?

### **2.5.1.3. Estado B**

- Líneas de acción claras de acuerdo a su función y a la capacidad instalada con la que cuentan los centros de salud.
- Establecimiento de los responsables de cada proceso de manera que cada miembro de la institución conozca su rol en cada uno de los procesos y tengan claro cómo contribuyen a alcanzar los objetivos de la Institución.
- Ciclo de mejora continua en los procesos
- Sistema de indicadores clave de desempeño establecidos

### **2.5.1.4. Opción de solución**

Estamos creando una herramienta para la correcta ejecución del MINSAL en dar el primer paso hacia la búsqueda de la acreditación a largo plazo, el diseño de un conjunto de indicadores que reúnan los suficientes requisitos y poder poseer esa herramienta que le brinde la correcta dirección hacia ese camino lleno de grandes pasos en la búsqueda de la excelencia y calidad.

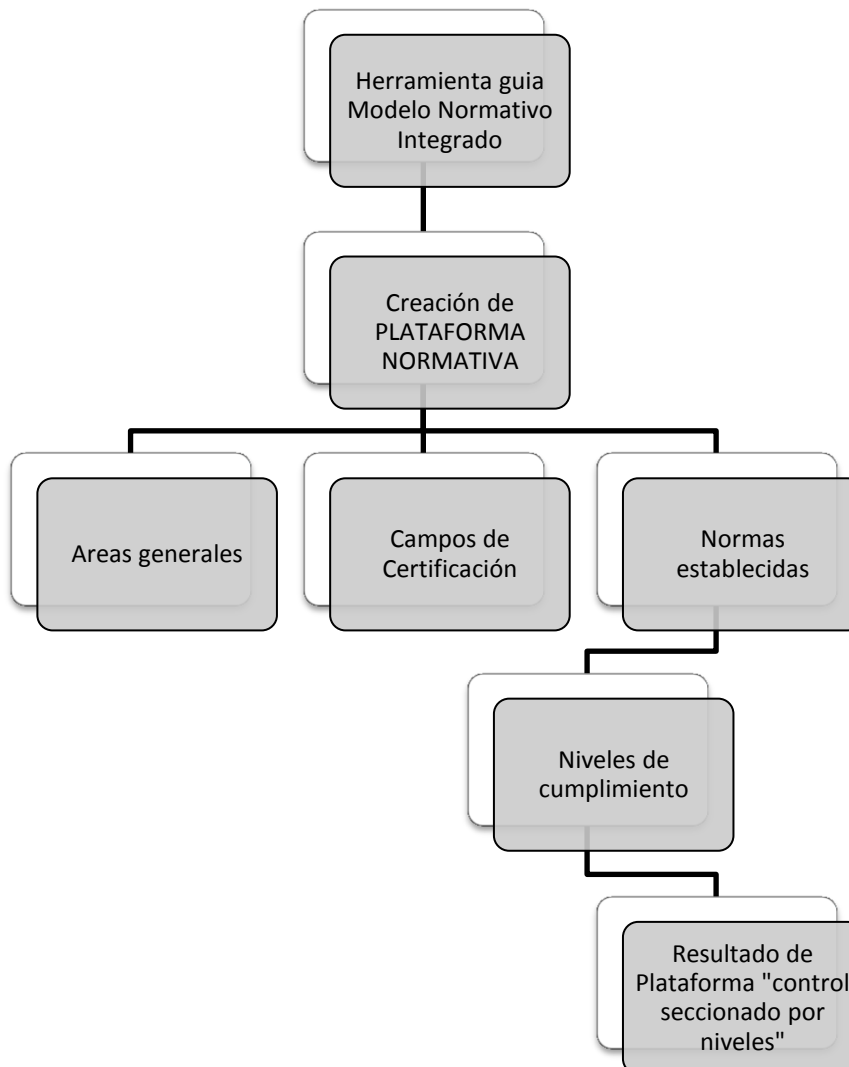
La solución está enfocada en mejorar el control de las autoridades del MINSAL pero necesita una base en la cual podamos establecer categorías y para eso necesitamos un modelo.

Dado que el problema de diseño para los Hospitales de tercer nivel del MINSAL está enfocado en el control de la gestión, se proponen como opción de solución la creación de la PLATAFORMA NORMATIVA la cual tendrá como objetivo primordial la obtención de resultados de cumplimiento por niveles estableciendo nivel 1 nivel 2 y nivel 3 que serán los parámetros de control para identificar lo que necesitamos mejorar con urgencia y en lo que estamos haciendo las cosas bien.

Esta plataforma contara con las áreas generales de los tres hospitales; Consulta externa, Emergencia, Hospitalización, Sala de operaciones y la Unidad de Cuidados Intensivos separando los campos de Calidad, medio ambiente, Seguridad y Responsabilidad social cada campo contara con su respectivo régimen, es decir, se especificará la norma que sigue cada campo seguida del indicador que pertenece a dicha norma para así establecer niveles de cumplimiento y obtener resultados significativos.

## 2.5.2. Conceptualización del diseño de la solución

Imagen 18. Conceptualización del diseño



El éxito de la investigación será significativo si se logra la correcta adaptación de la Plataforma Normativa con las correctas funciones que deben desempeñar en todas las áreas que son parte del proceso de la promoción de la salud en nombre los 3 hospitales de tercer nivel a cargo del MINSAL.

## 2.5.3. Descripción del Diseño

El resultado de la etapa de diseño será la PLATAFORMA NORMATIVA que será la herramienta para que cualquier auditor que sea conocedor del área puede evaluar el desempeño general en los respectivos campos de certificación necesarios con respecto a las normas establecidas en cada campo, separando los indicadores por niveles de cumplimiento y así obtener resultados directos que ayuden a ejecutar mejor los planes de acción de mejora continua para el correcto y digno servicio que se merece el pueblo salvadoreño.

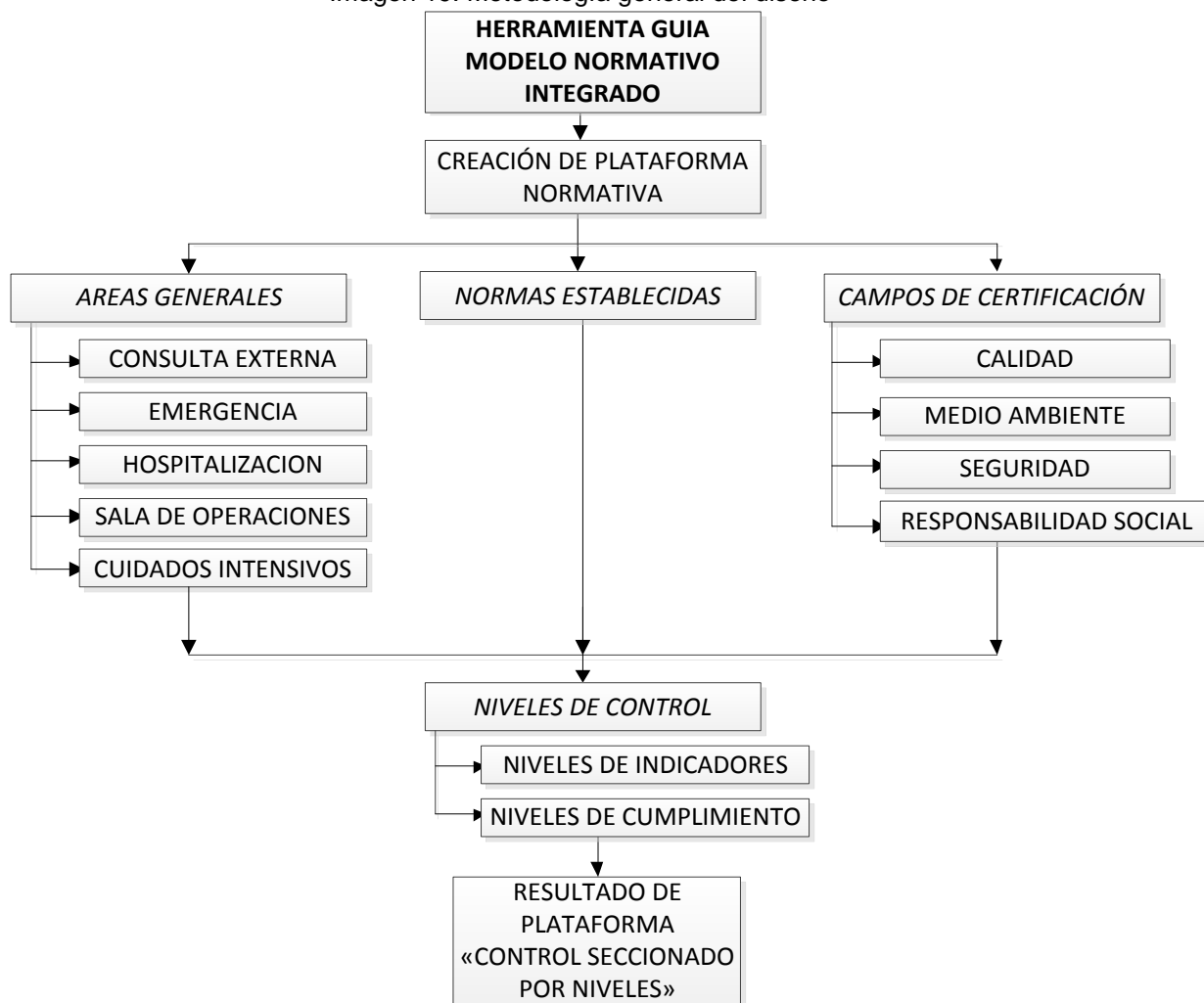
## CAPITULO III: DISEÑO

### 3.1. METODOLOGIA DEL DISEÑO

#### 3.1.1. DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA GENERAL DEL DISEÑO

La plataforma normativa a desarrollar en los hospitales de tercer nivel de la capital del país se esquematiza de la siguiente manera:

Imagen 19. Metodología general del diseño



La metodología a utilizar en toda la etapa de diseño que consta de la extracción de información y utilización del modelo normativo integrado como guía, para su posterior utilización en el diseño de la plataforma de control. En esta metodología se establece como primer punto el reconocimiento de áreas generales de los hospitales de tercer nivel y consecuentemente la identificación de la formulación de requisitos para cada área general.

Como segundo punto se encuentra la extracción de la información sobre los campos de certificación que debe cumplirse para poder optar a una acreditación. Y por último se debe

tener la clasificación de las normas establecidas que se estarían utilizando para complementar la herramienta de control, donde se especifican los niveles de cumplimiento que se tendrán y los criterios que debe cumplir la plataforma resultante de la etapa de diseño.

El resultado será la plataforma con un control seccionado por niveles que estará complementada con su respectivo manual para mejorar la comprensión de la herramienta y poder tener una correcta aplicación al momento de su implantación y así poder ser la herramienta guía en busca de la comparación con la normativa de acreditación que dispondrá el MINSAL.

Existen dos etapas elementales en el correcto funcionamiento de este instrumento para que exista un flujo continuo e interrelacionado de todas las actividades involucradas “La organización administrativa” y su ciclo de proceso administrativo que limita los alcances de las fases iniciales y finales, en el uso de este instrumento.

Para poder establecer el protocolo periódico que se repetirá constantemente en el uso del instrumento se marcan dos momentos claves en su uso, el antes que se compondrá de Planeación y Organización estos dos elementos serán la base para su correcto uso, será de vital importancia la Dirección en el funcionamiento del instrumento ya que es la coordinación que garantizara la gestión efectiva del instrumento para que el último paso sea el control como una etapa primordial en la administración de la herramienta ya que se debe conocer en todo momento la situación por la que se está pasando.

La jerarquía administrativa de la herramienta de control se muestra a continuación.

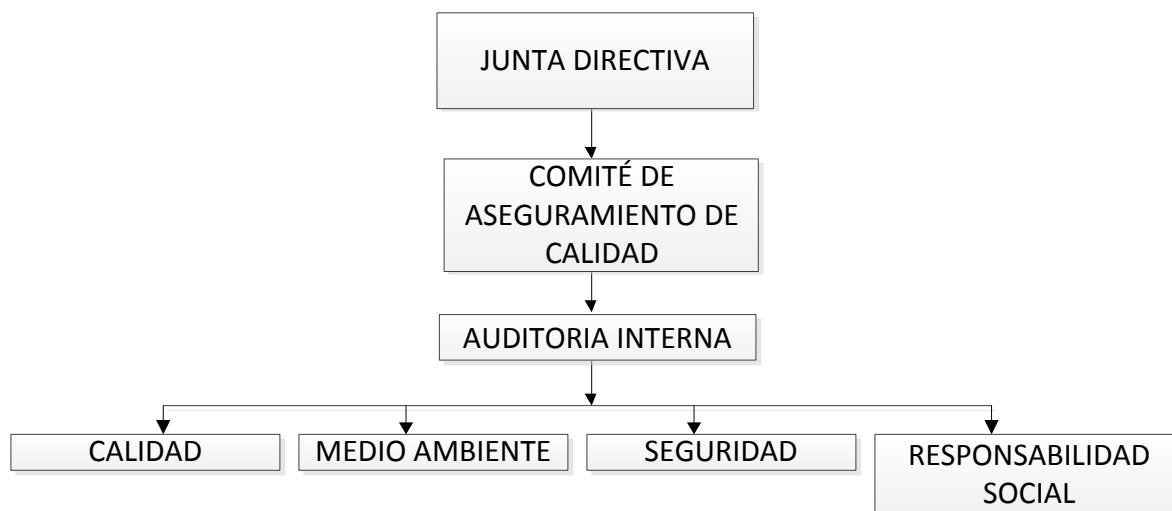


Imagen 20. Estructura jerárquica

La estructura organizativa de la herramienta separa lo médico de lo administrativo en manera que se siga la dirección correcta en la gestión administrativa, es de vital importancia tener claro la ruta que se seguirá conforme la ejecución de la herramienta.

Los tres niveles jerárquicos poseen una responsabilidad definida el nivel estratégico conformado por la Junta directiva, el nivel táctico por el Comité de aseguramiento de la calidad y el nivel operativo la auditoría interna.

El nivel superior es donde se toman decisiones estratégicas y no programadas; es decir los encargados de ubicar las áreas en donde se utilizara el instrumento; su principal responsabilidad es alinear de manera correcta las ideas con la realidad corporativa que se vive en ese momento, aunque parezca sencillo no lo es, generar que los elementos se alineen con los objetivos.

El nivel intermedio es donde se toman decisiones tácticas, programadas y no programadas; el uso racional de la herramienta depende de este eslabón ya que el campo de la organización es su responsabilidad, el manejo de las piezas y lograr potenciar su eficiencia y aprovechar al máximo todos sus recursos, “Dividir el trabajo”, especificar de manera clara cuál será la responsabilidad del siguiente eslabón y a su vez establecer los parámetros a seguir para el objetivo correspondiente.

El nivel operativo es el nivel técnico donde se toman decisiones tácticas y programadas, este eslabón gira entorno a la dirección que se debe seguir, la coordinación de pasos que tendrá que ejecutar el operador asignado.

### 3.1.2. LINEAMIENTOS DE LA PLATAFORMA NORMATIVA

Los lineamientos de la plataforma normativa serán sencillos y directos trataremos de llevar de la mano la dirección a seguir, es decir marcando los dos momentos básicos el antes de su uso que estará básicamente en la planeación y la organización, teniendo el conocimiento de esos dos puntos, se llevara a cabo el uso del instrumento con el personal calificado, luego del uso de la herramienta vendrá la coordinación que se enfocara en que hacer con los resultados de eso se encargara la dirección de saber reconocer los resultados fuertes y débiles y llegar al control con resultados claros y enfocados en fortalecer la debilidad y mantener nuestras fortalezas.

A continuación se muestra un sistema simple llamado “Mecanismo de control”, el modelo a seguir tiene como regla el principio general básico para cumplir un objetivo.

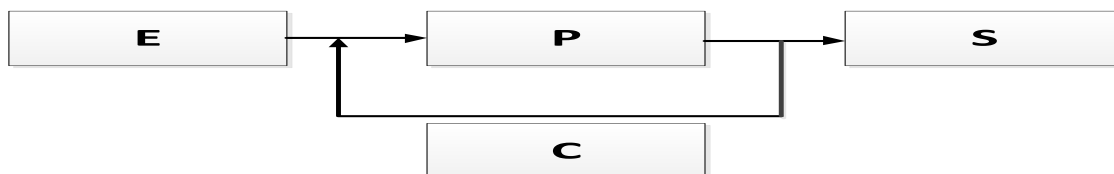


Imagen 21. Mecanismo de control

La entrada, el proceso, la salida y el control; son las variables básicas para cumplir un objetivo sin embargo la idea básica se puede apreciar con un ciclo más completo en la organización administrativa este ciclo de proceso administrativo se compone de dos fases elementales para la mayor comprensión de un análisis administrativo, la Planeación y el Control son los puntos clave para dominar las frases como “No pueden gestionar lo que no se puede medir y no se puede medir lo que no se puede describir” , la obtención de resultados describirá los puntos fuertes y débiles y se obtendrán resultados específicos trazados por objetivos primordiales que serán los parámetros para gestionar la mejora continua día a día y poder aspirar a la Calidad y excelencia.

Este ciclo de proceso administrativo se compone de 4 fases y una que se suma luego de conformar el primer ciclo; La Planeación, La Organización, La Dirección y el Control, luego de superar el primer ciclo de proceso se suma una 5 variable que se denomina La Integración luego de conocer nuestros puntos fuertes y débiles esta variable ayuda a mantener nuestros puntos fuertes y mejorar los débiles, quedando un ciclo mucho más completo.

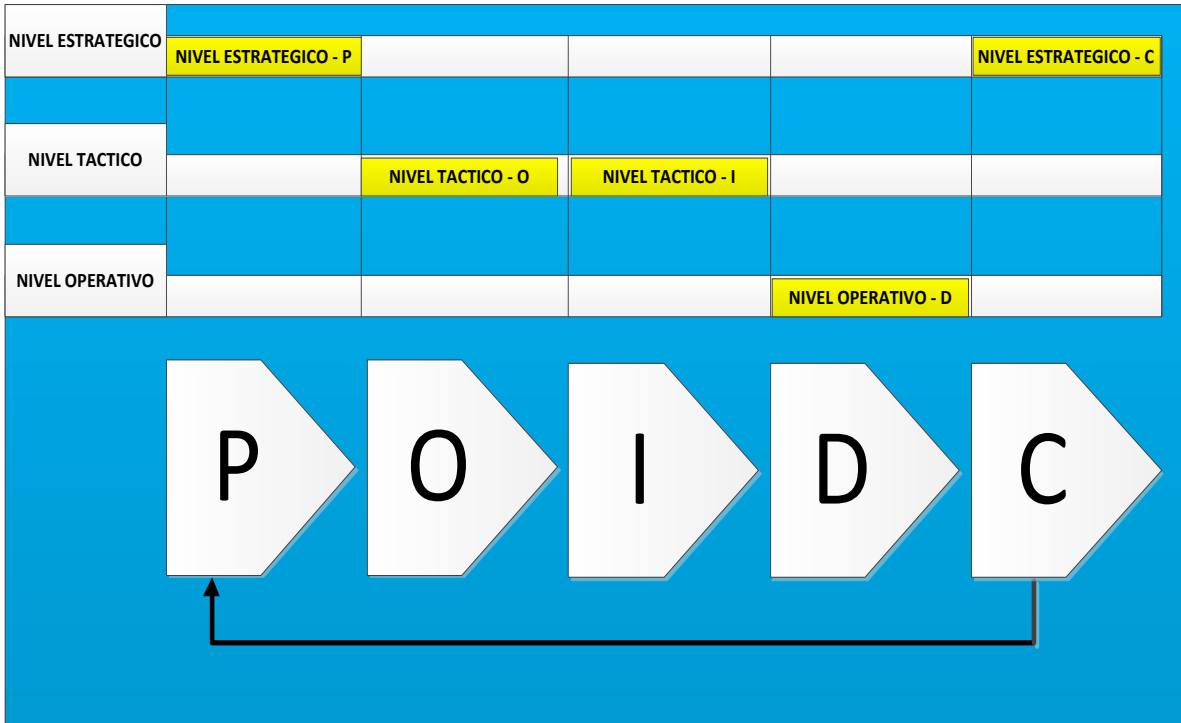


Imagen 22. Ciclo del proceso administrativo figura

El mecanismo de control definía de manera sencilla como será la aplicación de este ciclo administrativo, de tal manera que las 5 variables tomen el lugar donde su función sea la idónea, en la primera y última fase, entrada y salida respectivamente, tomando el proceso como el uso del instrumento (aporte de la operatividad especializada).

Básicamente definiremos el contenido de cada variable del ciclo de proceso administrativo

- Planeación
  - Objetivos claros
  - Estrategias dirigidas a objetivos
- Organización
  - Descripción de la estructura de la plataforma
  - Manual de uso (Perfiles adecuados)
  - Cargo de áreas (Rol dentro de la herramienta)
    - Perfil del usuario ( conocimientos en campos)
    - Perfil medico (Conocimiento en áreas)
  - Metodología de uso de la plataforma
  - Elementos a evaluar dentro de la plataforma
  - Coordinación del flujo de la plataforma

- Integración
  - Mantenimiento de puntos fuertes y fortalecimiento de puntos débiles
- Dirección
  - Tareas elementales
  - Metas médicas (Mapa estratégico)
  - Sistema de control dirigido
- Control
  - Puntos de control (Matriz)
  - Capacitación humana
  - Seguimiento

Este conjunto de elementos conforman el ciclo del proceso administrativo con sus respectivos apartados los cuales están dirigidos específicamente al instrumento a emplear.

### **3.1.3. DESARROLLO DEL CICLO DE PROCESO ADMINISTRATIVO**

El desarrollo de este ciclo administrativo se guiará de la siguiente manera:

- Planeación
  - Un plan estratégico se facilita ordenándolo con un cuadro mando integral ya que representa la ejecución de una estrategia desde el punto de vista de la dirección general, lo que hace que esta deba estar plenamente involucrada en todas sus fases, desde la definición hasta la implementación, se organizan en áreas o perspectivas para nuestros intereses tomaremos las 3 perspectivas que nos sirven para lo médico y administrativo; Fortalecimiento y Crecimiento, Procesos internos y los pacientes, todo comandado por una visión y estrategia clara.
- Organización
  - La estructura de la plataforma está conformada por distintas columnas; área, campo, aspectos de certificación, requerimientos, nivel, criterios de verificación, ayuda, documento, nivel de cumplimiento que poseen un fin específico y destinado para poder seguir coordinadamente la auditoría.
- Integración
  - En el primer ciclo no se tomara en cuenta esta variable ya que se sumara cuando tengamos los primeros resultados y podamos establecer los planes de cambio a tomar para resultados favorables y desfavorables
- Dirección
  - Pasando la etapa descriptiva y operativa llegamos al punto donde los resultados nos entregan diferentes alternativas a tomar para poder aumentar nuestra eficacia, calidad, rendimiento, etc; es decir esta fase coordina los resultados con las tareas elementales que posee la institución buscando orientar esos resultados a las metas médicas que con la ayuda de un mapa estratégico observaremos la finalidad de esta variable llamada dirección
- Control
  - El control es la variable que complementa la planificación ya que no se puede controlar lo que no se puede medir y no se puede medir lo que no se puede



describir, contamos con una buena planificación que desembocara en puntos de control establecidos estratégicamente, estos puntos estratégicos tendrán como fin un avance, ese avance estará restringido al recurso humano ya que el cambio buscado está atado a la constante capacitación humana para el crecimiento paralelo institución – operarios y como por última fase darle el seguimiento adecuado a cada resultado significativo.

Luego de la breve descripción de cada variable del ciclo de proceso administrativo, se procederá a su desarrollo.

### **3.1.4. PLANEACIÓN**

Los planes que se tienen como institución son de gran alcance en todo el país, este instrumento es el comienzo del cambio que queremos generar en la salud, comenzando por los hospitales de tercer nivel en los cuales se implementara la herramienta iniciando el camino a una auto evaluación constante y periódica en la cual obtendremos fortalezas y debilidades que brindaran nuestra situación actual y los avances que tengamos con el tiempo llegaran a colocarnos en la posición de servicios de calidad y excelencia en el país, para dar el primer paso a la aspiración de una certificación, y así poder darle luz verde a este proyecto en todas las áreas de salud y llegar a cubrir todos los niveles que como MINSAL debemos ofrecer al pueblo salvadoreño.

Los tres puntos principales del plan estratégico son los siguientes:

- Objetivos
- Políticas
- Acciones

Esta herramienta es el canal que se tomara para ayudar a lograr el mas alto problema que se tiene en los hospitales de tercer nivel, el uso indebido de recursos e instalaciones de las categorías que pertenecen al segundo y primer nivel de hospitales ya que por el momento los tres hospitales de tercer nivel son ocupados en un 50% por pacientes que pertenecen segundo nivel de hospitales un 25% de primer nivel y un 25% que si pertenecen a los servicios a los que está destinado, los casos que pertenecen al tercer nivel podrían ser atendidos de una manera eficaz y progresiva si solo se contara con el reto que esta como prioridad, con la ayuda de esta herramienta en la parte del control administrativo abonaremos al mejor flujo de pacientes en áreas que están destinadas para casos de tercer nivel.

### **3.1.5. OBJETIVOS CLAROS**

Estos objetivos son propios de la herramienta, es decir lo que se espera a través del tiempo con los resultados que brinde la herramienta, ya que su enfoque está dirigido hacia la parte estratégica de la entidad.

- Establecer brechas de lo planificado a lo realizado.
- Avances significativos hacia el establecimiento de situaciones actuales.
- Ajustes de estándares.

### 3.1.6. ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A OBJETIVOS

Se cuenta con objetivos sumamente claros y que se alcancen con el buen uso y el correcto desarrollo de los resultados que se obtengan gracias a la herramienta.

Las estrategias estarán en base a las políticas y acciones que se tomen para no salir del camino buscado, seguiremos políticas generales que ayudaran a definir la filosofía de la herramienta en la institución.

Políticas generales

- El compromiso de la fiabilidad de los resultados
- El compromiso de brindar atención de calidad
- Implementación de sistemas de mejora continua

Las acciones que nos ayudaran a seguir las líneas generales son básicamente tres:

- Evaluación continua
- Formación de recurso humano
- Divulgación de avance

El plan estratégico como se mencionó se compone de los tres elementos principales los objetivos, políticas y acciones; juntos lograrán que la organización tenga claro los regímenes a someterse y metas a cumplir.

### 3.1.7. ORGANIZACIÓN

La organización del proceso administrativo hace referencia a las acciones que deben llevarse a cabo en el seno de una organización para potenciar su eficiencia y aprovechar al máximo todos sus recursos, tanto humanos como materiales y técnicos.

La estructura organizativa será la responsable de velar porque se cumplan los objetivos, se respeten las políticas y se ejecuten las acciones necesarias y establecidas para el éxito del proyecto.



Imagen 23. Estructura jerárquica

La organización en comité será la establecida para este proyecto consiste en grupos de personas que se reúnen y toman las decisiones de forma común.

La organización es la segunda fase del proceso administrativo, a través de ella el sistema establece la división del trabajo y la estructura necesaria para su funcionamiento.

La estrategia, la táctica y la operatividad deben cumplir sus funciones en su totalidad, para ello se dividirá el trabajo de manera idónea:

Tabla 67. Responsabilidades de la organización

Nivel organizacional	Nivel jerárquico	Función	Acción	Resultados
Junta directiva	Estratégico	Para tener un control y conocimiento de todo lo que sucede es necesario que este nivel indique, divida y asigne de la mejor manera los recursos técnicos y humanos.	Establecer los lapsos en que iniciaran y finalizaran los planes a ejecutar, con la evaluación idónea para el ajuste de estándares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de situaciones actuales</li> <li>• Resultados del desempeño táctico</li> <li>• Establecimiento de brechas con respecto a las nuevas situaciones actuales</li> <li>• Ajuste de estándares</li> </ul>
Comité de aseguramiento de la calidad	Táctico	Para alcanzar un objetivo se debe poseer un método, que satisfaga las necesidades de la tarea a ejecutar.	Están en la obligación de cumplir los tiempos establecidos y que se cumplan los métodos establecidos de la mejor manera para orientar los resultados obtenidos a los esperados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de las asignaciones por área</li> <li>• Métodos para el correcto seguimiento</li> </ul>
Auditoria interna	Operación	Todo lo planeado anteriormente se pone en marcha en esta fase, donde se deben seguir	Deben realizar específicamente la tarea que se les ha asignado, y velar por el correcto funcionamiento de la	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correctos resultados por campos evaluados</li> <li>• Resolución de las situaciones actuales</li> </ul>

		los cronogramas de las actividades a realizar para el éxito del plan operativo.	herramienta.	
--	--	---	--------------	--

- El nivel superior es donde se toman decisiones estratégicas y no programadas.
- El nivel intermedio es donde se toman decisiones tácticas, programadas y no programadas
- El nivel operativo es el nivel técnico donde se toman decisiones tácticas y programadas

La organización es la base de la división del trabajo, teniendo claro su función y acción se puede continuar con la descripción de la estructura de la plataforma.

### 3.1.8. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PLATAFORMA

Iniciaremos describiendo los elementos que componen la herramienta.

Area de indicadores a evaluar para acreditación						Area de auditor								
Area	Campos	Aspectos de certificación	Requisitos por campo	Nivel	critérios de verificación	Ayuda General	Documento de Ayuda	Si	No	Observaciones	Nivel de cumplimiento			
Calidad		Gestión de la Calidad ISO 9001 //Es una norma internacional que toma en cuenta las actividades de una organización, sin distinción de sector de actividad. Esta norma se concentra en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización.	Desarrollo de la documentación	Básico										
				Intermedio										
				Avanzado										
			Formación	Básico										
				Intermedio										
				Avanzado										
			Toma de datos	Básico										
				Intermedio										
				Avanzado										
			Implantación	Básico										
				Intermedio										
				Avanzado										
			Auditoría interna	Básico										
				Intermedio										
				Avanzado										
			Revisión por la dirección	Básico										
				Intermedio										
				Avanzado										

Imagen 24. Vista general de la plataforma de control

Para una descripción más adecuada y de fácil comprensión de la plataforma se descompondrá el instrumento en dos partes: el área de indicadores a evaluar para acreditación y el área del auditor.

A continuación se tiene un vistazo de cada una de las dos partes que se explicaran a fondo más adelante

- Área de indicadores a evaluar para acreditación

Área de indicadores a evaluar para acreditación					
Area	Campos	Aspectos de certificación	Requisitos por campo	Nivel	critérios de verificación
Calidad		Gestión de la Calidad ISO 9001 //Es una norma internacional que toma en cuenta las actividades de una organización, sin distinción de sector de actividad. Esta norma se concentra en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización.	Desarrollo de la documentación	Básico	
				Intermedio	
				Avanzado	
			Fomación	Básico	
				Intermedio	
				Avanzado	
			Toma de datos	Básico	
				Intermedio	
				Avanzado	
			Implantación	Básico	
				Intermedio	
				Avanzado	
Auditoria interna	Básico				
	Intermedio				
	Avanzado				
Revisión por la dirección	Básico				
	Intermedio				
	Avanzado				

Imagen 25. Vista de área de indicadores a evaluar

- Área de auditor

Área de auditor						
Ayuda General	Documento de Ayuda	Si	No	Observaciones	Nivel de cumplimiento	

Imagen 26. Vista de área del auditor

### 3.1.8.1. Área de indicadores a evaluar para acreditación

Esta área se puede descomponer en 6 partes, como se puede ver en la imagen anterior consta con 6 columnas que serán descritas desde la columna más general a la más específica, empezando de izquierda a derecha, respetando la jerarquía que se usó para la creación de la plataforma:

#### 1. Área general

De la mano con la unidad de coordinación de hospitales de tercer nivel se seleccionaron las áreas generales en los que se concentraría la herramienta de control, las cuales son:

- Consulta Externa
- Emergencia
- Hospitalización
- Cuidados Intensivos
- Sala de operaciones

A continuación se describe cada una de estas áreas con información que servirá de apoyo para el entendimiento correcto de estas áreas.

Tabla 68. Áreas generales

Áreas generales	Descripción
<b>Consulta Externa</b>	<p><b>Definición</b> La unidad de consulta externa es una dependencia de servicios ambulatorios con múltiples especialidades de la medicina, donde lo fundamental es la atención al paciente con calidez y profesionalismo, buscando mejorar la calidad de vida a todos los usuarios. El servicio de atención es realizado de forma ambulatoria en un local adaptado para ello para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base a la anamnesis (historia clínica) y la exploración física.</p> <p>Las Consultas Externas han ocupado hasta hace muy poco un lugar secundario frente a las áreas de hospitalización en cualquier hospital. No obstante cada vez se les otorga mayor relevancia porque se da más importancia a gestionar los procesos de forma ambulatoria</p> <p><b>Propósito</b> Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención de consulta externa en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua.</p>
<b>Emergencia</b>	<p><b>Definición</b> Unidad de atención primaria o sección de un hospital que ofrece un tratamiento inicial de pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales y requieren atención inmediata. En él se proporcionan personal médico y equipos de tratamiento de pacientes de urgencias. Los servicios de urgencia de la mayoría de los hospitales operan todo el día, aunque los niveles de dotación de personal se intentan ajustar al volumen de pacientes.</p> <p><b>Propósito</b> Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención de la Unidad de Emergencia en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua.</p>
<b>Hospitalización</b>	<p><b>Definición</b> Unidad de hospitalización es el espacio natural de los cuidados de enfermería que se aplican por turnos las 24 horas del día. El trabajo diario que desarrollan los profesionales de esta área constituye el elemento central de los días de ingreso de los pacientes. Esta es la razón principal para que la coordinación de la misma recaiga directamente sobre el Coordinador de Enfermería de la Unidad. Entre sus funciones está la implantación de todos los cuidados relacionados con los planes individualizados de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización.</p> <p><b>Propósito</b> Implementar y estandarizar la organización del proceso de de atención en los servicios de hospitalización en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención de según el nivel resolutivo de cada hospital y propiciar un escenario de mejora continua.</p>
<b>Sala de operaciones</b>	<p><b>Definición</b> Es una Unidad estratégica de servicios quirúrgicos, equipada con quirófanos completamente dotados, con sólida estructura funcional y amplio diseño para brindar la mejor atención con tecnología y calidad, en procedimientos quirúrgicos programados y de urgencia, así como un área de pre anestesia y cómodas salas de recuperación postquirúrgica hospitalaria y ambulatoria, en</p>

<b>Unidad de Cuidados Intensivos</b>	un ambiente seguro para los usuarios y el equipo médico-asistencial.
	<p><b>Propósito</b></p> <p>Implementar y estandarizar la organización del proceso de programación y realización de cirugías en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención de patologías por métodos quirúrgicos según el nivel resolutivo de cada hospital y propiciar un escenario de mejora continua.</p>
	<p><b>Definición</b></p> <p>Una unidad de cuidados intensivos (UCI) es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos.</p> <p><b>Propósito</b></p> <p>Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención de la Unidad de Cuidados Intensivos en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua.</p>

Para cada área se ha diseñado una plataforma de control seccionado por niveles creando una herramienta personalizada para cada área de la mano con la unidad de dirección de hospitales basándonos en su amplia experiencia y en los resultados que se desean.

## 2. Campos de certificación

La segunda columna de la plataforma corresponde a los cuatro campos de certificación que componen una gestión empresarial y que para esta iniciativa servirán de base de clasificación de las siguientes columnas (aspectos, requisitos y criterios) para la homogenización de plataforma normativa, los cuatro campos son los siguientes:

- Calidad
- Medio ambiente
- Seguridad
- Responsabilidad Social

A continuación se describe la gestión empresarial y seguidamente los cuatro campos de certificación con información que servirá de apoyo para el entendimiento correcto de estos.

### ¿Qué es Gestión?

Es el proceso mediante el cual se utiliza una variedad de recursos básicos para apoyar los objetivos de la organización.

Gestionar es coordinar todos los recursos disponibles para conseguir determinados objetivos, implica amplias y fuertes interacciones fundamentales entre el entorno, las estructuras, el proceso y los productos que se desean obtener. A continuación se describe que es una gestión empresarial como la que se utiliza de base para la creación de la plataforma de control.

<b>Gestión Empresarial</b>	<p>La gestión empresarial es aquella actividad empresarial que a través de diferentes individuos especializados buscará mejorar la productividad y la competitividad de una empresa. En nuestro caso sería el mejoramiento servicio de salud brindado por el MINSAL en las cinco áreas generales que comparten los hospitales del tercer nivel.</p> <p>Para que una gestión determinada sea óptima y de por ende buenos resultados no solamente deberá hacer mejor las cosas sino que deberá mejorar aquellas cuestiones que influyen directamente en el éxito y eso será mediante el uso de la plataforma de control que ayudara a identificar problemas, para luego se diseñen soluciones y propongan nuevas estrategias, entre otras cuestiones.</p> <p>Los profesionales deben sí o sí dominar todos estos condicionantes para poder triunfar en el tema y que la empresa (MINSAL) que dirigen sea exitosa.</p>
----------------------------	---

Toda gestión empresarial debe cumplir con diferentes campos que se evalúan para la realización de una certificación y estos son los siguientes:

Tabla 69. Campos para la gestión empresarial

<b>Calidad</b>	<p>La calidad en la gestión nos ayuda a reducir la improvisación dentro de nuestros procesos, de tal manera que nuestro primer objetivo sea llevar a cabo procesos totalmente planificados en los que sepamos en cada momento el modo de actuar durante situaciones normales de funcionamiento o condiciones óptimas de funcionamiento o, por el contrario, cómo actuar ante una desviación de los requisitos establecidos. De la misma manera la gestión de la calidad brinda una oportunidad clave, no sólo para planificar los procesos, sino también para establecer mecanismos para el seguimiento y la mejora de los mismos.</p>
<b>Medio Ambiente</b>	<p>La gestión ambiental es la administración integrada de ambiente con criterio de equidad para lograr el bienestar y desarrollo armónico del ser humano, de forma tal que se mejore la calidad de vida y se mantenga la disponibilidad de los recursos, sin agotar o deteriorar los renovables ni dilapidar los no renovables, en beneficio de las presentes y futuras generaciones.</p> <p>Es la estrategia mediante la cual se organizan las actividades antrópicas que afectan al ambiente, con el fin de lograr una adecuada calidad de vida, previniendo o mitigando los problemas ambientales.</p> <p>Gestión Ambiental en la Empresa Es el conjunto de procedimientos mediante los cuales una organización</p>



	<p>puede intervenir para modificar, influir u orientar los usos del ambiente, así como los impactos de las actividades humanas sobre el mismo.</p> <p>La Gestión del medio ambiente empresarial se traduce en un conjunto de actividades, medios y técnicas tendientes de conservar los elementos de los ecosistemas y las relaciones ecológicas entre ellos, en especial cuando se producen alteraciones debidas a las acciones de la empresa (hombre).</p>
<b>Seguridad</b>	<p>La seguridad empresarial igual que la mayoría de las disciplinas, también ha evolucionado al punto que en los actuales tiempos se maneja como un “sistema de gestión”, el cual está conformado por el conjunto coherente de principios, políticas, objetivos, estrategias, normas y procedimientos de seguridad, así como de lineamientos y directrices que permitan la administración sistemática y efectiva de los planes y programas que tienen como fin la preservación de los recursos y actividades de las empresas.</p> <p>El “sistema de Gestión de Seguridad Empresarial” (SIGSE) es una parte del procedimiento integral de administración de la compañía que define el marco de referencia para la implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo de la administración de protección de la compañía, su reputación, sus activos y sus empleados. Como todo sistema de gestión, el sigse también está fundamentado en las orientaciones del ciclo phva (planear, hacer; verificar y actuar correctivamente)</p>
<b>Responsabilidad Social</b>	<p>Actualmente la Responsabilidad Social en la gestión empresarial es un desafío que impone una apertura en el criterio y la mente de todos los directivos en su planeación estratégica.</p> <p>La Responsabilidad Social constituye una actitud madura, sensible y consiente frente a los problemas de nuestra sociedad, que nos lleva a adoptar hábitos, estrategias y procesos que nos ayuden a minimizar los impactos negativos que podemos generar al medio ambiente y a la sociedad.</p> <p>Es uno de los temas de mayor interés a nivel empresarial ya que es un elemento distintivo y es una ventaja competitiva, que le puede brindar a la empresa mejores oportunidades de negocio, de proyección y de reconocimiento en el mercado.</p>

Para que cada campo se pueda controlar y medir se homogenizo con los aspectos de certificación, donde cada campo sirve para clasificar todas las normas establecidas que se utilizaron para el diseño de la plataforma de control, estas normas establecidas o mejor dicho aspectos de certificación se describen a continuación.

### 3. Aspectos de certificación

En la tercera columna de la plataforma encontramos los aspectos de certificación o dicho de otra manera las normas establecidas que son usadas por la plataforma para la gestión empresarial, estos aspectos son clasificados por cada campo que anterior mente se describe, esto aspectos de certificación son los que se deben cumplir para poder medir el cumplimiento de los campos de certificación. A continuación se despliegan todos los aspectos de certificación clasificado al campo al cual pertenece:

Tabla 70. Aspectos de certificación

CAMPOS	NORMAS ESTABLECIDAS O ASPECTOS DE CERTIFICACION
<b>CALIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de la Calidad ISO 9001</li> <li>• Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485</li> <li>• Calidad de servicio</li> <li>• Cartas de servicio</li> <li>• Buenas practicas</li> </ul>
<b>MEDIO AMBIENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión ambiental ISO 14001</li> <li>• Verificación de informes de emisiones</li> </ul>
<b>SEGURIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001</li> <li>• Seguridad alimentaria ISO 22000</li> <li>• Seguridad de la información ISO 27001</li> <li>• Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales</li> <li>• Protocolos BRC y BRC-IOP</li> <li>• Protocolo IFS</li> </ul>
<b>RESPONSABILIDAD SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de la accesibilidad global</li> <li>• Responsabilidad Social</li> <li>• Gestión de ONG'S</li> </ul>

Los aspectos de certificación se describen a continuación y se da un panorama de los beneficios y ventajas de su aplicación en una organización.

Tabla 71. Descripción de aspectos de certificación

Aspectos de certificación	Descripción
Gestión de la Calidad ISO 9001	<p>Es una norma internacional que toma en cuenta las actividades de una organización, sin distinción de sector de actividad. Esta norma se concentra en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b>                      Mediante la aplicación de los requisitos reguladores de la toma de decisiones cotidianas de la organización, la compañía puede tener éxito en la mejora continua de la calidad así:                      -Organización interna                      -Mejor rendimiento en las actividades                      -Mejor rendimiento en aplicaciones comerciales                      -Economía y reducción de residuos                      -Aumento de la satisfacción del cliente                      -Mayor control de la administración de las organizaciones y de los accionistas</p>
Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485	<p>Es la norma referida al sistema de gestión de la calidad aplicable para dispositivos médicos.</p> <p>Utilizar productos sanitarios que cumplan con esta norma, contribuye a aumentar la calidad de la asistencia sanitaria prestada.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b>                      ISO 13485 contiene requisitos que proporcionan claros beneficios para la</p>

		<p>adecuada gestión de las organizaciones que proveen de productos y servicios sanitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Exhaustivo control de la producción</li> <li>-Gestión del riesgo del producto sanitario a través de todo su ciclo de vida</li> <li>-Optimización de la gestión de la cadena de proveedores y un control estricto sobre los servicios subcontratados.</li> <li>-Gestión de los datos clínicos como parte fundamental del diseño del producto.</li> <li>-Sistema de vigilancia del producto sanitario una vez puesto en el mercado.</li> <li>-Clara orientación a resultados para demostrar que el sistema de gestión de la calidad es eficaz y eficiente</li> </ul>
Calidad de servicio	de	<p>Es un concepto que deriva de la propia definición de Calidad, entendida como satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente o también expresado como aptitud de uso.</p> <p>También se entiende como el grado en el que el servicio satisface las necesidades o requerimientos del paciente, y en lo posible excederlos, lo que implica hacer las cosas necesarias bien y a la primera, con actitud positiva y espíritu de servicio.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b> Las características de un buen prestador de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Amabilidad</li> <li>-Es creativo y efectivo</li> <li>-Buen investigador para conocer lo que el cliente necesita.</li> <li>-Escucha</li> <li>-Conoce al cliente</li> <li>-Buen comunicador</li> <li>-Sociable</li> <li>-Íntegro</li> <li>-Honesto</li> </ul>
Cartas de servicio	de	<p>Son documentos que explican los servicios que ofrecen las organizaciones, así como los compromisos de calidad que asumen en su prestación. Se trata de un instrumento ideado para informar sobre todas las cuestiones relativas al servicio. Tienen una clara perspectiva de orientación al cliente y de mejora continua del servicio.</p> <p><b>Beneficios para su empresa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ventajas competitivas en el mercado.</li> <li>-Valor añadido para sus clientes y transparencia en sus servicios.</li> <li>-Conocimiento y fidelización del cliente.</li> <li>-Diferenciación ante la competencia.</li> </ul> <p><b>Beneficios ante sus usuarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Demuestra su compromiso con el cliente mediante la medición, seguimiento y mejora de los aspectos que más le interesan.</li> <li>-Escucha la voz del cliente, orientando a las personas de la organización hacia la satisfacción del cliente como uno de los valores centrales de la actividad.</li> <li>-Reorienta las actividades de la organización hacia las que aportan más valor al cliente.</li> </ul>
Buenas practicas		<p>Toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.</p>

	<p>El concepto de buenas prácticas se utiliza en una amplia variedad de contextos para referirse a las formas óptimas de ejecutar un proceso, que pueden servir de modelo para otras organizaciones. Las buenas prácticas sistematizadas, permiten aprender de las experiencias y aprendizajes de otros, y aplicarlos de manera más amplia y/o en otros contextos (scaling-up). Pueden promover nuevas ideas o sugerir adaptaciones y proporcionar una orientación sobre la manera más efectiva de visibilizar los diversos impactos de una intervención en las comunidades.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor productividad.</li> <li>-Mayor continuidad del negocio (menos accidentes e incidentes reducen la duración y el impacto de las interrupciones en la actividad de la empresa).</li> <li>-Costos más bajos del seguro.</li> <li>-Pagos compensatorios a los trabajadores que generan mayor motivación y moral del personal.</li> </ul>
<p>Gestión ambiental ISO 14001</p>	<p>La norma ISO 14001 es un estándar internacional para la Gestión Ambiental que comenzó a ser vigente en el año 1996, La norma proporciona una guía sobre cómo considerar múltiples aspectos acerca de la adquisición, el almacenamiento, la distribución, el desarrollo de productos, la fabricación, etc., de su empresa, de modo que ayuda a la organización a identificar, priorizar y gestionar los riesgos ambientales, reduzca el impacto sobre el medio ambiente.</p> <p>También le impulsa a evaluar cómo gestiona un plan de emergencia, las expectativas del cliente, las partes interesadas y las relaciones con su comunidad local.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <p>Las mayores ventajas que podemos encontrar a la hora de implementar un Sistema de Gestión Ambiental basado en la norma ISO 14001, son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento de la eficacia ambiental</li> <li>-Disminución de costes durante el tratamiento</li> <li>-Reducción en la utilización de materias primas y energía</li> </ul> <p>Si nos centramos un poco más en los detalles podemos obtener muchas más ventajas de la implantación de un Sistema de Gestión Ambiental, como pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Facilita el cumplimiento de la legislación vigente y la política ambiental de la organización.</li> <li>-Se anticipa a los problemas ambientales que nos podamos encontrar, previniendo que aparezcan estos.</li> <li>-Ayuda a la organización a disminuir le contaminación emitida por esta.</li> <li>-Realizar registros que avalen el comportamiento ambiental de la organización.</li> <li>-Aumenta la confianza de las partes interesadas, como pueden ser, accionistas, inversores, trabajadores, proveedores, etc.</li> </ul> <p>Para ser mucho más concretos podemos definir las diferentes ventajas en los diferentes campos, como el campo legal, comercialización, marketing, imagen, inversiones y costes ambientales, producción, gestión.</p>
<p>Verificación de informes de emisiones</p>	<p>Es una norma internacional conforme a la cual se verifican voluntariamente los informes de emisiones de gases de efecto invernadero. En paralelo con el nacimiento de esquemas reglamentados u obligatorios relativos al seguimiento, notificación y verificación de Gases de Efecto Invernadero (GEI), las organizaciones están deseando realizar el seguimiento y reporte de sus</p>

	<p>emisiones de manera independiente a estos esquemas (conocida comúnmente como la huella de carbono de la organización).</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b>  La certificación ISO 14064 le ayuda a transmitir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Compromiso de las partes interesadas</li> <li>-Credibilidad y confianza</li> <li>-Seguimiento robusto del progreso</li> <li>-Demostrar compromiso en la reducción de emisiones de gases efecto invernadero</li> </ul>
Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001	<p>Es un estándar desarrollado en el Reino Unido para ayudar a toda la empresa a mejorar de forma continua la seguridad y la salud en el trabajo que ofrece a sus empleados.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b>  Los beneficios que se pueden obtener de la implementación de la norma OHSAS 18001 en una organización tienen que ver con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La siniestralidad respecto al sector.</li> <li>-Percepción interna de la prevención y cultura preventiva existente.</li> <li>-Nivel de cumplimiento de la normativa y sanciones.</li> <li>-Imagen externa de la organización.</li> <li>-Relación con la representación sindical.</li> </ul>
Seguridad alimentaria ISO 22000	<p>Es una norma internacional que define los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad alimentaria para asegurar la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b>  Alguna de las ventajas que aporta la implantación y posterior certificación de la norma ISO22000 son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comunicación más fluida gracias a la cadena de suministro.</li> <li>-Mayor transparencia mediante la cadena alimentaria.</li> <li>-Incluye la mayor parte de los requisitos de las normas vigentes de Seguridad Alimentaria.</li> <li>-Satisface los principios del código HACCP.</li> <li>-Facilita comunicación de los conceptos de análisis de riesgos y puntos críticos de control de forma internacional.</li> <li>-Es una norma auditable con requisitos bien definidos que ofrecen un marco para certificarse independientemente.</li> <li>-Posibilita la comunicación sobre riesgos con los socios de la cadena de suministro.</li> <li>-Integra el Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Gestión de Seguridad Alimentaria en el Sistema de Gestión de la organización, al estar integrados es posible certificarse mediante una única auditoría externa.</li> <li>-Optimiza recursos tanto internamente como en toda la cadena alimentaria.</li> <li>-Todas las medidas de control están sometidas a análisis de riesgos.</li> <li>-Mejora de la planificación.</li> <li>-Documentación mejorada.</li> <li>-Gestión sistemática de programas de requisitos necesarios.</li> <li>-Comunicación fluida sobre asuntos vinculados con la inocuidad de los alimentos con proveedores, clientes, organismos reguladores y otras partes interesadas.</li> <li>-Enfoque sistemático y proactivo que permite identificar riesgos de la Seguridad Alimentaria, además como desarrollo e implementación de medidas de control.</li> </ul> <p>También es importante destacar que la organización conseguirá incrementar su competitividad en el mercado, lo que permitirá mejorar la imagen de sus productos tanto a nivel nacional como internacional.</p>

<p>Seguridad de la información ISO 27001</p>	<p>Consiste en la preservación de su confidencialidad, integridad y disponibilidad, así como de los sistemas implicados en su tratamiento, dentro de una organización.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduce el riesgo de que se produzcan pérdidas de información en las organizaciones. Por pérdidas también entendemos robos y corrupciones en la manipulación de la misma.</li> <li>-Se hace una revisión continua de los riesgos a los que están expuestos los clientes. Adicionalmente, se hacen controles de manera periódica.</li> <li>-Establece una metodología gracias a la cual se puede gestionar la seguridad de la información de forma clara y concisa.</li> <li>-Implanta medidas de seguridad para que los propios clientes puedan acceder a la información.</li> <li>-Gracias a contar con dicho Sistema de Gestión, obliga a que se realicen auditorías externas de manera periódica y este hecho permite identificar las incidencias que pudiera haber en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, fomentando de este modo la mejora continua en la organización.</li> <li>-Contar un SGSI otorga a la organización una garantía frente a clientes y socios estratégicos ya que muestra a la misma como un organismo preocupado por la confidencialidad y seguridad de la información que es depositada en la misma.</li> <li>-Permite a las organizaciones continuar operando con normalidad en caso de producirse problemas importantes.</li> <li>-Se puede hacer una integración conjunta con otros Sistemas de Gestión Normalizados tales como ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001, entre otras.</li> <li>-Hace que la organización esté cumpliendo con la legislación vigente en materia de información personal y propiedad intelectual.</li> <li>-La seguridad en la información que ofrece implantar un SGCI de acuerdo a ISO 27001 favorece una reducción de los costes y un mejor funcionamiento de los procesos.</li> <li>-Se convierte en un elemento favorable para la empresa frente a la competencia, pues el contar con un SGSI le hace aumentar su imagen a nivel internacional.</li> <li>-Contribuye al incremento en la motivación del personal, ya que se desempeñan en una organización comprometida con la seguridad de la información.</li> </ul>
<p>Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales</p>	<p>Es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un entorno laboral, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aplicar correctamente esta normativa en toda la empresa puede mejorar su imagen.</li> <li>-Cuando un mismo grupo tiene distintas empresas, un marco legislativo internacional puede ayudar a mejorar su sintonía.</li> <li>-Que distintas empresas estén guiadas por la misma normativa, puede facilitar sus relaciones comerciales.</li> <li>-Al tratarse de una norma compatible con la ISO 9000 y la ISO 14000 puede favorecer e incentivar su implantación.</li> <li>-La implantación y certificación de esta norma puede servir como herramienta para seleccionar a proveedores y contratistas.</li> <li>-Una norma internacional no obligatoria sirve a las autoridades y medios de inspección para controlar el cumplimiento de la legislación por parte de las empresas.</li> <li>-Una norma internacional no obligatoria puede ayudar a los empresarios a facilitar la aplicación de la legislación.</li> <li>-Gracias a las auditorías externas de certificación de la norma, se fomenta la</li> </ul>

	<p>gestión de la seguridad en el trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La introducción y la conformidad con una norma ISO podría conducir a la reducción de las primas de seguro.</li> <li>-El cumplimiento de una norma ISO podría contribuir a una responsabilidad menor de las empresas en sus contingencias.</li> <li>-Fomenta entornos de trabajo seguros y saludables.</li> <li>-Apoya el cumplimiento de las leyes .</li> <li>-Mejora el rendimiento.</li> <li>-Reduce los accidentes y controla los riesgos.</li> </ul>
<p>Protocolos BRC y BRC-IOP</p>	<p>Representa una norma enfocada a asegurar la implantación de un sistema de Gestión de la calidad en la industria alimentaria. Este estándar ha sido desarrollado con el fin de garantizar un sistema uniforme de calidad y seguridad ya que las exigencias legales y de los consumidores Cada vez eran, y cada vez los son más exigentes.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <p><u>A la propia organización</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Facilitando el cumplimiento de la legislación de aplicación.</li> <li>-Disminuyendo los costes de los posibles errores de cualquier cadena de producción.</li> <li>-Proporcionando una comunicación organizada y eficaz, con todas las partes interesadas.</li> <li>-Mejorando la documentación.</li> <li>-Realizando un control más eficiente y dinámico de los riesgos para la seguridad alimentaria.</li> <li>-Incorporando los Programas de Prerrequisitos al sistema de gestión de la organización.</li> <li>-Ahorrando tiempo y costes, al realizar las auditorías de BRC y BRC/IoP combinada con otros esquemas de Calidad y Seguridad Alimentaria (ISO 22000, IFS, ISO 9001).</li> </ul> <p><u>A los clientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Al demostrar el compromiso de la organización con la salud alimentaria, proporcionando confianza al consumidor.</li> <li>-Al trabajar de acuerdo a un estándar reconocido en el mercado.</li> </ul> <p><u>Al mercado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Demostrando a la sociedad del compromiso de la organización con la seguridad alimentaria.</li> <li>-Aumentando la confianza en sus sistemas y procedimientos de inocuidad alimentaria.</li> </ul>
<p>Protocolo IFS</p>	<p>Norma de seguridad alimentaria reconocida por la Global Food Safety Initiative (GFSI) para auditar empresas que fabrican alimentos o a empresas que empaquetan productos alimentarios a granel. Se centra en la seguridad y calidad alimentaria de los productos procesados.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-El más inmediato y rentable para tu empresa, es asegurar transparencia y alimentos seguros en tus procesos y en toda la cadena de suministro, lo que garantiza que tus clientes confíen en los productos comercializados.</li> <li>-Garantizar la legalidad, seguridad y calidad de los productos fabricados.</li> <li>-Establecer una norma común con un sistema común de evaluación.</li> <li>-Garantizar cumplir la legislación en materia de calidad y seguridad alimentaria vigente.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reducir costes y tiempo a fabricantes y distribuidores.</li> <li>-Proporciona una comunicación protocolizada, estandarizada y organizada con todas las partes interesadas.</li> <li>-Proporciona confianza a los consumidores.</li> <li>-Existe evidencia escrita de todos los procedimientos e instrucciones técnicas que se realizan en tu empresa.</li> <li>-Gestión más operativa y rápida de los riesgos para la seguridad alimentaria.</li> <li>-Revisión del Sistema APPCC que tengas implantado en tu empresa.</li> <li>-Encontrar el equilibrio perfecto entre Seguridad y Calidad Alimentaria.</li> <li>-Tu empresa tendrá documentado, implantado y evidenciado un plan contra el fraude alimentario.</li> <li>-Tu empresa tendrá documentado, implantado y evidenciado un plan Food Defense.</li> <li>-Tu empresa tendrá un control de los alérgenos presentes en tus materias primas, productos intermedios o productos finales de forma óptima, para garantizar la salud de la población con intolerancias o alergias alimentarias.</li> <li>-Ofrecer formación a todo el personal de tu empresa alimentaria en materia de Higiene Alimentaria, Fraude alimentario, Food Defense, Control de alérgenos, Manipulación de alimentos, Prevención de Riesgos Laborales.</li> </ul>
<p>Gestión de la accesibilidad global</p>	<p>Es un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para establecer la política y los objetivos y para dirigir y controlar una organización con respecto a la Accesibilidad.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <p><u>Para los clientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Favorece la integración de personas con discapacidad.</li> <li>-Aumenta la satisfacción de empleados y usuarios.</li> </ul> <p><u>Para el mercado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La integración de personas con discapacidad.</li> <li>-La satisfacción de empleados y usuarios.</li> </ul> <p><u>Para la organización</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Nuevas oportunidades de Marketing social.</li> <li>-Permite una optimización de la gestión de los recursos.</li> <li>-Permite diferenciarse del resto de competencia.</li> <li>-Refuerza positivamente la imagen y el reconocimiento social de la entidad comprometida con la sociedad.</li> <li>-Favorece la integración de personas con discapacidad.</li> <li>-Mejora la organización interna de la organización.</li> <li>-Aumenta la satisfacción de empleados y usuarios.</li> <li>-Cumple con la legislación.</li> </ul>
<p>Responsabilidad Social</p>	<p>Es el compromiso, obligación y deber que poseen los individuos, miembros de una sociedad o empresa de contribuir voluntariamente para una sociedad más justa.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejora de la reputación por colaborar con este tipo de causas benéficas</li> <li>-Implicación y motivación de los trabajadores</li> <li>-Reconocimiento de la labor de la empresa por parte de los consumidores</li> <li>-Publicidad gratuita por parte de las organizaciones</li> <li>-Desgravación por colaborar económicamente con este tipo de asociaciones</li> <li>-Satisfacción del cliente y del empleado. Si su imagen es positiva, la Pyme conseguirá la lealtad del consumidor. Por su parte, un trabajador satisfecho es más productivo.</li> <li>-Mayor influencia de la empresa en la sociedad y en los líderes de opinión. Si la empresa es honesta y transparente se ganará el respeto de los líderes de opinión.</li> </ul>



		<p>-Diferencia positivamente la marca de la competencia.</p> <p>Atracción de inversores. Un inversor siempre preferirá una empresa bien posicionada socialmente.</p> <p>-Reducción de costes. Acciones como el reciclaje o una menor emisión de gases pueden ayudar a reducir costes innecesarios.</p>
Gestión de ONG'S		<p>Para dotar y reforzar a estas organizaciones con información y herramientas para su adecuada gestión y cumplimiento de sus compromisos internos y externos.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <p>-Trabajas en equipo. Laborar en una ONG es una excelente manera para aprender a trabajar en equipo, con personas con ideologías distintas y hasta expertos en diferentes campos, algo que sin duda alguna te beneficiará de manera profesional y personal.</p> <p>-Oportunidades de crecimiento. Participar en ONG's en definitiva son proyectos de gran valor, ya que te desarrollas con mayor rapidez en el campo profesional debido a lo variado del trabajo que se realiza.</p> <p>Viajar por trabajo. Muchas ONG's operan a nivel internacional, algo que puede venirte muy bien y dejarte una gran experiencia de viajar y conocer otras culturas, realidades y personas muy interesantes.</p>

Para poder medir el cumplimiento de cada aspecto de certificación, se proporciona la siguiente columna que contiene los requisitos por campo que serán descritos a continuación

#### 4. Requisitos por campo

En esta columna se visualiza el despliegue de todos los requisitos ordenados por el aspecto de certificación y por campo de certificación al que pertenecen, estos requisitos son pasos previos que es necesario llevar a cabo para la obtención de la certificación en las diferentes normas establecidas que se manejan con la plataforma de control.

Sin la implementación de éstos de forma integrada y coordinada, las empresas no pueden demostrar que cuentan con un Sistema de Gestión empresarial adecuado como parte de sus procesos internos. El grado de implementación de estos pasos y su nivel de cumplimiento con las estrategias corporativas, pueden ser monitorizados y controlados por la plataforma de control seccionada por niveles, a continuación se muestran los requisitos por campo clasificados por cada aspecto y campos al que pertenecen:

Tabla 72. Requisitos por campo

Campos	Aspectos de certificación	Requisitos por campo
Calidad	Gestión de la Calidad ISO 9001	Toma de datos
		Desarrollo de la documentación
		Formación
		Implantación
		Auditoria interna
		Revisión por la dirección
	Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485	Control de la producción
		Gestión de riesgos
		Gestión de la cadena de proveedores
		Gestión de datos clínicos

	Calidad de servicio	Sistema de vigilancia del producto
		Orientación a resultados
		Cortesía
		Credibilidad
		Capacidad de respuesta
		Compresión del cliente
		Fiabilidad
		Comunicación
		Seguridad
		Accesibilidad
	Cartas de servicio	Ampliación y optimización de gestiones
		Horario de atención
		Tiempo de espera
		Oficina de información ciudadana
	Buenas practicas	Atención de los ciudadanos
		Relativos al sistema de gestión e calidad
		Relativos a la participación de la alta dirección
		Relativos a los registros de formación de empleados
		Relativos a infraestructura y mantenimiento
Relativos a control de contaminación		
Relativos a la fabricación del producto		
Relativos a los proveedores		
Relativos a la medición y supervisión		
Medio Ambiente	Gestión ambiental ISO 14001	Plan de manejo ambiental
		Objetivos y metas ambientales
		Políticas y procedimientos
		Responsabilidades definidas
		Capacitación del personal
		Documentación
	Verificación de informes de emisiones	Sistema de control
		Revisión
		Documentación
		Resultados de verificación
Seguridad	Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001	Presentación de informe
		Principios generales
		Seguridad de las maquinas
		Condiciones de trabajo
		Equipos de protección personal
	Seguridad alimentaria ISO 22000	Ergonomía
		Fomentar la confianza con las partes interesadas
		Identificar, gestionar y mitigar los riesgos
		Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones
	Seguridad de la información ISO 27001	Proteger al paciente
		Confidencialidad
		Integridad
	Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales	Disponibilidad
Evaluación		
Análisis		
Protocolos BRC y BRC-IOP	Verificación	
	Reforzamiento de medidas de seguridad	
Protocolo IFS	Implantación y mejora de norma	
	Comparabilidad	

<b>Responsabilidad Social</b>	Gestión de la accesibilidad global	Transparencia
		Equidad de uso
		Flexibilidad de uso
		Simple e intuitivo
		Información perceptible
		Tolerancia al error
		Esfuerzo de protección
		Espacio suficiente de aproximación y uso
		Responsabilidad Social
	Principios y prácticas relacionadas con la sociedad	
	Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	
	Identificación y el compromiso con los grupos de interés	
	Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización	
	Contribución de la organización con el desarrollo sostenible	
	Gestión de ONG'S	
	Coherencia con la Misión y valores	
	Innovación social	

Para que cada requisito pueda ser evaluado y controlado se necesita tener criterios o indicadores que puedan ser medibles, y para poder estimar el alto o bajo rendimiento de cada requisito que en general reflejara el rendimiento de cada campo es necesario someter todos los indicadores a una clasificación por niveles a cada indicador que sean clasificados por complejidad y exigencia, dicho de otra manera es necesario clasificar por el peso del indicador. Esta categorización de indicadores es de suma importancia ya que genera la clasificación de los resultados que se estimaran con el nivel de cumplimiento que cada área presente.

Primero se procede a describir la siguiente columna donde se ubican los niveles de clasificación y después se enlistara todos los criterios de verificación.

## 5. Niveles de indicadores

En esta columna se presenta la clasificación de tres niveles que obtienen los criterios a verificar de cada requisito por campo. Los niveles de control son el régimen al cual se someterán todos los requisitos por campo siendo clasificados por secciones según sea el peso del indicador y así poder estimar que tan alto o bajo es el rendimiento por cada campo.

Según el nivel de complejidad y exigencias se reordenaran los indicadores en tres grupos:

- Grupo I
- Grupo II

- Grupo III

Cada grupo será descrito a continuación:

Tabla 73. Indicadores según su peso

Tipo de indicador	Definición de clasificación
<b>Grupo I BASICO</b>	Son los criterios con los que se controlan las evidencias que contemplan aspectos de la atención del profesional relacionados con las atenciones básicas, los derechos consolidados de los pacientes, ,control del estado actual del servicio, la personalización de los cuidados y los elementos estratégicos,
<b>Grupo II INTERMEDIO</b>	Son los criterios que contemplan, con mayor grado de exigencia, aspectos de la atención el profesional relacionados con los derechos consolidados de los ciudadanos, la personalización de los cuidados, los elementos estratégicos y las tendencias de la situación de salud en la población, incluyendo la documentación, junto con las evidencias que nos hablan del rol asistencial, docente, investigador y gestor de una atención profesional consolidada.
<b>Grupo III AVANZADO</b>	Evidencias que convierten al campo en referente para el resto de la unidad en el ámbito gerencial y en aspectos de mejora continua

Se clasifican los indicadores de cada área en los tres grupos antes definidos como Básico, Intermedio y Avanzado. Ahora se procede a explicar la siguiente columna

## 6. Criterios de verificación

En esta columna se presenta los indicadores o mejor dicho los criterios de verificación ya seccionados por los tres niveles de indicadores y clasificados en su correspondiente requisito por campo que se deben cumplir para la certificación.

Lista de todos los criterios de verificación a utilizar en la herramienta.

Tabla 74. Lista de indicadores de resultado

INDICADORES DE RESULTADO
1. -Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.
2. -Indicador de consulta externa
3. -Monitorización de procesos,
4. -Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,
5. -Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,
6. -Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes
7. -Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes
8. - Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito
9. - El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la

- definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.
10. - Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente
  11. -El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados,
  12. - Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
  13. -Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.
  14. -El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento
  15. -Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes
  16. -Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes
  17. -Indicador de informe de implementación
  18. -El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
  19. -Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización
  20. -Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales
  21. -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios
  22. -Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes
  23. -Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.
  24. -Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil
  25. -Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos
  26. -Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes
  27. -Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor
  28. -Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes
  29. -Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes
  30. -Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión
  31. -Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes
  32. -Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes
  33. -Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta
  34. -Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad
  35. -Auditorías internas de procesos
  36. - Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
  37. - Indicador de informes de resultados de los estándares
  38. -Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes
  39. -La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,
  40. - Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario
  41. -Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes
  42. -Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,
  43. -Análisis de demanda
  44. -Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización
  45. -Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso
  46. -Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad
  47. -Absentismo laboral en profesionales
  48. -Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria

49. -Pacientes que sufren broncoaspiración
50. -Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales
51. -Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical
52. -Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación
53. -Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación
54. -Pacientes sometidos a cirugía errónea
55. -Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas
56. -Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso
57. -Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados
58. -Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados
59. -Indicador de morbilidad
60. -Indicador de muertes maternas
61. -Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)
62. -Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)
63. -Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)
64. -Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)
65. -Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)
66. -Indicador de cirugía electiva
67. -Indicador de infecciones nosocomiales
68. -Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones
69. -Indicador de pacientes referidos a otras instituciones
70. -Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa
71. -Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.
72. -Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa
73. -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas
74. -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas
75. -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias
76. -Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano
77. Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano
78. -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas
79. -Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando
80. Indicador de número de trasplantes realizados
81. Indicador de Tasa bruta de mortalidad
82. -Indicador de Tasa neta de mortalidad
83. -Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte
84. -Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos
85. -Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente
86. -Indicador de Tasa de letalidad por neumonía
87. -Indicador de Tasa de letalidad por IRC
88. -Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus
89. -Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos
90. Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos
91. - Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia
92. -El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,
93. -Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,
94. -El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.
95. -Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados
96. -Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios
97. -Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales
98. Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos
99. Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico
- 100.- Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos

- 101.-Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.
- 102.-Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,
- 103.-Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos
- 104.-Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas
- 105.-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos
- 106.- Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.
- 107.-Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.
- 108.-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,
- 109.-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales
- 110.-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes
- 111.-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas
- 112.-Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades
- 113.-Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario
- 114.-Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,
- 115.-Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados
- 116.-Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados
- 117.-El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.
- 118.-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados
- 119.-Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos
- 120.-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta
- 121.-El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.
- 122.-El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios
- 123.-Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,
- 124.-Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario
- 125.-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,
- 126.-Existe un protocolo para la identificación de pacientes
- 127.-Admisión en el establecimiento de salud,
- 128.-Identificar correctamente a los usuarios,
- 129.-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
- 130.-Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares
- 131.-Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,
- 132.-Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta
- 133.-Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada
- 134.-Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)
- 135.-Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva
- 136.-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
- 137.-Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa
- 138.-Indicador de Giro Cama Pediatría
- 139.-Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría
- 140.-Indicador de Promedio de días estancias Pediatría
- 141.-Indicador de sustitución de cama en Pediatría
- 142.-Indicador de Giro Cama Neonatología

- 143.-Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología
- 144.-Indicador de Promedio de días estancias Neonatología
- 145.-Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología
- 146.-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas
- 147.-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas
- 148.-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias
- 149.-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano
- 150.-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano
- 151.-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas
- 152.-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando
- 153.-Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica
- 154.-Programa de atención a los malos tratos,
- 155.-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado
- 156.-Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje
- 157.- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.
- 158.-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes
- 159.El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento
- 160.-Se realiza el consentimiento informado.
- 161.-Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,
- 162.Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes
- 163.-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes
- 164.Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes
- 165.Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes
- 166.-El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario
- 167.-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios
- 168.-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes
- 169.-Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros
- 170.-El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas
- 171.-Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas
- 172.-Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes
- 173.El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,
- 174.Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
- 175.-Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.
- 176.-Admisión en el establecimiento de salud,
- 177.Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
- 178.Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
- 179.-Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,
- 180.-Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,
- 181.Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana
- 182.- Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron



- 183.-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.
- 184.-Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,
- 185.-Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos
- 186.-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes
- 187.-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,
- 188.-Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal
- 189.-Continuidad de la atención,
- 190.-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
- 191.Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles
- 192.Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/o asistencia
- 193.-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
- 194.-Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo
- 195.-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados
- 196.-Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados
- 197.Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua
- 198.Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,
- 199.-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,
- 200.El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,
- 201.Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad
202. -Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,
- 203.-Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades
- 204.- Indicador de curso gerencial realizado
- 205.-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
- 206.-El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,
- 207.-Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas
- 208.-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,
- 209.-Está implantado un protocolo de lavado de manos
- 210.- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
- 211.-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.
- 212.-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
- 213.-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)
- 214.-Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,
- 215.-El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,
- 216.- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)

- 217.-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
- 218.- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento
- 219.-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
- 220.- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
- 221.-Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,
- 222.-Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,
- 223.-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
- 224.Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario
- 225.Indicador de informes de resultado por servicio final
- 226.Indicador de informes con resultados de la evaluación
- 227.- Indicador de informes de resultados de los estándares
- 228.-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes
- 229.Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes
- 230.Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
- 231.-Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
- 232.-Profesionales que sufren accidentes laborales
- 233.-Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos
- 234.Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria
- 235.-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
- 236.-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
- 237.-Indicador de emergencia
- 238.- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,
- 239.-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal
- 240.-Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado
- 241.-Información y vigilancia epidemiológica,
- 242.-El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.
- 243.-Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora
- 244.-Auditorías internas de procesos
- 245.- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
- 246.-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,
- 247.Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
- 248.-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,
- 249.La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
- 250.- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
- 251.-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,

- 252.- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
- 253.-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento
- 254.- Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas
- 255.-Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes
- 256.-Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina
- 257.-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes
- 258.-Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,
- 259.- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
- 260.-Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes
- 261.-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
- 262.- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
- 263.Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor
- 264.-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
- 265.- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
- 266.- El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,

Se presentan todos criterios de verificación que se tendrán en la plataforma seccionada por niveles y que variaran según el área en el que se esté implantado la herramienta.

### **3.1.8.2. Área de Auditor**

Esta área se puede descomponer en 5 partes, como se puede ver en la imagen anterior consta con 6 columnas que serán descritas cada una desde la columna empezando de izquierda a derecha, teniendo en cuenta que se diseñó esta área de la mano con la unidad de coordinación de hospitales de tercer nivel para que el personal de auditoria interna cuente con un apartado de apoyo técnico, un apartado de ingreso de datos y un apartado de resultados para la verificación del nivel de cumplimiento, a continuación se profundizara en cada columna.

#### **1. Ayuda General**

En esta columna se ubica la Ayuda General que es una herramienta de ayuda a la gestión para una correcta implementación de auditoria interna al momento de aplicar la plataforma, ya que guía al auditor a la sección o área del servicio donde podrá encontrar o monitorear la información que necesite del criterio que se está evaluando y así podrá dar un veredicto del cumplimiento que se busca con cada indicador.

#### **2. Documento de apoyo**

En esta columna se ubica el documento de apoyo que es una herramienta de ayuda a la gestión para una correcta implementación de auditoria interna al momento de aplicar la

plataforma, ya que guía al auditor a la documentación donde se puede consultar información del criterio que está evaluando y así podrá dar un veredicto del cumplimiento que se busca con cada indicador.

Estos documentos son de Apoyo a la gestión y pueden ayudar en el proceso de la toma de decisiones al momento de la verificación del criterio, pueden ser boletines oficiales, expedientes, hoja de resumen o informes elaborados dentro del área en estudio, etc.

### **3. Si y No**

En la tercera y cuarta columna se ubica dos cuadros de selección para la aprobación o no del cumplimiento de los indicadores, cada criterio se evaluara de manera separada y se selecciona en la columna tres con un cheque si cumple o se selecciona la columna cuatro con un cheque al ser el veredicto que No se cumple. Esta sección es del apartado del ingreso de datos al momento de la implantación de la plataforma y bajo la utilización de la plataforma por parte del personal encargado de la auditoria interna.

### **4. Observaciones**

En la quinta columna se ubican el espacio para las observaciones que el auditor desee expresar sobre cada indicador.

En la quinta columna se ubica se ubica el espacio para el ingreso de cualquier dato o información que el auditor crea necesario agregarlo al momento de estar aplicando la plataforma, cada criterio cuenta con su apartado para el ingreso de observaciones de manera separada, este apartado tiene el objetivo de fundamentar el resultado de la auditoria si el criterio se cumple o no.

### **5. Nivel de cumplimiento**

En esta columna se puede ver el resultado del nivel de cumplimiento por el cada criterio de verificación. Este nivel de cumplimiento se puede visualizar por cada aspecto, requisito, campo de certificación y al final se da el resultado del nivel de cumplimiento por el área que se está evaluando.

En todos y cada uno de los diferentes establecimientos de salud, el modelo articula la progresión en diferentes grados de certificación, cada uno de mayor exigencia o nivel de desempeño que el anterior, propiciando así la mejora continua.

Como consecuencia de las mejoras que se producirán en las organizaciones debido a las nuevas tecnologías, nuevas prestaciones, nuevas formas de organización y nuevas exigencias de las personas usuarias y trabajadoras, los estándares establecidos para los distintos grados serán actualizadas periódicamente. Así por ejemplo, lo que hoy puede verse como lejano para cualquier sistema, podrá ser, en el camino de la mejora continua la excelencia del mañana.

En definitiva, el proceso de certificación es una herramienta metodológica útil, que permite comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, y brinda a la luz de evaluaciones externas un reconocimiento público y expreso a aquellas instituciones y profesionales que lo cumplen y demuestran.

Como consecuencia de las mejoras que se producirán en las organizaciones debido a las nuevas tecnologías, nuevas prestaciones, nuevas formas de organización y nuevas exigencias de las personas usuarias y trabajadoras, los estándares establecidos para los distintos grados serán actualizadas periódicamente. Así por ejemplo, lo que hoy puede verse como lejano para cualquier sistema, podrá ser, en el camino de la mejora continua, la excelencia del mañana.

En definitiva, el proceso de certificación es una herramienta metodológica útil, que permite comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, y brinda, a la luz de evaluaciones externas, un reconocimiento público y expreso a aquellas instituciones y profesionales que lo cumplen y demuestran.

En todos y cada uno de los diferentes establecimientos de salud, el modelo articula la progresión en diferentes grados de certificación, cada uno de mayor exigencia o nivel de desempeño que el anterior, propiciando así la mejora continua. Los niveles de certificación son Avanzado En todos y cada uno de los diferentes establecimientos de salud, el modelo articula la progresión en diferentes grados de certificación, cada uno de mayor exigencia o nivel de desempeño que el anterior, propiciando así la mejora continua.

Como consecuencia de las mejoras que se producirán en las organizaciones debido a las nuevas tecnologías, nuevas prestaciones, nuevas formas de organización y nuevas exigencias de las personas usuarias y trabajadoras, los estándares establecidos para los distintos grados serán actualizadas periódicamente. Así por ejemplo, lo que hoy puede verse como lejano para cualquier sistema, podrá ser, en el camino de la mejora continua, la excelencia del mañana.

En definitiva, el proceso de certificación es una herramienta metodológica útil, que permite comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, y brinda, a la luz de evaluaciones externas, un reconocimiento público y expreso a aquellas instituciones y profesionales que lo cumplen y demuestran.

Los programas de acreditación de competencias aspiran a reconocer los logros, todo aquel esfuerzo que se clasifique dentro de los 4 campos de certificación se puede acreditar a distintos niveles, con una autoevaluación que debe ser recopilada y aportar pruebas procedentes del cumplimiento de cada esfuerzo realizado en el área donde está siendo aplicada la herramienta de control.

Según el número y nivel de indicador que se cumpla, se podrá aspirar a alguno de los distintos niveles de acreditación. No es necesario realizar todo los indicadores, por ejemplo en el avanzado solo nos piden el 60% de los indicadores básicos o del grupo I, aunque siempre es bueno hacer algún criterio de evolución de más por si es rechazado algún criterio de cumplimiento por el auditor.

Se conocerá a fondo los grupos y niveles más adelante en la sección “Elementos a evaluar”, la estructura de la plataforma básicamente estaría resumida hasta este momento.

### **3.1.9. MANUAL DE USO POR CARGO DE ÁREAS (ROL DENTRO DE LA HERRAMIENTA)**

Los manuales de uso por puesto o cargo de áreas son las limitaciones específicas de conocimientos que deben poseer los auditores, la descripción de su rol y el perfil que debe tener para poder cumplir ese rol.

Tabla 75. Roles dentro de la aplicación de la herramienta

Puesto	Rol
<b>Junta directiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirige la implantación de la plataforma: Delega las funciones tácticas y operativas para el correcto control y evaluación.</li> <li>• Contratación o desarrollo de personal capaz y preparado para el puesto de auditoria interna e implementación de herramienta.</li> <li>• Presentación de informes a la jefatura de la división medica sobre el nivel de cumplimiento y su posterior ajuste de indicadores de las áreas en estudio.</li> <li>• Establecimiento de brechas para su posterior ajuste de indicadores</li> <li>• Vigilancia de la administración</li> <li>• Monitoreo del control presupuestal</li> <li>• Revisión de los resultados de la implementación de la herramienta</li> <li>• Aseguramiento de la capacidad de mejora de la entidad de salud</li> <li>• Formulación de las políticas y estrategias del proyecto de mejora</li> <li>• Monitoreo de las áreas en estudio</li> <li>• Desempeña el papel más crucial en la gestión empresarial, la supervisión efectiva y la orientación estratégica de la empresa.</li> <li>• Revisar, aprobar y realizar seguimiento al direccionamiento estratégico</li> <li>• Garantizar un proceso formal y transparente para la elección de miembros que participaran en el proyecto</li> <li>• Realizar la planificación de sucesión</li> <li>• Fijación de directrices estratégicas del proyecto</li> </ul>
<b>Comité de aseguramiento de la calidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene las actas de las reuniones, los registros de las capacitaciones.</li> <li>• Presentación de informes a la junta directiva sobre las brechas, metas y estrategias a implementar.</li> <li>• Establecimiento de planes tácticos para reducción de brechas.</li> <li>• Administración del proyecto de mejora</li> <li>• Programación del desarrollo del personal</li> <li>• Organiza las reuniones de seguimiento y control</li> <li>• Es responsable de los archivos</li> <li>• Se asegura la ejecución material de las tareas administrativas</li> <li>• Coordinador de las actividades para la implantación, integración y seguimiento del proyecto</li> <li>• Establecer el proceso con el recurso disponible en el MINSAL para el ajuste de indicadores.</li> <li>• Organización con encargado de cada área en estudio para la buena aplicación de las visitas y la aplicación de la plataforma en las áreas en estudio de los tres hospitales de tercer nivel.</li> <li>• Ordenar las directrices brindadas por la junta directiva</li> <li>• Coordina labores del personal.</li> <li>• Vela por el correcto funcionamiento de la plataforma de control</li> </ul>

<b>Auditoria interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está a cargo del personal que aplicara la herramienta de control en las áreas en estudio</li> <li>• Coordina la implantación de la herramienta con el personal encargado del área en donde será implantando.</li> <li>• Presentación de informes a la comité de aseguramiento de la calidad sobre los resultados generales de la implantación de la herramienta todas las áreas en estudio.</li> <li>• Emite informes, y genera reportes con la información del uso de la plataforma generada por los operarios para una mejor comprensión del comide de aseguramiento de la calidad.</li> <li>• Verificación de información fiable y objetiva que sea relevante para la evaluación programada</li> <li>• Coordinación de la contratación de nuevo personal o subcontrataciones de talentos necesarios para la aplicación del proyecto.</li> <li>• Identificación de personal idóneo</li> <li>• Entrena y supervisa a cada trabajador</li> </ul>
<b>Operario (Usuario / Medico)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de informes a auditoria interna sobre los resultados de la implantación de la herramienta en cada uno de los campos (calidad, medio ambiente, seguridad y responsabilidad social).</li> <li>• Uso de la plataforma en las diferentes áreas en estudio.</li> <li>• Cumple y hace cumplir los manuales y protocolos de la plataforma</li> <li>• Aplicar correctamente la herramienta</li> <li>• Dejar</li> </ul>

### 3.1.10. PERFILES ESTRUCTURALES

A continuación se muestran los perfiles por cada puesto de la estructura que se tendrá para la implantación y uso de la plataforma de control.

Tabla 76. Perfil de junta directiva

<b>Nombre del puesto: Junta Directiva</b>	<b>Número de plazas: 3</b>
<b>Institución: Ministerio de Salud</b>	
<b>Jefe Inmediato: Jefatura de la división medica</b>	
<b>Subordinado: Comité de aseguramiento de calidad</b>	
Propósito del puesto	
<b>Los encargados de ubicar las áreas en donde se utilizara el instrumento y la toma de decisiones estratégicas para la correcta implementación de la herramienta</b>	
Perfil del puesto	
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Titulo de Doctorado en medicina o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Estudios de Especialización: Requerido</b> <b>Estudios de Sub Especialización: Requerido</b> <b>Estudios de Posgrado: Deseable</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 5 años en el sector público.</b>	

<b>Conocimiento en gestiones empresariales</b> <b>Manejo de herramientas computacionales tales como Office.</b> Características personales requeridas: <b>Sexo: Femenino o Masculino</b> <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Con criterio</b> <b>Culta</b> <b>Delegador</b> <b>Diplomática</b> <b>Dotes de mando</b> <b>Buena presentación</b> <b>Orientación al trabajo en equipo</b> <b>Objetividad e imparcialidad</b>
Función por desempeñar
<p>El papel en este equipo de trabajo que se desempeña corresponde a la unidad de coordinación de hospitales de tercer nivel del ministerio de salud.</p> <p>El equipo de trabajo en que se delegara las funciones de accionar correctamente la implementación corresponde a la Unidad de Comité de aseguramiento de la calidad, es dependiente de la junta directiva, el cual será dirigido por la junta directiva para la generación de los resultados esperados por la unidad de coordinación de hospitales del MINSAL.</p> <p>La junta directiva es la encargada de la toma de decisiones estratégicos y la planificación estratégica para la correcta implementación de la plataforma, y deciden sobre las acciones que el MINSAL debe seguir para alcanzar la excelencia en sus servicios de salud.</p>

Tabla 77. Perfil de Comité de aseguramiento de calidad

<b>Nombre del puesto: Comité de aseguramiento de calidad</b>	<b>Número de plazas: 5</b>
<b>Institución: Ministerio de Salud</b>	
<b>Jefe Inmediato: Junta Directiva</b>	
<b>Subordinado: Auditoria Interna</b>	
Propósito del puesto	
<b>La organización del uso racional de la herramienta de control y tácticas necesarias para su correcta utilización.</b>	
Perfil del puesto	
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Titulo de Doctorado en medicina o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Estudios de Especialización: Deseable</b> <b>Estudios de Sub Especialización: Deseable</b> <b>Estudios de Posgrado: Deseable</b>	



**Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.**

**Conocimiento en gestiones empresariales**

**Manejo de herramientas computacionales tales como Office.**

Características personales requeridas:

**Sexo: Femenino o Masculino**

**Buenas relaciones interpersonales**

**Capacidad de liderazgo**

**Responsable**

**Buena presentación**

**Formal**

**Dinamismo**

**Orientación al trabajo en equipo**

**Objetividad e imparcialidad**

**Autocontrol**

**Pensamiento analítico**

**Iniciativa**

**Practica**

**Función por desempeñar**

**El equipo de trabajo en que se desempeñará, corresponde a la Unidad de Comité de aseguramiento de la calidad dependiente de la junta directiva, el cual se ubica en la unidad de coordinación de los hospitales de tercer nivel del MINSAL.**

**El equipo de trabajo en que se delegara la operación de la herramienta corresponde a la unidad de auditoria interna, es dependiente del comité, el cual será organizado para la generación de los resultados esperados por la unidad de coordinación de hospitales del MINSAL.**

**El comité de aseguramiento de la calidad es la encargada de la generación de estrategias tácticas para llevar a cabo el desarrollo correcto de la implementación de la plataforma seccionada por niveles, que serán especificados como se usara la herramienta y como vamos a poner las estrategias a trabajar para tener el mayor impacto posible en la área donde será usada, y terminado con la generación de informes de resultados.**

**Para luego tomar medidas de correctivas en los puntos fuertes y débiles que resulten de la utilización de la herramienta y generar la integración de puntos clave para asegurar la mejora en los servicios de salud.**

**La Unidad de Comité de aseguramiento de la calidad está dirigida por la jefatura y 5 profesionales jefes de las áreas comunes donde se implantara la herramienta de control.**

Tabla 78. Perfil de Auditor interno

**Nombre del puesto: Auditoria Interna**

**Número de plazas: 1**

Institución: <b>Ministerio de Salud</b>
Jefe Inmediato: <b>Comité de aseguramiento de calidad</b>
Subordinado: <b>Áreas generales de los hospitales de tercer nivel</b>
Propósito del puesto
<b>La implementación correcta de la herramienta para la obtención de resultados esperados y evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel para poder garantizar la confianza de los pacientes.</b>
Perfil del puesto
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Titulo de Doctorado en medicina o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Estudios de Especialización: Deseable</b> <b>Estudios de Sub Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Posgrado: No es necesario</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.</b> <b>Conocimiento en Gestiones empresariales</b>
Características personales requeridas: <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Con carácter</b> <b>Eficaz</b> <b>Eficiente</b> <b>Entregado</b> <b>Ético</b> <b>Capacidad de negociación</b> <b>Orientación al trabajo en equipo</b> <b>Objetividad e imparcialidad</b>
Función por desempeñar
<b>El personal encargado de la auditoria será el encargado de la implementación de la plataforma en las 5 áreas generales que comparten los tres hospitales de tercer nivel, es dependiente del comité de calidad, el cual reorganizara los recursos para la implementación y la generación de resultados deseados por el MINSAL.</b>
<b>En este puesto se encarga el personal seleccionado en poner en marcha todas las estrategias operativas y todas las acciones contempladas para poder generar valor a través del uso correcto de los recursos disponibles por el MINSAL para poder generar un mejoramiento del control en las áreas de servicio para la generación de informes donde se destaque los puntos débiles que habrá que mejorar para poder encaminar el servicio a la excelencia.</b>

### 3.1.10.1. Perfil del Usuario

Tabla 79. Perfil de Calidad

**Nombre del puesto: Calidad**

**Número de plazas: 1**

Institución: <b>Ministerio de Salud</b>
Jefe Inmediato: <b>Auditoria Interna</b>
Subordinado: -
Propósito del puesto
<b>La implementación correcta de la herramienta para la obtención de resultados esperados y evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel en el campo de calidad para poder garantizar la confianza de los pacientes.</b>
Perfil del puesto
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Titulo de Doctorado en medicina o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Estudios de Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Sub Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Posgrado: No es necesario</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.</b> <b>Conocimiento en Gestiones empresariales</b> <b>Haber aprobado un curso sobre: Gestión de la Calidad ISO 9001 , Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485, Calidad de servicio, Cartas de servicio y Buenas practicas</b> <b>Manejo de herramientas computacionales tales como Office.</b>
Características personales requeridas: <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Con carácter</b> <b>Eficaz</b> <b>Eficiente</b> <b>Entregado</b> <b>Ético</b> <b>Capacidad de negociación</b> <b>Orientación al trabajo en equipo</b> <b>Objetividad e imparcialidad</b>
Función por desempeñar
<b>El personal encargado del control y evaluación del cumplimiento del campo de calidad para las 5 áreas generales que comparten los tres hospitales de tercer nivel, es dependiente del auditor interno, el cual reorganizara los recursos para la implementación y la generación de resultados deseados por el MINSAL.</b>
<b>En este puesto se encarga el personal seleccionado en coordinación con el jefe de las diferentes áreas en poner en marcha todas las estrategias operativas y todas las acciones contempladas para poder generar valor a través del uso correcto de los recursos disponibles por el MINSAL para poder generar un mejoramiento del control para la generación de informes donde se destaque los puntos débiles que habrá que mejorar para poder encaminar el servicio a la excelencia.</b>

Tabla 80. Perfil de Medio ambiente

**Nombre del puesto: Medio ambiente**

**Número de plazas: 1**

Institución: <b>Ministerio de Salud</b>
Jefe Inmediato: <b>Auditoria Interna</b>
Subordinado: -
Propósito del puesto
<b>La implementación correcta de la herramienta para la obtención de resultados esperados y evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel en el campo de medio ambiente para poder garantizar la confianza de los pacientes.</b>
Perfil del puesto
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Titulo de Doctorado en medicina o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Estudios de Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Sub Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Posgrado: No es necesario</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.</b> <b>Conocimiento en Gestiones empresariales</b> <b>Haber aprobado un curso sobre: Gestión ambiental ISO 14001 , Verificación de informes de emisiones</b> <b>Manejo de herramientas computacionales tales como Office.</b>
Características personales requeridas: <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Con carácter</b> <b>Eficaz</b> <b>Eficiente</b> <b>Entregado</b> <b>Ético</b> <b>Capacidad de negociación</b> <b>Orientación al trabajo en equipo</b> <b>Objetividad e imparcialidad</b>
Función por desempeñar
<b>El personal encargado del control y evaluación del cumplimiento del campo de medio ambiente para las 5 áreas generales que comparten los tres hospitales de tercer nivel, es dependiente del auditor interno, el cual reorganizara los recursos para la implementación y la generación de resultados deseados por el MINSAL.</b>
<b>En este puesto se encarga el personal seleccionado en coordinación con el jefe de las diferentes áreas en poner en marcha todas las estrategias operativas y todas las acciones contempladas para poder generar valor a través del uso correcto de los recursos disponibles por el MINSAL para poder generar un mejoramiento del control para la generación de informes donde se destaque los puntos débiles que habrá que mejorar para poder encaminar el servicio a la excelencia.</b>

Tabla 81. Perfil de Seguridad

<b>Nombre del puesto: Seguridad</b>	<b>Número de plazas: 1</b>
Institución: <b>Ministerio de Salud</b>	
Jefe Inmediato: <b>Auditoria Interna</b>	

Subordinado: -
Propósito del puesto
La implementación correcta de la herramienta para la obtención de resultados esperados y evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel en el campo de seguridad para poder garantizar la confianza de los pacientes.
Perfil del puesto
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Titulo de Doctorado en medicina o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Estudios de Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Sub Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Posgrado: No es necesario</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.</b> <b>Conocimiento en Gestiones empresariales</b> <b>Haber aprobado un curso sobre: Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001, Seguridad alimentaria ISO 22000, Seguridad de la información ISO 27001 ,Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales ,Protocolos BRC y BRC-IOP ,Protocolo IFS</b> <b>Manejo de herramientas computacionales tales como Office.</b>  Características personales requeridas: <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Con carácter</b> <b>Eficaz</b> <b>Eficiente</b> <b>Entregado</b> <b>Ético</b> <b>Capacidad de negociación</b> <b>Orientación al trabajo en equipo</b> <b>Objetividad e imparcialidad</b>
Función por desempeñar
El personal encargado del control y evaluación del cumplimiento del campo de seguridad para las 5 áreas generales que comparten los tres hospitales de tercer nivel, es dependiente del auditor interno, el cual reorganizara los recursos para la implementación y la generación de resultados deseados por el MINSAL.  En este puesto se encarga el personal seleccionado en coordinación con el jefe de las diferentes áreas en poner en marcha todas las estrategias operativas y todas las acciones contempladas para poder generar valor a través del uso correcto de los recursos disponibles por el MINSAL para poder generar un mejoramiento del control para la generación de informes donde se destaque los puntos débiles que habrá que mejorar para poder encaminar el servicio a la excelencia.

Tabla 82. Perfil de Responsabilidad social

Nombre del puesto: **Responsabilidad Social** Número de plazas: **1**

Institución: **Ministerio de Salud**

Jefe Inmediato: <b>Auditoria Interna</b>
Subordinado: -
Propósito del puesto
<b>La implementación correcta de la herramienta para la obtención de resultados esperados y evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel en el campo de responsabilidad social para poder garantizar la confianza de los pacientes.</b>
Perfil del puesto
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Título de Doctorado en medicina o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Estudios de Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Sub Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Posgrado: No es necesario</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.</b> <b>Conocimiento en Gestiones empresariales</b> <b>Haber aprobado un curso sobre: Gestión de la accesibilidad global, Responsabilidad Social, Gestión de ONG´S.</b> <b>Manejo de herramientas computacionales tales como Office.</b>
Características personales requeridas: <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Con carácter</b> <b>Eficaz</b> <b>Eficiente</b> <b>Entregado</b> <b>Ético</b> <b>Capacidad de negociación</b> <b>Orientación al trabajo en equipo</b> <b>Objetividad e imparcialidad</b>
Función por desempeñar
<b>El personal encargado del control y evaluación del cumplimiento del campo de responsabilidad social para las 5 áreas generales que comparten los tres hospitales de tercer nivel, es dependiente del auditor interno, el cual reorganizara los recursos para la implementación y la generación de resultados deseados por el MINSAL.</b>
<b>En este puesto se encarga el personal seleccionado en coordinación con el jefe de las diferentes áreas en poner en marcha todas las estrategias operativas y todas las acciones contempladas para poder generar valor a través del uso correcto de los recursos disponibles por el MINSAL para poder generar un mejoramiento del control para la generación de informes donde se destaque los puntos débiles que habrá que mejorar para poder encaminar el servicio a la excelencia.</b>

### 3.1.10.2. Perfil Medico

Tabla 83. Perfil de Consulta externa

<b>Nombre del puesto: Consulta Externa</b>	<b>Número de plazas: 1</b>
Institución: <b>Ministerio de Salud</b>	
Jefe Inmediato: <b>Auditoria Interna</b>	
Subordinado: -	
Propósito del puesto	
La implementación correcta de la herramienta para la obtención de resultados esperados y evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel en el proceso de atención de consulta externa en todos los hospitales del tercer nivel, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua que para poder garantizar la confianza de los pacientes.	
Perfil del puesto	
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Título de Medico General o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Personal certificación y técnico acreditado</b> <b>Estudios de Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Sub Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Posgrado: No es necesario</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.</b> <b>Conocimiento en:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacidad de resolución de situaciones de emergencia,</li> <li>• atención médica, preventiva, curativa y de rehabilitación</li> <li>• Ley de salud publica</li> <li>• Capacidad de resolución de enfermedades o situaciones de emergencia</li> <li>• Programas de prevención de riesgos del trabajo y salud preventiva</li> </ul> Características personales requeridas: <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Juicio y toma de decisiones</b> <b>Monitoreo y control</b> <b>Habilidad analítica(análisis de prioridad, criterio lógico, sentido común)</b> <b>Pensamiento conceptual</b> <b>Redactar informes médicos.</b> <b>Tratar con pacientes en situaciones adversas o favorables.</b> <b>Planificación y gestión</b>	
Función por desempeñar	
El personal encargado de brindar atención médica a los pacientes que son asignados al área de consulta externa, atendiendo y examinando a pacientes en general; a fin de preservar el bienestar y la salud de la comunidad del salvador, de acuerdo a procedimientos de asistencia médica. También se debe colaborar en el control y evaluación del cumplimiento de los campos de certificación, es dependiente del auditor interno, el cual reorganizara los recursos para la implementación y la generación de resultados deseados por el MINSAL.	

Tabla 84. Perfil de Emergencia

<b>Nombre del puesto: Emergencia</b>	<b>Número de plazas: 1</b>
--------------------------------------	----------------------------

Institución: <b>Ministerio de Salud</b>
Jefe Inmediato: <b>Auditoria Interna</b>
Subordinado: -
Propósito del puesto
<b>La implementación correcta de la herramienta para la obtención de resultados esperados y evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel en el proceso de atención de emergencia en todos los hospitales del tercer nivel, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua que para poder garantizar la confianza de los pacientes.</b>
Perfil del puesto
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Titulo de Medico General o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Personal certificación y técnico acreditado</b> <b>Estudios de Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Sub Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Posgrado: No es necesario</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.</b> <b>Conocimiento en:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacidad de resolución de situaciones de emergencia,</li> <li>• atención médica, preventiva, curativa y de rehabilitación</li> <li>• Ley de salud publica</li> <li>• Capacidad de resolución de enfermedades o situaciones de emergencia</li> <li>• Programas de prevención de riesgos del trabajo y salud preventiva</li> </ul> Características personales requeridas: <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Juicio y toma de decisiones</b> <b>Monitoreo y control</b> <b>Habilidad analítica(análisis de prioridad, criterio lógico, sentido común)</b> <b>Pensamiento conceptual</b> <b>Expresión escrita</b> <b>Planificación y gestión</b>
Función por desempeñar
<b>El personal encargado de brindar atención médica a los pacientes que son asignados al área de emergencia, atendiendo y examinando a pacientes en general; a fin de preservar el bienestar y la salud de la comunidad del salvador, de acuerdo a procedimientos de asistencia médica. También se debe colaborar en el control y evaluación del cumplimiento de los campos de certificación, es dependiente del auditor interno, el cual reorganizara los recursos para la implementación y la generación de resultados deseados por el MINSAL.</b>

Tabla 85. Perfil de Hospitalización

**Nombre del puesto: hospitalización**

**Número de plazas: 1**

**Institución: Ministerio de Salud**



Jefe Inmediato: <b>Auditoria Interna</b>
Subordinado: -
Propósito del puesto
<b>La implementación correcta de la herramienta para la obtención de resultados esperados y evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel en el proceso de atención de hospitalización en todos los hospitales del tercer nivel, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua que para poder garantizar la confianza de los pacientes.</b>
Perfil del puesto
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Titulo de Medico General o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Personal certificación y técnico acreditado</b> <b>Estudios de Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Sub Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Posgrado: No es necesario</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.</b> <b>Conocimiento en:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacidad de resolución de situaciones de emergencia,</li> <li>• atención médica, preventiva, curativa y de rehabilitación</li> <li>• Ley de salud publica</li> <li>• Capacidad de resolución de enfermedades o situaciones de emergencia</li> <li>• Programas de prevención de riesgos del trabajo y salud preventiva</li> </ul> Características personales requeridas: <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Juicio y toma de decisiones</b> <b>Monitoreo y control</b> <b>Habilidad analítica(análisis de prioridad, criterio lógico, sentido común)</b> <b>Pensamiento conceptual</b> <b>Expresión escrita</b> <b>Planificación y gestión</b>
Función por desempeñar
<b>El personal encargado de brindar atención médica a los pacientes que son asignados al área de hospitalización, atendiendo y examinando a pacientes en general; a fin de preservar el bienestar y la salud de la comunidad del salvador, de acuerdo a procedimientos de asistencia médica. También se debe colaborar en el control y evaluación del cumplimiento de los campos de certificación, es dependiente del auditor interno, el cual reorganizara los recursos para la implementación y la generación de resultados deseados por el MINSAL.</b>

Tabla 86. Perfil de Sala de operaciones

**Nombre del puesto: sala de operaciones**    **Número de plazas: 1**

**Institución: Ministerio de Salud**

Jefe Inmediato: <b>Auditoria Interna</b>
Subordinado: -
Propósito del puesto
<b>La implementación correcta de la herramienta para la obtención de resultados esperados y evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel en el proceso de atención de sala de operaciones en todos los hospitales del tercer nivel, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua que para poder garantizar la confianza de los pacientes.</b>
Perfil del puesto
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Titulo de Medico General o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Personal certificación y técnico acreditado</b> <b>Estudios de Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Sub Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Posgrado: No es necesario</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.</b> <b>Conocimiento en:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacidad de resolución de situaciones de emergencia,</li> <li>• atención médica, preventiva, curativa y de rehabilitación</li> <li>• Ley de salud publica</li> <li>• Capacidad de resolución de enfermedades o situaciones de emergencia</li> <li>• Programas de prevención de riesgos del trabajo y salud preventiva</li> </ul> Características personales requeridas: <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Juicio y toma de decisiones</b> <b>Monitoreo y control</b> <b>Habilidad analítica(análisis de prioridad, criterio lógico, sentido común)</b> <b>Pensamiento conceptual</b> <b>Expresión escrita</b> <b>Planificación y gestión</b>
Función por desempeñar
<b>El personal encargado de brindar atención médica a los pacientes que son asignados al área de sala de operaciones, atendiendo y examinando a pacientes en general; a fin de preservar el bienestar y la salud de la comunidad del salvador, de acuerdo a procedimientos de asistencia médica. También se debe colaborar en el control y evaluación del cumplimiento de los campos de certificación, es dependiente del auditor interno, el cual reorganizara los recursos para la implementación y la generación de resultados deseados por el MINSAL.</b>

Tabla 87. Perfil de Cuidados intensivos

**Nombre del puesto: cuidados intensivos    Número de plazas: 1**

Institución: <b>Ministerio de Salud</b>
Jefe Inmediato: <b>Auditoria Interna</b>
Subordinado: -
Propósito del puesto
<b>La implementación correcta de la herramienta para la obtención de resultados esperados y evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel en el proceso de atención de cuidados intensivos en todos los hospitales del tercer nivel, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua que para poder garantizar la confianza de los pacientes.</b>
Perfil del puesto
Requisitos académicos y de experiencia: <b>Preparación Académica: Titulo de Medico General o carreras afines.</b> <b>Grado Académico: Graduado Universitario</b> <b>Personal certificación y técnico acreditado</b> <b>Estudios de Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Sub Especialización: No es necesario</b> <b>Estudios de Posgrado: No es necesario</b> <b>Trayectoria laboral: Experiencia de al menos 1 año en el sector público.</b> <b>Conocimiento en:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacidad de resolución de situaciones de emergencia,</li> <li>• atención médica, preventiva, curativa y de rehabilitación</li> <li>• Ley de salud publica</li> <li>• Capacidad de resolución de enfermedades o situaciones de emergencia</li> <li>• Programas de prevención de riesgos del trabajo y salud preventiva</li> </ul> Características personales requeridas: <b>Buenas relaciones interpersonales</b> <b>Capacidad de liderazgo</b> <b>Juicio y toma de decisiones</b> <b>Monitoreo y control</b> <b>Habilidad analítica(análisis de prioridad, criterio lógico, sentido común)</b> <b>Pensamiento conceptual</b> <b>Expresión escrita</b> <b>Planificación y gestión</b>
Función por desempeñar
<b>El personal encargado de brindar atención médica a los pacientes que son asignados al área de cuidados intensivos, atendiendo y examinando a pacientes en general; a fin de preservar el bienestar y la salud de la comunidad del salvador, de acuerdo a procedimientos de asistencia médica. También se debe colaborar en el control y evaluación del cumplimiento de los campos de certificación, es dependiente del auditor interno, el cual reorganizara los recursos para la implementación y la generación de resultados deseados por el MINSAL.</b>

Se especificaron el rol a cumplir y todas las competencias que deben cumplir para poder desempeñar la función asignada.

### 3.1.11. METODOLOGÍA DE USO DE LA PLATAFORMA

La preparación es un paso obligatorio para el correcto uso de la plataforma se especificara cada fase y como debe ser el uso correcto y el tiempo esperado de cada fase.

Para el uso correcto de la Plataforma de control seccionado por niveles en las áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) es necesario apoyarnos en la metodología del uso de la herramienta, que consiste en un conjunto de actividades desglosadas del plan de acción con la finalidad de que deben ejecutarse en un marco de tiempo y recursos preestablecidos. Representa una decisión sobre el uso de recursos con el objetivo de mejorar el servicio de atención que brinda el Ministerio de Salud.

#### 3.1.11.1. Metodología

Tabla 88. Metodología de implementación

<b>CRONOLOGIA DE USO DE LA PLATAFORMA</b>			
Objetivo del proyecto	Personal calificado	Políticas y estrategias	Desarrollo del uso de la plataforma

#### 3.1.11.2. Planificación de la ejecución

La ejecución de este proyecto está enfocada en la implementación de una Plataforma de control seccionado por niveles en el MINSAL, incluyendo para dicho fin, el control de los niveles de acreditación que cumplen dichas áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel y la verificación del nivel de cumplimiento de cada campo de certificación.

#### 3.1.11.3. Objetivo del proyecto

Llevar a cabo la implementación de la herramienta de control por parte de las autoridades de la unidad de coordinación de hospitales nacionales de MINSAL en las áreas generales de los tres hospitales en evaluación, para lograr establecer las brechas y su posterior ajuste de indicadores.

Tabla 89. Lineamientos para la implementación de plataforma de control.

<b>ENTREGABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Creación de software</b>	Una vez aceptado el proyecto por los altos mandos del MINSAL se tendrá que preparar una licitación	1-Licitacion Publica 2-Propuesta

	<p>para recibir ofertas de la creación el software de control que cumpla con todos los requisitos que exige el MINSAL.</p> <p>También abarca el tiempo después que haya sido efectuada la publicación de la convocatoria respectiva, donde todos los interesados podrán presentar sus ofertas.</p> <p>En la licitación pública pueden hacerlo todas las personas que no tengan impedimentos de tipo legal para realizar el suministro, obra o servicio licitado, y que satisfaga los requerimientos de la convocatoria y de las bases respectivas.</p> <p>Los licitantes deberán examinar debidamente el documento base de licitación tomando en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se espera que los licitantes realicen una lectura y análisis cuidadoso del documento base de licitación (instrucciones, especificaciones técnicas, criterios de evaluación, formularios).</li> <li>▪ Se aplica la normativa y procedimientos de LACAP</li> <li>▪ Los plazos se entenderán como semanas calendario.</li> </ul>	<p>3-Ofertas 4-Selección de oferta 5-Recepcion de software</p>
<b>Nivel de tecnología</b>	<p>Para poder implementar la herramienta de control en el MINSAL se requiere realizar la creación de usuarios del software de control , la autoevaluación que se aplicaran las áreas generales y la solicitud para la realización de las evaluación por las autoridades de auditoria interna donde se evaluara el nivel de estándar y presentación de resultados.</p>	<p>1- Manejo del software a la medida 2-Evaluacion 3-Examinar</p>
<b>Capacitación de Personal</b>	<p>Este entregable involucra la preparación del personal que implementara la herramienta de control y todo el personal encargado de entregar los documentos e información pertinente para la realización correcta del control.</p>	<p>1- Desarrollo de personal</p>
<b>Sistema de información</b>	<p>Este entregable involucra la implementación del sistema de información, que ayuda a mejorar las comunicaciones y profundizar en los encargados de cada área en el objetivo de brindar el servicio al cliente o paciente con la mejor calidad posible.</p>	<p>1- Implementación del SIG con usuarios 2-seguimiento de SIG</p>

<b>Puesta en marcha</b>	En este apartado se realizan las respectivas gestiones y evaluaciones de la implementación y la entrega de la plataforma ya en funcionamiento a las autoridades respectivas del MINSAL	1- Resultados finales 2- Realización de balance de gastos 3- Gestión de riesgos 4- Entrega de plataforma
-------------------------	--	---

#### 3.1.11.4. Políticas Y Estrategias

##### Políticas generales

- El compromiso de la fiabilidad de los resultados
- El compromiso de brindar atención de calidad
- Implementación de sistemas de mejora continua

**Las acciones que nos ayudaran a seguir las líneas generales son básicamente tres:**

- Evaluación continua
- Formación de recurso humano
- Divulgación de avance

#### 3.1.11.5. Actividades y esquema CPM

##### Actividades por paquetes de trabajo

Tabla 90. Actividades en la licitación para la creación del software a la medida

<b>Creación del software</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>A. Licitación</b>	<p>Una vez aceptado el proyecto por los altos del MINSAL se tendrá que preparar una licitación para recibir ofertas de la creación del software de control que cumpla con todos los requisitos que exige el MINSAL.</p> <p>La licitación Pública es un procedimiento administrativo de preparación de la voluntad contractual, por el que un ente público en este caso el MINSAL en ejercicio de la función administrativa invita a los interesados para que, sujetándose a las bases fijadas en el pliego de condiciones, formulen propuestas de entre las cuales seleccionara la más conveniente.</p>
<b>B. Propuestas</b>	<p>Este es el plazo que se les brinda a los licitadores que son todas las persona física o jurídica que quiera participar la licitación y que puedan estudiar la obra y servicio licitado que exige el MINSAL, para que pueda redactar su oferta que es presentado en un lugar y día indicado.</p> <p>La creación de las ofertas es un proceso que puede ser ya sea desorganizado y caótico, o por el contrario, ordenado y sistemático.</p>

	<p>¡La redacción de una propuesta es una empresa demoníacamente compleja! Y es porque, entre otras cosas, es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Expresar cómo se soluciona la necesidad del cliente, a la vez que se debe demostrar que tal solución supera de manera significativa los planteamientos de la competencia.</li> <li>-Limitar en ocasiones la extensión de la presentación, ya sea en cantidad de páginas o de palabras.</li> <li>-Abordar un tema de gran complejidad técnica.</li> <li>-A veces, hay que reparar la propuesta en una reducida disponibilidad de tiempo.</li> </ul>
<b>C. Ofertas</b>	Se refiere a la respuesta del Licitante a la Invitación a Licitación, e incluirá el Formulario de Presentación de la Oferta, el Formulario de Oferta Técnica, el Formulario de Oferta Económica y toda otra documentación pertinente que se requiera en los términos de referencia.
<b>D. Selección de oferta</b>	Después de recibir y evaluar las ofertas, se evaluarán en los aspectos técnicos y económicos para su posterior calificación y seleccionar a la oferta que brindará mayor beneficio al MINSAL con la creación del Software.
<b>E. Recepción de Software</b>	Es la entrega del software a la medida que cumpla con todos los requerimientos que el MINSAL haya expuesto.

Tabla 91. Actividades en el manejo de uso del software a la medida

<b>Manejo de usuarios del software</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>F. Manejo del software</b>	Para que cada usuario con el nivel jerárquico mínimo pueda acceder al programa y sus resultados. También para que el personal encargado de implementar la plataforma pueda realizar las actividades y procesos que le corresponden en sus funciones de trabajo, es necesario que cuenten con un "usuario" y una contraseña para poder acceder al sistema. El administrador del sistema será el encargado de crear los perfiles para cada encargado de la evaluación en cada área general de los tres hospitales de tercer nivel. Este encargado será elegido por la Unidad de Dirección del Tercer nivel del MINSAL.
<b>G. Autodiagnóstico</b>	En esta actividad se le pedirá un autodiagnóstico a cada área en la que utilizara la herramienta, esto permitirá que cada jefe pueda detectar ineficiencias e identificar los puntos que requieren mejoras. Esto permitirá a cada jefe de área conocer sus carencias o faltantes en los diversos servicios que brinda.

<b>H. Solicitar evaluación</b>	Después de obtener los resultados de esta actividad se tendrá una situación inicial donde se podrá solicitar la evaluación a las autoridades, donde la junta directiva compuesta por la unidad de dirección de hospitales pueda trabajar para la generación de estrategias que encaminen el servicio a la excelencia.
--------------------------------	---

Tabla 92. Actividades en el desarrollo de la evaluación

<b>Evaluación</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>I. Establecer nueva situación actual</b>	Para cumplir esta actividad se realiza la evaluación correspondiente en el área en estudio por el encargado de auditoría interna, teniendo como base los resultados generados por la autoevaluación que se realizó con anterioridad.  Esto permitirá conocer con mayor precisión la situación actual de la empresa. Y se podrá tener un claro entendimiento del entorno de actuación que se debe de tener en el área en evaluación. Dando como resultado un informe de evaluación de resultados.
<b>J. Nuevas metas</b>	Después de la realización de la evaluación, se tiene la información necesaria para poder visualizar la brecha que se tiene en la comparación de la situación actual a la situación esperada, que se quiere alcanzar en el estudio, se tendrá la creación de nuevas metas para que se pueda alcanzar la situación esperada en las áreas de estudio.
<b>K. Ajuste de estándares</b>	Después de la generación de nuevas metas se establecen los métodos adecuados que permitan el cumplimiento y superación de expectativas esperadas para la reducción de la brecha entre la situación actual y la situación propuesta.

Tabla 93. Actividades de trabajo de Examinar

<b>Examinar</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>L. Programar control semanal con reuniones de jefaturas</b>	Esta reunión semanal será para identificar problemas ocurridos sobre el uso de los manuales y la herramienta.
<b>M. Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados</b>	Esta reunión mensual será para determinar el funcionamiento general de los manuales a través de los resultados obtenidos.

Tabla 94. Actividades en la implementación del SIG

<b>Implementación del SIG</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>N. Definir el uso y</b>	En esta actividad la Unidad de dirección de tercer nivel del MINSAL



<b>participantes del SIG</b>	deberá definir quiénes serán los que usen el SIG y la metodología del mismo.
<b>O. Programar reunión para entrega del SIG</b>	La Unidad de dirección de tercer nivel del MINSAL enviará la invitación de carácter obligatorio a todas las jefaturas vía correo sobre la implementación del SIG.
<b>P. Llevar a cabo reunión de implementación</b>	En esta reunión la Unidad de dirección de tercer nivel del MINSAL explicará el uso y le metodología del SIG a los participantes.

Tabla 95. Actividades del seguimiento del SIG

<b>Seguimiento del SIG</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>Q. Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas</b>	Esta reunión semanal será para identificar problemas ocurridos sobre el uso del manual y actividades del sistema de información.
<b>R. Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados</b>	Esta reunión mensual será para determinar el funcionamiento general del sistema de información gerencial.

Tabla 96. Actividades del Desarrollo de personal

<b>Desarrollo de personal sobre plataforma</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>
<b>S. Invitar al personal correspondiente</b>	La Unidad de dirección de tercer nivel del MINSAL será quien envíe los correos de invitación al personal que recibirá la capacitación. El tiempo estimado de la capacitación deberá ser máximo 3 horas.
<b>T. Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes</b>	Todos los participantes de la capacitación deberán recibir los manuales y material de apoyo correspondiente a la capacitación que recibirán, estos deberán de ser entregados por el personal que estará encargado de las capacitaciones.
<b>U. Control de capacitación</b>	Todos los participantes de la capacitación deberán participar en la evaluación efectiva de la capacitación en cuanto a su impacto en los resultados globales proyectados por el MINSAL.

Tabla 97. Actividades de Puesta en marcha

<b>Puesta en marcha</b>	
<b>Actividad</b>	<b>Descripción</b>

<b>V. Resultados finales</b>	Esta actividad consiste en documentar de manera sistemática todo lo realizado a la fecha de entrega realizando un enfoque comparativo respecto a lo planificado previamente.
<b>W. Realización de balance de gastos</b>	<p>En esta actividad se hará un reporte, donde se proporcionarán los datos financieros en forma de balance respecto a cierre del proyecto. Se calcularán las desviaciones con respecto a la estimación del presupuesto del proyecto.</p> <p>El documento económico en forma de informe, resumirá los datos contables más significativos del proyecto, permitiendo así que una persona ajena al mismo pueda hacerse una idea del panorama general del mismo.</p>
<b>X. Gestión de Riesgos</b>	La gestión de riesgos es un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza, a través de una secuencia de actividades humanas que incluyen la identificación, el análisis y la evaluación de riesgo, para luego establecer las estrategias para su tratamiento, utilizando recursos gerenciales.
<b>Y. Entrega de la plataforma</b>	Esta actividad consiste en la respectiva entrega de la plataforma seccionada por niveles ya en funciones, finalizando así el proyecto.

### Matriz de precedencia

La matriz de precedencia es establecer la interdependencia de los paquetes de trabajo con el propósito de establecer la secuencia lógica de la ejecución del proyecto. Para este proyecto de la implementación de la plataforma normativa se presenta la siguiente matriz:

Tabla 98. Matriz de precedencia

PAQUETE DE TRABAJO	DE	COD	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	PRECEDENCIA
Creación software	del	A	Licitación	-
		B	Propuestas	A
		C	Ofertas	B
		D	Selección de oferta	C
		E	Recepción de Software	D
Manejo usuarios software	de del	F	Crear usuarios necesarios para la utilización del software	E
		G	Autodiagnóstico	F
		H	Solicitar evaluación	G,U
Evaluación		I	Establecer nueva situación actual	H
		J	Nuevas Metas	I
		K	Ajustes de estándares	J,M,R
Examinar		L	Programar control semanal con reuniones de jefaturas	G,U
		M	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	L

Implementación del SIG	N	Definir el uso y participantes del SIG	F
	O	Programar reunión para entrega del SIG	N
	P	Llevar a cabo reunión de implementación	O
Seguimiento del SIG	Q	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	P
	R	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Q
Desarrollo de personal sobre plataforma	S	Invitar al personal correspondiente	.
	T	Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	S
	U	Control de capacitación	T
Puesta en marcha	V	Resultados finales	K
	W	Realización De Balance De Gastos	V
	X	Gestión de riesgos	W
	Y	Entrega de la plataforma	X

### Gantt del Proyecto

#### **Cronograma de actividades**

A continuación, se presenta un cronograma de actividades adaptado a las necesidades actualizadas de tiempo en forma de calendario de trabajo, en el cual se detalla que actividades se realizarán y las fechas de inicio y finalización planificada de las mismas, siendo la unidad de medida de tiempo una semana.

#### **Cronograma de actividades de la implementación**

Tabla 99. Cronograma de actividades de la implementación

N°	Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización
	Tiempo de implantación	Semana 1	Semana 24
<b>Creación del software</b>			
A	Licitación	Semana 1	Semana 2
B	Propuestas	Semana 2	Semana 5
C	Ofertas	Semana 5	Semana 6
D	Selección de oferta	Semana 6	Semana 7
E	Recepción de Software	Semana 7	Semana 8
<b>Manejo de usuarios del software</b>			
F	Crear usuarios necesarios para la utilización del software	Semana 8	Semana 10
G	Autodiagnóstico	Semana 10	Semana 13
H	Solicitar evaluación	Semana 13	Semana 14
<b>Evaluación</b>			
I	Establecer nueva situación actual	Semana 14	Semana 17
J	Nuevas Metas	Semana 17	Semana 18

<b>K</b>	Ajustes de estándares	Semana 18	Semana 20
<b>Seguimiento</b>			
<b>L</b>	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 10	Semana 11
<b>M</b>	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 11	Semana 12
<b>Implementación del SIG</b>			
<b>N</b>	Definir el uso y participantes del SIG	Semana 10	Semana 11
<b>O</b>	Programar reunión para entrega del SIG	Semana 11	Semana 12
<b>P</b>	Llevar a cabo reunión de implementación	Semana 12	Semana 13
<b>Seguimiento del SIG</b>			
<b>Q</b>	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 13	Semana 14
<b>R</b>	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 14	Semana 15
<b>Desarrollo de personal sobre plataforma</b>			
<b>S</b>	Invitar al personal correspondiente	Semana 8	Semana 9
<b>T</b>	Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	Semana 9	Semana 10
<b>U</b>	Control de auditoría	Semana 10	Semana 11
<b>Puesta en marcha</b>			
<b>V</b>	Resultados finales	Semana 20	Semana 21
<b>W</b>	Realización De Balance De Gastos	Semana 21	Semana 22
<b>X</b>	Gestión de riesgos	Semana 22	Semana 23
<b>Y</b>	Entrega de la plataforma	Semana 23	Semana 24

Para una mejor visualización del cronograma se incluye a continuación un diagrama Gantt.

Gráfico 10. Diagrama Gantt de cronograma de actividades de la implementación

N. °	Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización																												
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	
	Tiempo de implantación	Semana 1	Semana 24																												
<b>Creación del software</b>																															
A	Licitación	Semana 1	Semana 2																												
B	Propuestas	Semana 2	Semana 5																												
C	Ofertas	Semana 5	Semana 6																												
D	Selección de oferta	Semana 6	Semana 7																												
E	Recepción de Software	Semana 7	Semana 8																												
<b>Manejo de usuarios del software</b>																															
F	Crear usuarios necesarios para la utilización del software	Semana 8	Semana 10																												
G	Autodiagnóstico	Semana 10	Semana 13																												
H	Solicitar evaluación	Semana 13	Semana 14																												
<b>Evaluación</b>																															
I	Establecer nueva situación actual	Semana 14	Semana 17																												
J	Nuevas Metas	Semana 17	Semana 18																												





### 3.1.12. ELEMENTOS A EVALUAR DENTRO DE LA PLATAFORMA

Los elementos a evaluar son el total de indicadores que forman la plataforma pero esos indicadores pertenecen a una área específica ya sea hospitalización, emergencia, cuidados intensivos y consulta externa, cada área tendrá aspectos evaluativos como la calidad, medio ambiente, seguridad y responsabilidad social, cada indicador dentro de estos aspectos estará clasificado por su importancia ya sea en básicos, intermedios o avanzados, estas categorías ayudaran a ubicar nuestro rendimiento en un nivel específico que pertenecerá a los niveles de control de la herramienta.

Los niveles de control son el régimen al cual se someterán todos los requisitos por cada campo siendo clasificados por secciones según sea el peso del indicador y así poder estimar que tan alto o bajo es el rendimiento por cada campo.

La clasificación de los niveles depende de dos variables:

- Nivel del indicador
- Nivel de cumplimiento

Estas dos variables son la forma de establecer un lugar específico para los resultados, es decir cada indicador pertenece a distintos grupos que los separan uno de otro, los grupos son los siguientes:

- Grupo I “BASICO”
- Grupo II “INTERMEDIO”
- Grupo III “AVANZADO”

Todos los indicadores que están siendo evaluados pertenecen a grupos los cuales están diferenciados por la relevancia e importancia que poseen en el procedimiento médico por el que pasa cada paciente según sea el área en que se encuentra:

- Básico: Son los criterios con los que se controlan las evidencias que contemplan aspectos de la atención del profesional relacionados con las atenciones básicas, los derechos consolidados de los pacientes, control del estado actual del servicio, la personalización de los cuidados y los elementos estratégicos.
- Intermedio: Son los criterios que contemplan, con mayor grado de exigencia, aspectos de la atención el profesional relacionados con los derechos consolidados de los ciudadanos, la personalización de los cuidados.
- Avanzado: Evidencias que convierten al campo en referente para el resto de la unidad en el ámbito gerencial y en aspectos de mejora continua para el aumento de la calidad del servicio.

Estos grupos y sus diferentes escalas generan los “Niveles del indicador” resultados específicos que nos ayudan a determinar fallos en la parte alta, media o baja del procedimiento y saber atacar las prioridades que necesita la institución, para la clasificación que buscamos como institución existen tres niveles de cumplimiento que se mencionaron anteriormente los cuales se llamaron:



- Nivel 1 “Avanzado”
- Nivel 2 “Experto”
- Nivel 3 “Excelente”

La mejora continua debe ser ley en todo lugar que ofrezca un servicio necesario para la población en este caso la salud, sabemos que es difícil cumplir al 100% todas las metas pero siempre hay un punto óptimo para el buen funcionamiento, estos tres niveles nos ayudan a ubicar nuestro servicio en los puntos óptimos que buscamos escalar con el tiempo, los lineamientos son los siguientes:

- El mínimo a cumplir para cada nivel es el 60% ya que no se puede ofrecer servicios de calidad en salud sin establecer un porcentaje mínimo, así aseguramos que la atención no sea ineficiente pero si con mucho por mejorar.
- El nivel 1 “Avanzado” tiene por obligación cumplir el mínimo establecido por la institución el 60% de los tres grupos.
- El nivel 2 “Experto” establece que se debe cumplir un 60% de los indicadores básicos, un 70% de los indicadores intermedios y un 70% de los indicadores avanzados.
- El nivel 3 “Excelente” establece que se debe cumplir un 60% de los indicadores básicos, un 70% de los indicadores intermedios y un 80% de los indicadores avanzados.

Estos resultados nos indicaran que tan preparados estamos como institución para poder aspirar a una acreditación y una posterior certificación, se presenta la tabla que ayudara a ubicar nuestro rendimiento.

Tabla 100 Rendimiento.

		NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
		NIVEL 1 AVANZADO	NIVEL 2 EXPERTO	NIVEL 3 EXCELENTE
NIVEL DEL INDICADOR	Grupo I (BASICO)	60%	60%	60%
	GRUPO II (INTERMEDIO)	60%	70%	70%
	GRUPO III(AVANZADO)	60%	70%	80%

### 3.1.13. COORDINACIÓN DEL FLUJO DE LA PLATAFORMA

El uso de la plataforma es el paso final en el flujo de la herramienta ya que se necesita de estrategias y tácticas clara para obtener los resultados esperados.

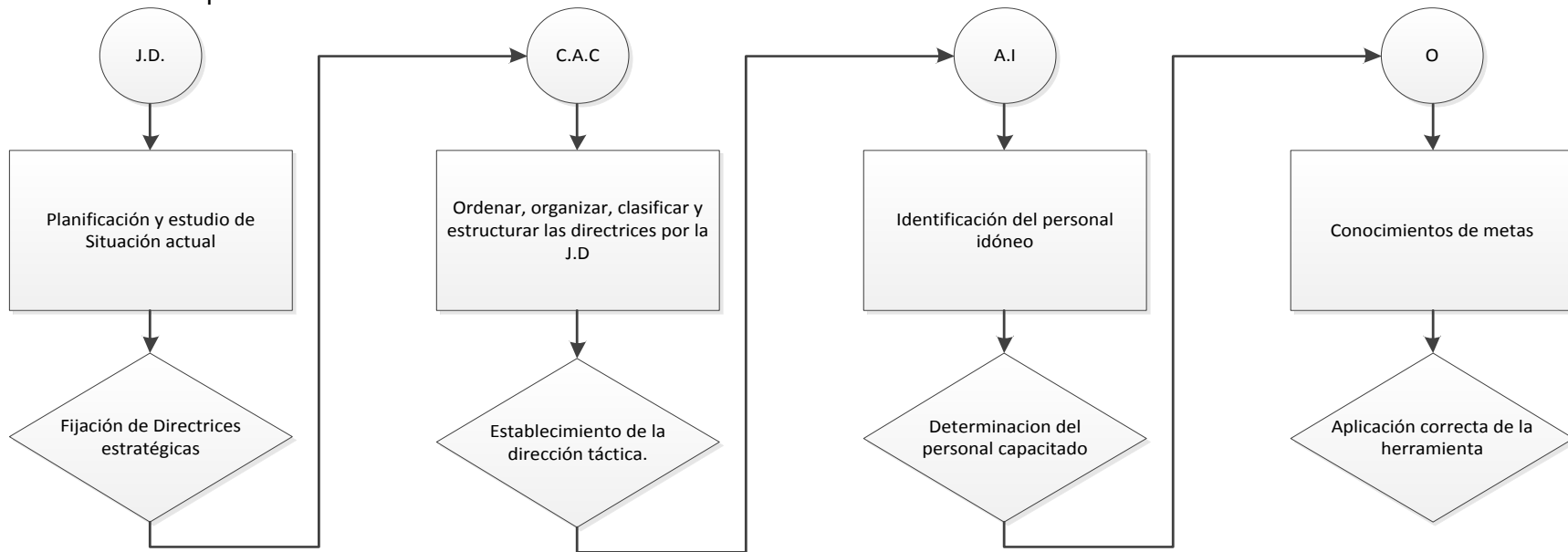


Imagen 28 diagrama de flujo

#### Nomenclatura.

- ✓ J.D: Junta directiva
- ✓ C.A.C: Control y Aseguramiento de la Calidad
- ✓ A.I: Auditoría Interna
- ✓ O: Operarios

La coordinación será la base para el funcionamiento óptimo de la plataforma.

### 3.1.14. INTEGRACIÓN

La integración es la fase donde la estrategia y la táctica convergen para poder aumentar su rendimiento, buscando el método más eficiente para poder ajustar los estándares.

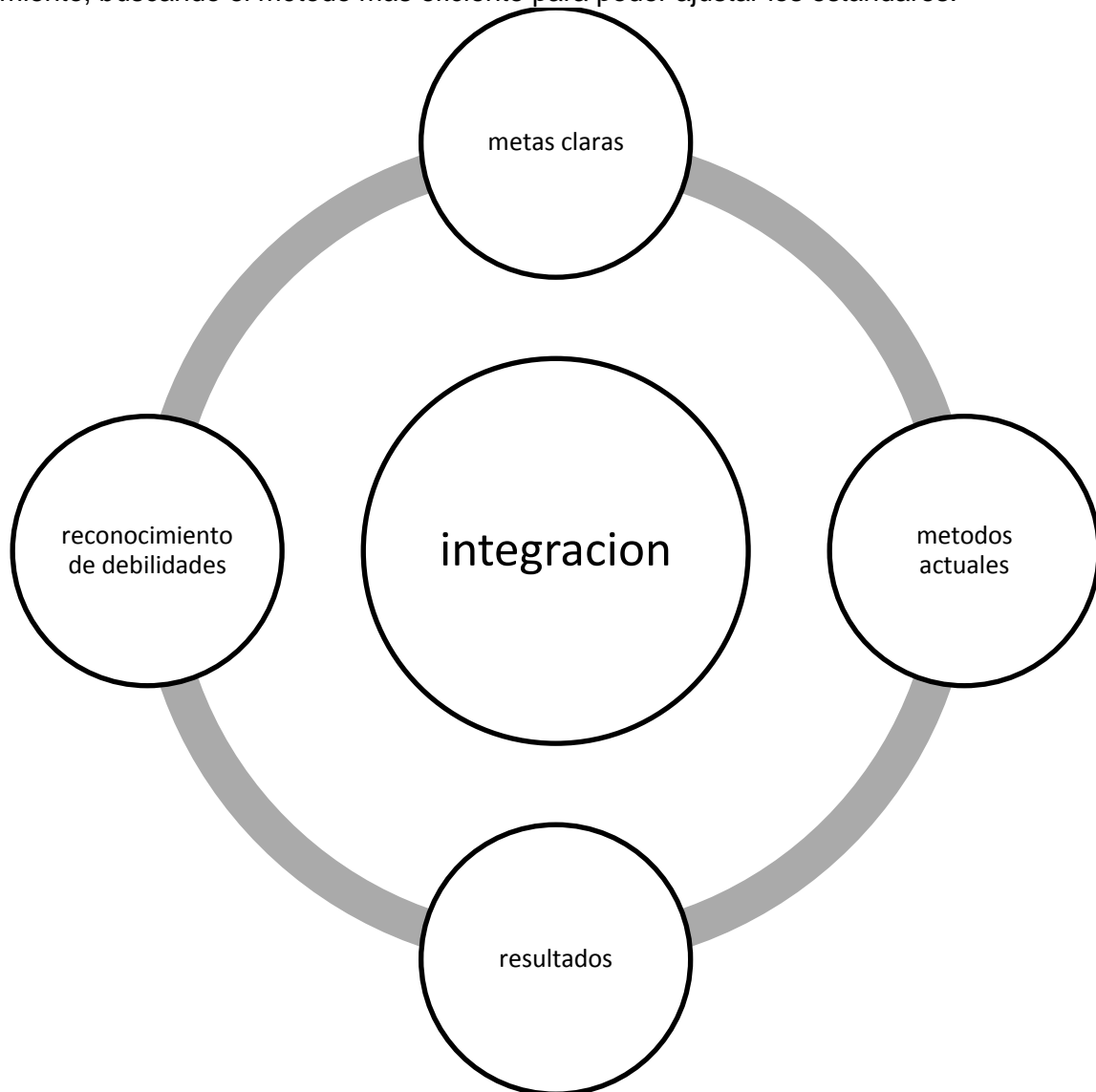


Imagen 29. Figura ciclo de integración.

La adaptación al cambio siempre será el paso más difícil en cualquier organización o institución ya que se necesita de métodos claros y la voluntad humana para alcanzar los nuevos objetivos establecidos, en nuestro caso no existe mucha complejidad con las personas idóneas al mando.

Lineamientos de integración:

- Establecer metas claras
- Métodos actuales eficientes

- Resultados específicos
- Reconocimiento de debilidades

Son 4 lineamientos claros para poder sumar la fase de integración al proceso del ciclo administrativo, la integración es un factor que no se puede dejar de lado ya que todo proyecto necesita avanzar con el tiempo.

En cualquier empresa, organización e institución se busca mantener un mínimo de control, saber implementar etapas organizativas es imprescindible, para que los procesos funcionen de una forma estable y se desarrolle un conocimiento corporativo capaz de ser trasladado entre los distintos profesionales de la empresa, a través de la jerarquía y niveles, la integración del proceso administrativo permite distribuir el trabajo entre los miembros del grupo, para establecer y reconocer las relaciones necesarias que permitan desempeñar los objetivos que se han prefijado, y es que, la integración no solo es una etapa más del proceso administrativo, sino que por sí misma adquiere una importancia esencial al proporcionar los métodos necesarios para que se puedan realizar las actividades de manera eficiente, en definitiva la integración será responsabilidad de los dos niveles que pueden tomar decisiones el estratégico y el táctico, que se encargaran de medir los avances que se logren a través del tiempo y maximizar los pasos hacia la búsqueda de la calidad y la excelencia.

### 3.1.15. MANTENIMIENTO DE PUNTOS FUERTES Y FORTALECIMIENTO DE PUNTOS DÉBILES

El análisis interno tiene como objetivo descubrir sus fortalezas y debilidades, la organización en si misma puede pensarse como un ente que posee un ambiente o entorno en el cual los empleados están inmersos, se necesitara la creación de un FODA cada vez que se obtengas los resultados para poder establecer las brechas que debemos reducir y aumentar nuestros puntos fuertes.



Imagen 30. representación de un FODA.

El FODA será la herramienta a usar para el mantenimiento de puntos fuertes y fortalecimiento de los puntos débiles ya que no solo brinda un análisis interno, sino que toma en cuenta los factores externos para elaborar estrategias que nos permitan aprovechar nuestras oportunidades y tomar en cuenta las amenazas del ambiente exterior.

### 3.1.16. DIRECCIÓN

La dirección como etapa del proceso administrativo comprende la influencia de los altos mandos en la realización de planes, obteniendo una respuesta positiva de sus operarios mediante una buena comunicación, la supervisión y la motivación.

La planeación y la organización están dirigidas a metas médicas y administrativas, la dirección es el gestor responsable de asegurar que todos los integrantes del equipo conozcan su rol y sepan ejecutarlo, darle los manuales necesarios para que logren completar su tarea, que cuenten con los medios necesarios y disponibles para hacerlo y con la información necesaria para comprender el alcance y las limitaciones de cada tarea y actividad en la que han sido asignados, la dirección debe afrontar ciertos desafíos que deben cumplir:

- Terminar dentro del plazo establecido
- No exceder el presupuesto designado
- Ofrecer resultados de calidad
- Cumplir las expectativas

Estos desafíos deben ser alcanzados por medio de la dirección como podemos observar no son retos sencillos pero con el personal idóneo y la claridad y división de órdenes se puede llegar a cumplir con todos ellos.

### 3.1.17. METAS MÉDICAS (MAPA ESTRATÉGICO)

Las metas médicas estarán bajo un control, este control tendrá pilares fundamentales la alineación de los planes, la visión y misión de la institución, el enfoque correcto del proyecto y por último los resultados y comparación en el tiempo.

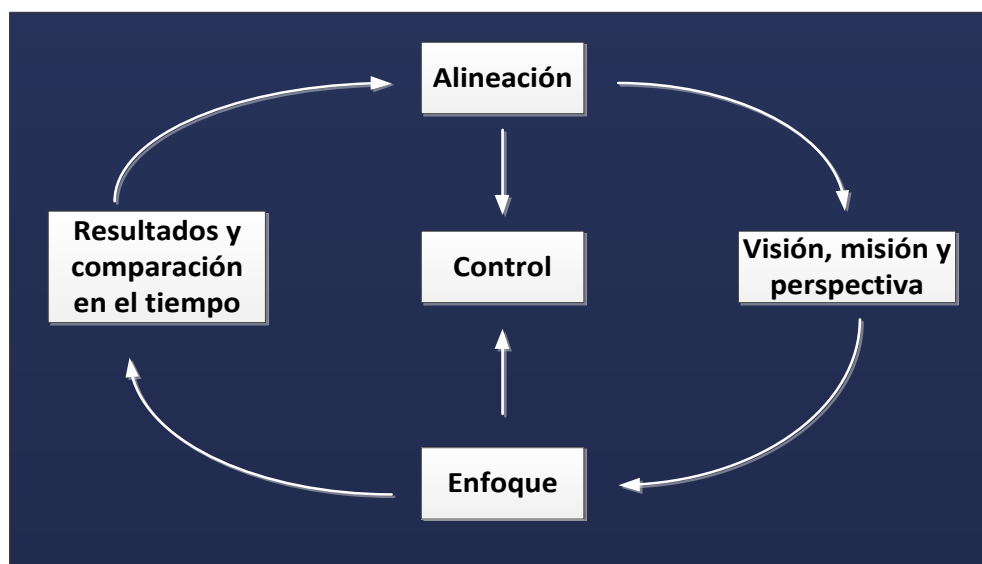


Imagen 31.mapa estratégico.

Este mapa estratégico define la manera cíclica en que se desarrollara el funcionamiento de la herramienta, dejando claro que la dirección debe contar con la alineación de los planes, sin dejar de lado la visión y la misión de la institución, con el enfoque adecuado para poder orientar los resultados hacia lo que se busca.

Se presentaran las tareas elementales para poder cumplir con las metas médicas que deseamos obtener.

### **3.1.18. TAREAS ELEMENTALES**

Las tareas elementales son sencillas pero indispensables, ya que son las que ayudaran al cumplimiento de los objetivos de la herramienta.

- ✓ Monitorios trimestrales
  - El establecimiento de 4 puntos de control en el año será la pauta para mejorar en lapsos de tiempo definidos.
- ✓ Evaluaciones anuales
  - Los ajustes difícilmente se podrán llevar acabo trimestralmente pero si se pueden ir obteniendo directrices trimestrales que den la pauta para poder ajustar de la mejor manera los indicadores representativos anualmente.

Estas dos tareas son de prioridad para poder actualizar:

- ✓ La alineación
- ✓ La perspectiva de la Visión y Misión
- ✓ El enfoque
- ✓ Ajuste de resultados en comparación con el tiempo

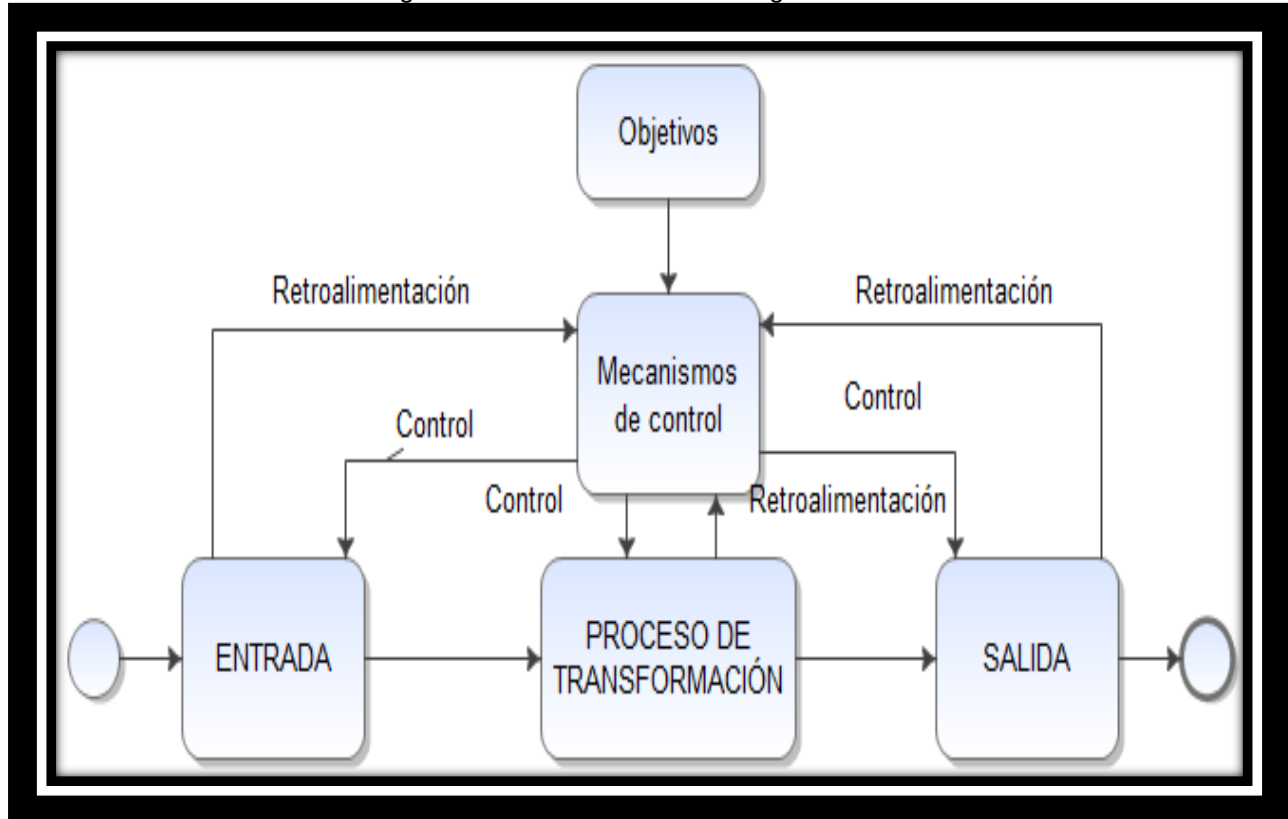
El enlace que cumplen estas 4 estrategias es directamente proporcional para ayudar a cumplir los objetivos específicos de la herramienta.

### **3.1.19. CONTROL**

El control es el proceso que usan los administradores para asegurarse de que las actividades realizadas se corresponden con los planes, el control evalúa la eficacia del resto de las funciones administrativas, el control incluye todas las actividades que se emprenden para garantizar que las operaciones reales coincidan con las operaciones planificadas.

### 3.1.20. SISTEMA DE CONTROL

Imagen 32. sistema de información gerencial

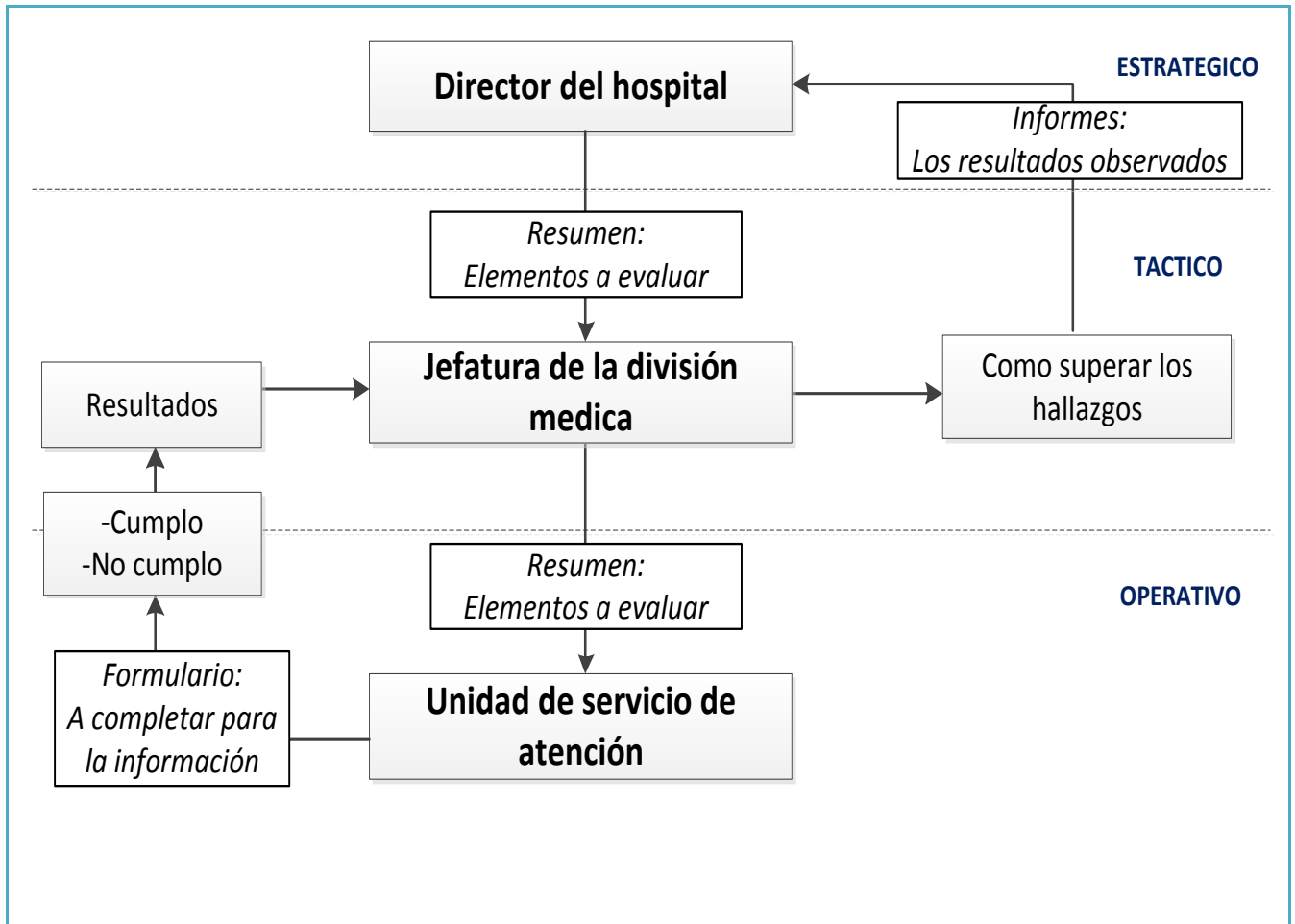


Para que los gerentes puedan tomar las decisiones convenientes, es necesario contar con una adecuada y oportuna comunicación de objetivos y resultados, a través de la organización. Dicha comunicación se realiza mediante reportes que pueden ser emitidos periódicamente o en forma expresa, en la cual se incluye la información pertinente para cada nivel de decisión. Un sistema de información gerencial adecuado deberá producir los reportes jerárquicamente, empezando con reportes detallados de las operaciones en el nivel de la gerencia operacional sintetizando la información conforme se asciende en la estructura organizativa, lo que obliga a definir las necesidades de información de los diferentes usuarios.

#### 3.1.20.1. Metodología general del SIG

Flujo de información desde el nivel operativo hasta el nivel estratégico en el MINSAL

Imagen 33. Flujo de información del Sistema de Información Gerencial



En definición este será el SIG que estará encargado de facilitar el flujo y control de la información, más adelante se explicara el desarrollo de esta útil herramienta en la plataforma.

### 3.1.21. PUNTOS DE CONTROL (MATRIZ)

El establecimiento de los puntos de control será exclusivamente para los involucrados en la planeación, control, designación y uso de la plataforma, ya que debemos conocer en qué punto los informes de resultados varían o presentan alguna anomalía.



Tabla 101. Matriz de control

Elementos evaluativos			Cronograma		Lineamientos		
Responsable /Nivel jerárquico	Área	Campo o criterio	Inicio	Final	Avance	Indicador	Observación

La matriz de control se compone de 3 variables generales que contienen los elementos funcionales que posee la herramienta:

- Elementos evaluativos
  - Responsable/Nivel jerárquico: especifica el cargo que tiene en la estructura organizativa
  - Área: especifica a que área pertenece la evaluación Hospitalización, Consulta externa, Emergencia, Cuidados intensivos y Sala de operación
  - Campo o criterio: especifica que campo se evalúa calidad, medio ambiente, seguridad y responsabilidad social
  
- Cronograma
  - Inicio: marca el comienzo de la evaluación
  - Final: marca el acabamiento de la evaluación
  
- Lineamientos
  - Avance: especifica el grado de avance que tuvieron los resultados ya sea favorable o desfavorable, creciente o decreciente.
  - Indicador: especifica el indicador representativo por área y campo evaluado(ver tabla de indicadores)

Estas 3 variables serán la herramienta para establecer puntos de control en secciones y tiempo determinado y con su respectivo indicador representativo que ayudara a medir el avance que se busca.

Se presenta la tabla de los indicadores representativos

Tabla 102. indicadores representativos

<b>Áreas generales</b>		<b>Indicadores Representativos</b>
<b>Consulta Externa</b>		-Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos, -Programa de atención a los malos tratos -Indicador de consulta externa -Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados
<b>Emergencia</b>		-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados - Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas --Existe un protocolo para la identificación de pacientes
<b>Hospitalización</b>		--Existe un protocolo para la identificación de pacientes --Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras, -Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.
<b>Sala de operaciones</b>	<b>de</b>	-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes -Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando -Monitorización de procesos,
<b>Unidad de Cuidados Intensivos</b>	<b>de</b>	-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos -Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados -Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados

#### Nomenclatura

- ✓ Responsable
  - Junta directiva
  - Comité y aseguramiento de la calidad
  - Auditoría interna
  - Operarios
- ✓ Nivel jerárquico
  - Estratégica
  - Táctica
  - Operativa
- ✓ Área
  - Consulta externa
  - Hospitalización

- Emergencias
- Cuidados intensivos
- Sala de operaciones
- ✓ Campo o criterio
  - Calidad
  - Medio ambiente
  - Seguridad
  - Responsabilidad social
- ✓ Cronograma de fechas
  - Inicio de evaluación
  - Final de evaluación
- ✓ Avance
  - Creciente
  - Decreciente
- ✓ Indicadores
  - Indicador representativo del área general

La matriz de control favorecerá en la identificación de problemas en los informes de los resultados ya sea en la parte estratégica, táctica u operativa también a poder ubicar en que parte del proceso los resultados individuales afectan al resto.

## **3.1.22. CAPACITACIÓN HUMANA**

### **3.1.22.1. Capacitación y Desarrollo del Personal**

La actividad de capacitación está orientada hacia la inducción al puesto de trabajo para el personal del MINSAL, en donde se prepara al personal encargado de la implantación de la herramienta de control y su seguimiento, se debe especificar que de acuerdo con el puesto de trabajo cuáles son sus responsabilidades junto con el jefe inmediato y los objetivos de trabajo en base al cumplimiento de los cuales se realizará su evaluación de desempeño.

Se capacitará a los operarios y personal que serán los encargados del manejo y uso de la plataforma de control en general , también tendrán a su cargo los procedimientos de seguimiento que se deben de efectuar después de haber obtenido los resultados de la herramienta; posteriormente se brindará capacitación sobre los puntos fuertes y débiles que se pueden encontrar una vez aplicada la herramienta y cómo se pueden mejorar, entre otras capacitaciones técnicas que se impartirán de acuerdo con las necesidades didácticas que la herramienta exige para su correcta comprensión y aplicación, y también conforme avance el tiempo se tendrá que mantener capacitado y preparado a los nuevos integrantes en el área de aplicación de la calidad del MINSAL.

Otro aspecto importante dentro de los procesos de Recursos Humanos son los planes de Desarrollo para el personal, los cuales consisten en la identificación de los candidatos que serán los encargado de poner en practica la plataforma de control y que requieren planes de capacitación específicos para el manejo correcto de la herramienta , logrando así una correcto cumplimiento de sus funciones, se necesitaría un refuerzo en habilidades técnicas que permitan al empleado estar preparado para ejercer un nuevo puesto de auditor interno

dentro del MINSAL, para los empleados de alto rendimiento que no ocupan niveles de jefatura.

El tipo de capacitaciones orientadas al desarrollo del personal incluirán los siguientes temas:

1. Gestión empresarial
2. Gestión de la Calidad
3. Gestión Ambiental
4. Gestión de seguridad y salud laboral
5. Gestión en la Responsabilidad Social
6. Uso de Plataforma

A continuación, se presenta el detalle de las capacitaciones que se llevarán a cabo en el MINSAL:

Tabla 103. Capacitación de gestión empresarial

<b>Tema: Gestión empresarial</b>		
<b>Objetivo:</b> Infundir en el personal las aptitudes necesarias para el desarrollo de la iniciativa y creatividad en las estrategias de calidad con el fin de la correcta implementación de la plataforma para llevar a los hospitales de tercer nivel a un servicio de excelencia.		
<b>Duración:</b> 3 horas	<b>Ponentes:</b> Ing. Roberto Rodas	<b>Costo:</b> \$300.00
<b>Cantidad de personas en capacitación:</b> 5 personas	<b>Puestos a los que va dirigida la capacitación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditor Interno</li> <li>• Operario de Calidad</li> <li>• Operario de Medio ambiente</li> <li>• Operario de Seguridad</li> <li>• Operario de Responsabilidad Social</li> </ul>	
<b>Contenido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases de toda empresa de servicios</li> <li>• Requerimientos de cumplimiento del MINSAL</li> <li>• Planificación</li> <li>• Organización</li> <li>• Dirección</li> <li>• Control</li> <li>• Herramienta</li> </ul>		
<b>Recursos necesarios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cañón</li> <li>• Laptop</li> <li>• Presentación de diapositivas</li> <li>• Material Didáctico</li> <li>• Diploma de reconocimiento</li> </ul>		

Tabla 104. Capacitación de gestión de calidad

<b>Tema: Gestión de la Calidad</b>		
<b>Objetivo:</b> Conocer las diferentes herramientas que de gestión de Calidad que se utilizaran en esta iniciativa y lograr una correcta implementación de la plataforma para llevar a los hospitales de tercer nivel a un servicio de excelencia.		
<b>Duración:</b> 3 horas	<b>Ponentes:</b> Ing. Roberto Rodas	<b>Costo:</b> \$300.00
<b>Cantidad de personas en capacitación:</b> 5 personas	<b>Puestos a los que va dirigida la capacitación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditor Interno</li> <li>• Operario de Calidad</li> <li>• Operario de Medio ambiente</li> <li>• Operario de Seguridad</li> <li>• Operario de Responsabilidad Social</li> </ul>	
<b>Contenido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principios de la gestión de Calidad</li> <li>• Gestión de la Calidad ISO 9001</li> <li>• Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485</li> <li>• Calidad de servicio</li> <li>• Cartas de servicio</li> <li>• Buenas practicas</li> <li>• Plataforma de control</li> </ul>		
<b>Recursos necesarios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cañón</li> <li>• Laptop</li> <li>• Presentación de diapositivas</li> <li>• Material Didáctico</li> <li>• Diploma de reconocimiento</li> </ul>		

Tabla 105. Capacitación de gestión ambiental

<b>Tema: Gestión Ambiental</b>		
<b>Objetivo:</b> Conocer las diferentes herramientas que de gestión de Medio Ambiente que se utilizaran en esta iniciativa y lograr una correcta implementación de la plataforma para llevar a los hospitales de tercer nivel a un servicio de excelencia.		
<b>Duración:</b> 3 horas	<b>Ponentes:</b> Ing. Roberto Rodas	<b>Costo:</b> \$300.00
<b>Cantidad de personas en capacitación:</b> 5 personas	<b>Puestos a los que va dirigida la capacitación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditor Interno</li> <li>• Operario de Calidad</li> <li>• Operario de Medio ambiente</li> <li>• Operario de Seguridad</li> <li>• Operario de Responsabilidad Social</li> </ul>	

<p><b>Contenido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principios de la gestión de Medio Ambiente</li> <li>• Gestión ambiental ISO 14001</li> <li>• Verificación de informes de emisiones</li> <li>• Plataforma de control</li> </ul>
<p><b>Recursos necesarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cañón</li> <li>• Laptop</li> <li>• Presentación de diapositivas</li> <li>• Material Didáctico</li> <li>• Diploma de reconocimiento</li> </ul>

Tabla 106. Capacitación de gestión de seguridad y salud laboral

<b>Tema: Gestión de seguridad y salud laboral</b>		
<p><b>Objetivo:</b>          Conocer las diferentes herramientas que de gestión de seguridad y salud laboral que se utilizaran en esta iniciativa y lograr una correcta implementación de la plataforma para llevar a los hospitales de tercer nivel a un servicio de excelencia.</p>		
<b>Duración:</b> 3 horas	<b>Ponentes:</b> Ing. Roberto Rodas	<b>Costo:</b> \$300.00
<p><b>Cantidad de personas en capacitación:</b> 5 personas</p>	<p><b>Puestos a los que va dirigida la capacitación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditor Interno</li> <li>• Operario de Calidad</li> <li>• Operario de Medio ambiente</li> <li>• Operario de Seguridad</li> <li>• Operario de Responsabilidad Social</li> </ul>	
<p><b>Contenido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principios de la gestión de seguridad y salud laboral</li> <li>• Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001</li> <li>• Seguridad alimentaria ISO 22000</li> <li>• Seguridad de la información ISO 27001</li> <li>• Auditoría reglamentaria de prevención de riesgos laborales</li> <li>• Protocolos BRC y BRC-IOP</li> <li>• Protocolo IFS</li> <li>• Plataforma de control</li> </ul>		
<p><b>Recursos necesarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cañón</li> <li>• Laptop</li> <li>• Presentación de diapositivas</li> <li>• Material Didáctico</li> <li>• Diploma de reconocimiento</li> </ul>		

Tabla 107. Capacitación de gestión en la responsabilidad social

<b>Tema: Gestión en la Responsabilidad Social</b>		
<b>Objetivo:</b> Conocer las diferentes herramientas que de gestión de responsabilidad social que se utilizaran en esta iniciativa y lograr una correcta implementación de la plataforma para llevar a los hospitales de tercer nivel a un servicio de excelencia.		
<b>Duración:</b> 3 horas	<b>Ponentes:</b> Ing. Roberto Rodas	<b>Costo:</b> \$300.00
<b>Cantidad de personas en capacitación:</b> 5 personas	<b>Puestos a los que va dirigida la capacitación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditor Interno</li> <li>• Operario de Calidad</li> <li>• Operario de Medio ambiente</li> <li>• Operario de Seguridad</li> <li>• Operario de Responsabilidad Social</li> </ul>	
<b>Contenido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principios de la gestión de responsabilidad social</li> <li>• Gestión de la accesibilidad global</li> <li>• Responsabilidad Social</li> <li>• Gestión de ONG´S</li> <li>• Plataforma de control</li> </ul>		
<b>Recursos necesarios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cañón</li> <li>• Laptop</li> <li>• Presentación de diapositivas</li> <li>• Material Didáctico</li> <li>• Diploma de reconocimiento</li> </ul>		

Tabla 108. Capacitación en la plataforma seccionada por niveles

<b>Tema: Plataforma seccionada por niveles</b>		
<b>Objetivo:</b> Conocer la plataforma seccionada por niveles diseñada para poder aplicar la gestión empresarial que se desea aplicar en las áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel del MINSAL, para lograr una correcta implementación y la generación de los resultados esperados por la unidad de coordinación del tercer nivel del MINSAL.		
<b>Duración:</b> 3 horas	<b>Ponentes:</b> Ing. Roberto Rodas	<b>Costo:</b> \$300.00
<b>Cantidad de personas en capacitación:</b> 5 personas	<b>Puestos a los que va dirigida la capacitación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditor Interno</li> <li>• Operario de Calidad</li> <li>• Operario de Medio ambiente</li> <li>• Operario de Seguridad</li> <li>• Operario de Responsabilidad Social</li> </ul>	
<b>Contenido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción de la estructura de la plataforma</li> </ul>		

- Metodología de la plataforma
- Fase de preparación
- Manual de uso
- Fase de aplicación
- Informe de resultados
- Fase dinámica y control
- Sistemas de control de planificación
- Seguimiento

**Recursos necesarios:**

- Cañón
- Laptop
- Presentación de diapositivas
- Material Didáctico
- Diploma de reconocimiento

El MINSAL necesitará conocer si las capacitaciones están siendo efectivas en el personal para lograr los resultados esperados en la implantación de la herramienta. Para ello, la Unidad de coordinación, por medio de un estudio denominado “Aseguramiento del Aprendizaje Continuo en la Organización”, haciendo referencia al cumplimiento de las normas ISO 9000 y relacionándolas a la Competencia Laboral, recomienda un Sistema de Evaluación del Modelo de Competencia Laboral, que consiste en una serie de 4 niveles que permiten evaluar la efectividad de la capacitación en cuanto a su impacto en los resultados globales proyectados por el MINSAL.

Este sistema señala que, para medir la efectividad, primeramente, se requiere definir el tipo de resultado global que se espera. Esto puede variar desde la suma simple de los impactos en los desempeños individuales (cuántas personas de la organización mejoraron su desempeño) hasta la mejora en el desempeño global de la organización en variables críticos, e incluso en la cultura de trabajo orientada hacia la calidad y la mejora continua en la satisfacción del cliente.

Los niveles en los que consistirá la evaluación de la efectividad en las capacitaciones son los siguientes:

Tabla 109. Niveles de evaluación de Capacitación

<p><b>Nivel 1. Reacción</b></p>	<p>Los empleados califican cualitativamente la capacitación recibida, mostrando sus percepciones acerca de la misma y externando sus sugerencias para que la entidad de salud pueda identificar los puntos para próximas capacitaciones. La pregunta que cada participante deberá responder por escrito es la siguiente: ¿Qué les pareció la capacitación?</p> <p>Esto se realiza para conocer la percepción de los participantes en la implantación y uso de la herramienta de control, de la cual depende mucho la efectividad de cada capacitación.</p>
-------------------------------------	--



<b>Nivel 2. Aprendizaje</b>	<p>¿Aprendieron algo?, es la pregunta que responderse en este nivel, con el fin de conocer si el empleado verdaderamente adquirió los conocimientos que se esperaban al impartir la capacitación.</p>
<b>Nivel 3. Comportamiento</b>	<p>Desde este nivel, el sistema tendrá que ser aplicado cuando la entidad de salud este brindando el servicio de salud, la mejor forma de conocer si la capacitación fue efectiva, es observando los resultados aplicados en el trabajo diario.</p> <p>La pregunta que responderse en este nivel es: ¿Están aplicando en su trabajo los conocimientos impartidos en la capacitación? Además de esto, es en este nivel cuando la empresa se apoyará en el Sistema de Evaluación del Desempeño Laboral, en donde se medirá el nivel de desempeño que cada empleado esté teniendo.</p>
<b>Nivel 4. Resultado</b>	<p>¿Cuánto mejoro el servicio de salud con esta capacitación?, es la pregunta final del sistema. Como es de esperarse, la entidad de salud medirá la efectividad de las capacitaciones conociendo sus resultados. Si la capacitación ha sido efectiva, los empleados realizarán su trabajo exitosamente, colaborando hacia el camino de la excelencia esperada en sus proyecciones.</p> <p>Asimismo, es en este nivel cuando la entidad podrá apoyarse en el Sistema de Control de Calidad de la Producción y en el Sistema de Atención y Servicio Al cliente; con los cuales logrará llevar un control de los resultados en el proceso, servicio brindado y reacción de los clientes.</p> <p>En este sentido, la unidad de coordinación de tercer nivel tendrá un control integral y continuo de la efectividad de las capacitaciones desde antes de iniciar operaciones y siguiendo durante las operaciones cotidianas, lo que le permitirá tener un conocimiento pleno de sus capacidades, fortalezas, debilidades y puntos de mejora continua. Un factor importante que será decisivo para la efectividad de las capacitaciones es la motivación de los participantes, lo que se logrará impartiendo capacitaciones de verdadero interés en los empleados. Además, el Sistema de Evaluación de Efectividad en las Capacitaciones podrá ser retroalimentado por los mismos empleados, que serán los que sugerirán otras capacitaciones que podrán ser impartidas en tiempo futuro, haciendo que el sistema se convierta en un ciclo de mejora continua.</p>

El factor humano es de suma importancia por lo tanto se deben cumplir estas capacitaciones para el correcto funcionamiento de la herramienta y sus resultados esperados.

### 3.1.23. FUNCIONAMIENTO DE PLATAFORMA NORMATIVA

El sistema de funcionamiento estará restringido por esta serie de pasos que deben ser respetados en su orden para que el uso de la herramienta sea el óptimo, ya que no se puede tomar acción por hacerlo, se tienen que fijar los propósitos desde la planeación(P), organizarse(O) es fundamental, la dirección(D) se encarga de la coordinación entre todas las partes involucradas para que finalmente se de paso al uso de la herramienta con fines específicos y llegar al control, donde se juntan los factores más importantes en este flujo la planeación y el control que serán los que marcaran los avances significativos a través del tiempo, cabe destacar que la Integración(I) será el factor de cambio para lograr reducir las brechas que se encuentren entre la situación ideal y la situación real o actual.

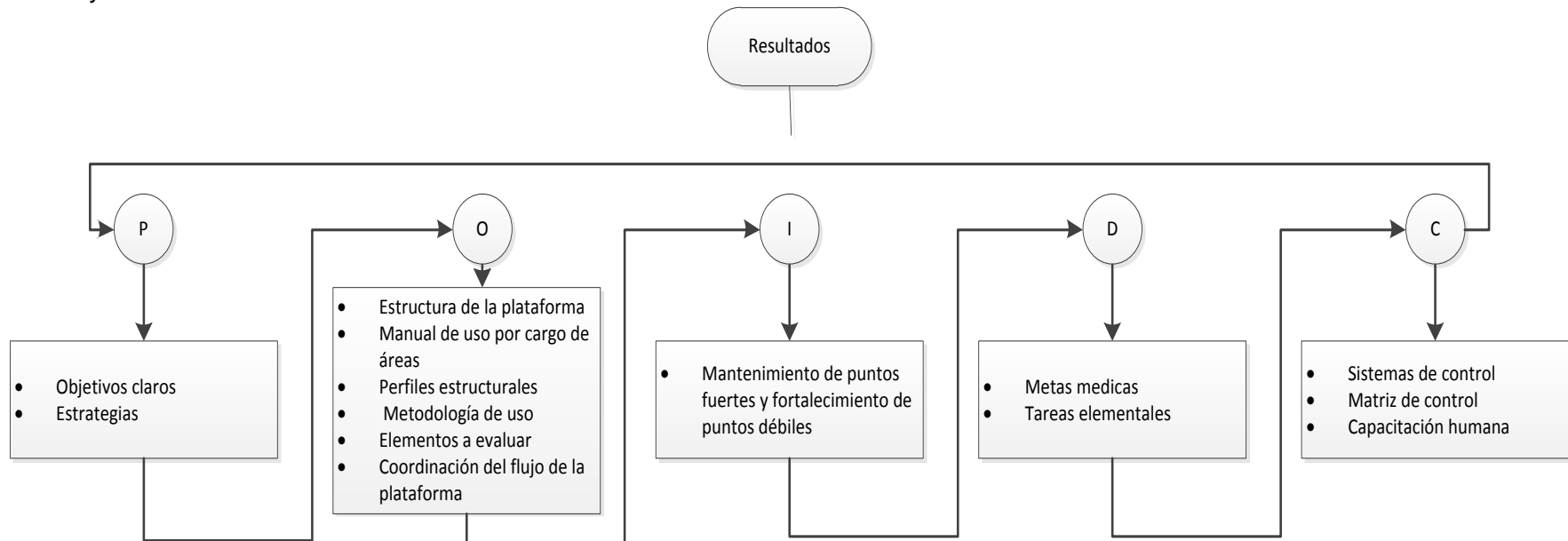


Imagen 34. Flujo del funcionamiento

El funcionamiento de la plataforma es sencillo pero eficaz el control seccionado por niveles será el resultado de toda la suma de esfuerzos de las partes involucradas para poder reducir con el tiempo las brechas que se tienen con la situación ideal para brindar servicios de calidad y excelencia en el campo médico.

## **3.2. DISEÑO**

### **3.2.1. Concepto de Diseño**

Diseño se refiere al resultado final de un proceso, cuyo objetivo es buscar una solución idónea a cierta problemática particular, pero tratando en lo posible de ser práctico y a la vez estético en lo que se hace. Para poder llevar a cabo un buen diseño es necesario la aplicación de distintos métodos y técnicas de modo tal que pueda quedar plasmado bien sea en bosquejos, dibujos, bocetos o esquemas lo que se quiere lograr para así poder llegar a su producción y de este modo lograr la apariencia más idónea y emblemática posible.

El concepto de diseño suele utilizarse en el contexto de las artes, la arquitectura, la ingeniería y otras disciplinas. El momento del diseño implica una representación mental y la posterior plasmación de dicha idea en algún formato gráfico (visual) para exhibir cómo será la obra que se planea realizar. El diseño, por lo tanto, puede incluir un dibujo o trazado que anticipe las características de la obra.

### **3.2.2. Como se obtuvieron los datos necesarios**

La obtención de los 4 grandes bloques de datos necesarios para la creación de la herramienta, se puede describir a continuación:

Primer bloque, recolección de información de áreas generales en los hospitales de tercer nivel con su respectiva formulación de requisitos necesarios para su correcto funcionamiento. Se puede mencionar las áreas generales de los tres hospitales en las que se trabajaran son: Consulta externa, Emergencia, Hospitalización, Sala de operaciones y la Unidad de Cuidados Intensivos.

Segundo bloque, Normas establecidas que son necesarias para la creación de la herramienta comparativa, para este punto es necesario contar con los Indicadores prioritarios (Modelo normativo integrado) que se obtuvo en la etapa de diagnóstico; estos indicadores se usaran para poder medir el nivel de cumplimiento y obtener resultados significativos con la herramienta comparativa según el área general que se esté evaluando.

Tercer bloque, campos de certificación necesarios para una correcta gestión empresarial en el servicio de salud proporcionado por el MINSAL. Se puede mencionar los campos que se utilizaran que son: Calidad, medio ambiente, Seguridad y Responsabilidad social cada campo contara con su respectivo régimen, es decir, se especificará la norma que sigue cada campo.

Cuarto bloque, integración de los tres bloques anteriores para poder obtener la Plataforma "control seccionado por niveles" que servirá como la herramienta guía en busca de la comparación con la normativa de acreditación.

### 3.3. ESTRUCTURA DE PLATAFORMA

#### 3.3.1. ÁREAS GENERALES

Recolectada la información de apoyo necesaria sobre las áreas generales entre los tres hospitales de tercer nivel y su detallada exploración.

De la mano con la unidad de coordinación de hospitales de tercer nivel se seleccionaron las áreas generales en los que se concentraría la herramienta de control. La cuales se describen a continuación:

Tabla 110. Áreas generales de los hospitales

Áreas generales	Descripción
Consulta Externa	<p><b>Definición</b></p> <p>La unidad de consulta externa es una dependencia de servicios ambulatorios con múltiples especialidades de la medicina, donde lo fundamental es la atención al paciente con calidez y profesionalismo, buscando mejorar la calidad de vida a todos los usuarios. El servicio de atención es realizado de forma ambulatoria en un local adaptado para ello para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base a la anamnesis (historia clínica) y la exploración física.</p> <p>Las Consultas Externas han ocupado hasta hace muy poco un lugar secundario frente a las áreas de hospitalización en cualquier hospital. No obstante cada vez se les otorga mayor relevancia porque se da más importancia a gestionar los procesos de forma ambulatoria</p> <p><b>Propósito</b></p> <p>Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención de consulta externa en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua.</p> <p><b>Alcance</b></p> <p>El alcance del proceso se clasifica como “sectorial”, debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos actores de la red de atención, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes instituciones y unidades administrativas.</p> <p><b>Operativización</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El personal de portería debe ser constantemente instruido sobre los procesos de atención vigentes para brindar información clara y precisa a quien lo solicite.</li><li>• Deben respetarse las instrucciones dispuestas en los diferentes instrumentos emitidos y adoptados por el Ministerio de Salud, así como los acuerdos relativos al funcionamiento de la RISS y la reformas de salud en general.</li><li>• Los hospitales deben buscar los mecanismos necesarios para reducir el tiempo de espera de la atención de citas médicas por referencia, para ello deben buscar los mecanismos de vigilancia</li></ul>

	<p>permanente de este indicador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La elaboración y manipulación de los expedientes clínicos y todos sus formularios deben cumplir con los requerimientos dispuestos en la Norma Técnica de Estadísticas y Documentos médicos de Establecimientos de Salud.</li> <li>• El médico(a) de consulta debe atender a cada paciente citado dedicándole el tiempo suficiente para brindar una atención de calidad, para lo cual la consulta externa del hospital, debe definir estos tiempos según cada caso.</li> <li>• No debe propiciarse la atención de consulta subsecuente innecesaria. Cada hospital debe buscar los mecanismos para vigilar y controlar dicha práctica.</li> <li>• Los exámenes de laboratorio se programan en función de la fecha de próxima cita. El médico(a) tratante debe tomar en cuenta el tiempo requerido para procesar los exámenes indicados antes de definir la fecha de las consultas subsecuentes.</li> <li>• La fecha en que se entregan los resultados de exámenes de laboratorio no debe exceder la fecha de la próxima cita médica.</li> <li>• La cita subsecuente debe asignarse en el cupo más próximo a la fecha indicada por el médico(a) tratante, propiciando el menor tiempo de espera.</li> <li>• El hospital debe establecer los mecanismos necesarios para que la respuesta de exámenes de laboratorio esté disponible en el expediente clínico al momento de la consulta médica sin intervención del paciente.</li> <li>• Para la atención del paciente según sea el caso, se debe hacer uso de las Guías clínicas respectivas.</li> <li>• La derivación de los pacientes a los diferentes centros de atención de la red de salud debe hacerse según los Lineamientos de Referencia, Retorno e interconsulta en las RIISS.</li> </ul>
<p><b>Emergencia</b></p>	<p><b>Definición</b>          Unidad de atención primaria o sección de un hospital que ofrece un tratamiento inicial de pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales y requieren atención inmediata. En él se proporcionan personal médico y equipos de tratamiento de pacientes de urgencias. Los servicios de urgencia de la mayoría de los hospitales operan todo el día, aunque los niveles de dotación de personal se intentan ajustar al volumen de pacientes.</p> <p><b>Propósito</b>          Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención de la Unidad de Emergencia en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua.</p> <p><b>Alcance</b>          El alcance del proceso se clasifica como “sectorial”, debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos actores de la red de atención, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes instituciones y unidades administrativas.</p>

### **Operativización**

- No debe negarse el acceso a ninguna persona que manifieste su necesidad de atención en la Unidad de Emergencia.
- Toda persona que de alguna forma manifiesta su necesidad de atención en la unidad de emergencia debe ser evaluada por personal médico.
- El profesional que evalúa a las personas al momento de su arribo en ambulancia u otro vehículo al parqueo del servicio de emergencia debe ser un profesional capacitado en triage, a fin de determinar el nivel de complejidad que pudieran presentarse.
- Es el responsable de realizar el triage quien defina el tiempo de atención al paciente.
- En caso que sea llevado a la emergencia del hospital, una persona fallecida, debe dejarse evidencia de la condición del paciente, solventando requisitos legales y operativos.
- Las evaluaciones clínicas deben ser de acuerdo a Guías Clínicas oficiales.
- Los destinos posibles del paciente estabilizado podrán ser: partos, cuidados intensivos, hospitalización, sala de operaciones o referido a un centro de mayor complejidad.
- Si el médico(a) tratante en la unidad de emergencia, decide según la evaluación realizada al paciente, que este amerita manejo médico, el servicio destino puede ser el área de observación u hospitalización, según caso particular.
- El(la) paciente fallecido(a) debe ser trasladado a la morgue.
- En caso de referencia se utiliza, los Lineamientos de Referencia Retorno e interconsulta en las RIISS.
- La jefatura de la Unidad es la responsable de velar por que se cuenten con los insumos y medicamentos necesarios para la atención oportuna de los(as) pacientes.

### **Hospitalización**

#### **Definición**

Unidad de hospitalización es el espacio natural de los cuidados de enfermería que se aplican por turnos las 24 horas del día. El trabajo diario que desarrollan los profesionales de esta área constituye el elemento central de los días de ingreso de los pacientes. Esta es la razón principal para que la coordinación de la misma recaiga directamente sobre el Coordinador de Enfermería de la Unidad. Entre sus funciones está la implantación de todos los cuidados relacionados con los planes individualizados de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización.

#### **Propósito**

Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención en los servicios de hospitalización en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención de según el nivel resolutivo de cada hospital y propiciar un escenario de mejora continua.

#### **Alcance**

El alcance del proceso se clasifica como “institucional”, debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos

	<p>actores de la red de salud, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes unidades administrativas.</p> <p><b>Operativización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada hospital debe establecer los mecanismos necesarios para registrar y validar los datos de ingreso hospitalario según lo definido en la Norma técnica de Estadísticas y Documentos Médicos de Establecimientos de Salud.</li> <li>• El personal de enfermería debe garantizar que el paciente sea ubicado en su unidad de acuerdo a las indicaciones médicas.</li> <li>• En caso de ser necesario el médico(a) de staff hace una evaluación inmediata de cada paciente que lo amerite al momento del ingreso, para ello la enfermera responsable debe dar aviso de tal necesidad.</li> <li>• El médico(a) de staff es el responsable de establecer los planes de manejo y evaluar la evolución del paciente.</li> <li>• Según el caso del paciente, se debe hacer uso de las Guías clínicas de atención correspondiente.</li> <li>• Debe cumplirse con todos los requisitos de documentación y registro relacionados al ingreso, estancia y egreso de hospitalización.</li> </ul>
<p><b>Sala de operaciones</b></p>	<p><b>Definición</b></p> <p>Es una Unidad estratégica de servicios quirúrgicos, equipada con quirófanos completamente dotados, con sólida estructura funcional y amplio diseño para brindar la mejor atención con tecnología y calidad, en procedimientos quirúrgicos programados y de urgencia, así como un área de pre anestesia y cómodas salas de recuperación postquirúrgica hospitalaria y ambulatoria, en un ambiente seguro para los usuarios y el equipo médico-asistencial.</p> <p><b>Propósito</b></p> <p>Implementar y estandarizar la organización del proceso de programación y realización de cirugías en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención de patologías por métodos quirúrgicos según el nivel resolutivo de cada hospital y propiciar un escenario de mejora continua.</p> <p><b>Alcance</b></p> <p>El alcance del proceso se clasifica como “institucional”, debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos actores de la red de la institución, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes unidades administrativas.</p> <p><b>Operativización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El médico(a) tratante debe garantizar considerando la categoría hospitalaria y clasificación ASA del paciente que se cuente con las evaluaciones preoperatorias necesarias para programar el evento quirúrgico.</li> <li>• Según el caso del paciente, se debe hacer uso de las Guías clínicas de atención correspondiente.</li> <li>• Todo paciente, según la categoría hospitalaria y su clasificación ASA, debe recibir una evaluación anestésica por anestesiólogo o anestesista según cada caso y como mínimo un día antes en la</li> </ul>

	<p>consulta externa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el caso de la cirugía electiva ambulatoria, la enfermera de la cirugía ambulatoria o consulta externa recibe al paciente, le brinda orientación, la ropa hospitalaria con la que entrará al quirófano, y lo conducirá a la sala de operaciones.</li> <li>• El departamento de ESDOMED es el responsable de propiciar la disponibilidad del expediente clínico, así como de la actualización de los datos generales del paciente y su evento quirúrgico.</li> <li>• En el caso de los pacientes que ingresan a un servicio de hospitalización previo a la cirugía programada, el personal de enfermería es el responsable de cumplir las indicaciones pre quirúrgicas indicadas en el expediente.</li> <li>• El personal médico hospitalario y de enfermería del centro quirúrgico es el responsable de monitorear los signos vitales y factores de riesgo post operatorios durante el tiempo de recuperación previo al traslado o alta del paciente.</li> <li>• Al identificarse una complicación o alteración postquirúrgica se debe notificar inmediatamente al personal médico.</li> <li>• El médico(a) tratante debe brindar orientación al paciente sobre su estado de salud y los cuidados post operatorios necesarios para su recuperación.</li> <li>• El personal de enfermería es responsable de brindar orientación y educación a los usuarios.</li> <li>• En el caso de ser necesario el traslado de paciente al nivel superior y no sea posible movilizarlo por falta de capacidad instalada, el médico(a) tratante, y/o anestesiólogo son los encargados del seguimiento del paciente hasta su traslado.</li> </ul>
<p><b>Unidad de Cuidados Intensivos</b></p>	<p><b>Definición</b> Una unidad de cuidados intensivos (UCI) es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos.</p> <p><b>Propósito</b> Implementar y estandarizar la organización del proceso de atención de la Unidad de Cuidados Intensivos en todos los hospitales de la red pública, para facilitar la gestión de la atención brindada y propiciar un escenario de mejora continua.</p> <p><b>Alcance</b> El alcance del proceso se clasifica como “institucional”, debido a que para su adecuada operatividad deben intervenir diversos actores de la red de salud, para lo que se vuelve necesaria la coordinación entre diferentes unidades administrativas.</p> <p><b>Operativización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No debe negarse el acceso a ninguna persona que manifieste su necesidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos.</li> <li>• Cada hospital debe establecer los mecanismos necesarios para registrar y validar los datos de ingreso hospitalario según lo definido</li> </ul>



en la Norma técnica de Estadísticas y Documentos Médicos de Establecimientos de Salud.

- Toda persona que de alguna forma manifiesta su necesidad de atención en la unidad de cuidados intensivos debe ser evaluada por personal médico.
- Es el responsable de realizar el triage quien defina el tiempo de atención al paciente.
- Las evaluaciones clínicas deben ser de acuerdo a Guías Clínicas oficiales.
- Los destinos posibles del paciente estabilizado podrán ser: partos, cuidados intensivos, hospitalización, sala de operaciones o referido a un centro de mayor complejidad.
- Si el médico(a) tratante en la unidad de cuidados intensivos, decide según la evaluación realizada al paciente, que este amerita manejo médico, el servicio destino puede ser el área de observación u hospitalización, según caso particular.
- El(la) paciente fallecido(a) debe ser trasladado a la morgue.
- En caso de referencia se utiliza, los Lineamientos de Referencia Retorno e interconsulta en las RIISS.
- La jefatura de la Unidad es la responsable de velar por que se cuenten con los insumos y medicamentos necesarios para la atención oportuna de los(as) pacientes.
- El personal de enfermería debe garantizar que el paciente sea ubicado en su unidad de acuerdo a las indicaciones médicas.
- En caso de ser necesario el médico(a) de staff hace una evaluación inmediata de cada paciente que lo amerite al momento del ingreso, para ello la enfermera responsable debe dar aviso de tal necesidad.
- El médico(a) de staff es el responsable de establecer los planes de manejo y evaluar la evolución del paciente.
- Según el caso del paciente, se debe hacer uso de las Guías clínicas de atención correspondiente.

Fuente. MINSAL

### **3.3.2. NORMAS ESTABLECIDAS**

Le denominamos normas establecidas ya que con la ayuda del panel de expertos de la dirección de los hospitales de tercer nivel se homogenizo los campos que formaran la base de la plataforma normativa.

#### **3.3.2.1. Panel de expertos**

Recolectada la información de los campos de certificación de la gestión empresarial que brinda AENOR para la certificación del servicio de atención en salud y su detallada exploración de los aspectos que posee cada campo de certificación, se procede a llevar a cabo una reunión para la evaluación de los aspectos de certificación que se utilizaran en el diseño de la plataforma de control y establecer lo que se debe de considerar en la herramienta de control ya que su alcance es para las áreas generales de los Hospitales de Tercer Nivel de San Salvador.

La tabla 122 expone los aspectos de certificación que se tienen por cada campo brindada por AENOR, que son aplicados en la certificación de los servicios o productos.

### **En que consiste la dinámica.**

Esta actividad es requerida para la formación de la plataforma de control que busca la excelencia para las áreas generales que poseen los hospitales de tercer nivel del MINSAL.

Lo que se pretende lograr es una evaluación de cada uno de los aspectos, con ello se debe colocar una votación de cada uno de los expertos brindados por el MINSAL, para su posterior selección de los aspectos de certificación para el diseño de la herramienta de control.

La metodología del panel de expertos no es universal y se ha adaptado a los objetivos del estudio. El trabajo del grupo es antecedido por:

- Lectura de documentos de la gestión empresarial
- Conocimiento de la terminología a utilizar

El primer paso es conocer los campos de certificación que forman la gestión empresarial que se planea aplicar en el MINSAL, también los aspectos de certificación que debe cumplir cada campo ya que son el desglose de las normas que cada campo debe cumplir para poder optar a una certificación en salud.

El segundo paso es conocer la terminología con la cual se está trabajando.

El tercer paso es directo y sencillo, con el conocimiento previo de los pasos anteriores se tendrá que votar por el aspecto al cual se considere pertinente la inclusión en la plataforma de control.

Los aspectos de certificación (normas) que se evaluarán para la plataforma serán:

- Mayor puntuación media

### **Que obtendremos como resultado.**

El objetivo fundamental de esta actividad es la formación de la plataforma que posea los aspectos de certificación con mayor respaldo de los profesionales para el diseño correcto de la herramienta de control.

### **Evaluación.**

La evaluación se dirige a otorgar preferencia de aplicación del aspecto de certificación por parte de los expertos y profesionales de salud de la unidad de tercer nivel. Implica decidir cuales aspectos serán utilizados. Para ello se contó con una votación para su posterior conteo y evaluación del mayor puntaje obtenido por cada aspecto de certificación. Y así se extraerán los aspectos de certificación que se ocuparán para el diseño de la plataforma de control.

### 3.3.2.2. Relación de cada campo con sus aspectos de certificación

#### Calidad

Tabla 111. Aspectos de Calidad

<b>Campo</b>	<b>Aspectos de certificación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Calidad</b>	- Gestión de la calidad ISO 9001	3	1
	- Gestión avanzada 9004	1	2
	- Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485	3	0
	-Centros técnicos de tacógrafos digitales	0	3
	-Calidad de producto	1	2
	-Calidad del servicio	3	0
	- Buenas prácticas	2	1
	- Calidad del pequeño comercio	0	3
	- Proyectos de I+D+i	0	3
	-Cartas de servicio	2	1
	-ISO TS 16949	0	3
	-Certificación VDA	0	3
	-Certificación QS 9000	0	3
	- Certificación EN 9100	1	2
	- Calidad turística (Q)	0	3

#### Medio Ambiente

Tabla 112. Aspectos de Medio Ambiente

<b>Campo</b>	<b>Aspectos de certificación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Medio Ambiente</b>	-Gestión ambiental ISO 14001	3	0
	-Gestión del eco diseño	1	2
	-Producto ecológico	0	3
	- Servicio ecológico	1	2
	-Verificación de informes de emisiones	2	1
	-Protocolo de Kioto: MDL y AC	0	3
	-Validación de análisis y evaluación de riesgos ambientales	1	2
	-Gestión forestal sostenible	0	3
	-Cadena de custodia de los productos forestales	0	3
	-Gestión energética ISO 50001	1	2

#### Seguridad

Tabla 113. Aspectos de Seguridad

<b>Campo</b>	<b>Aspectos de certificación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Seguridad</b>	-Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001	3	0
	-Seguridad alimentaria ISO 22000	3	0
	-Seguridad de la información ISO 27001	3	0
	-Marcas AENOR para: frutas y verduras, lucha biológica contra plagas	1	2
	-Áreas de juego infantiles	1	2

-Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales	2	1
-Protocolos BRC y BRC-IOP	2	1
-Protocolo IFS	2	1
-Protocolo SAL	0	3
-Protocolo EUREPGAP	0	3
-Protocolo FACE	1	2
-Marcado CE	1	2
-Marca AENOR HAR	0	3
-Marca ENEC 01	1	2

### Responsabilidad Social

Tabla 114. Aspectos de Responsabilidad Social

<b>Campo</b>	<b>Aspectos de certificación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Responsabilidad Social</b>	-Gestión de ONG´S	3	0
	-Gestión de la accesibilidad global	3	0
	-Responsabilidad Social	2	1
	-Gestión de la accesibilidad a páginas web	1	2
	-Instrumentos financieros éticos	0	3
	-Validación de memorias de sostenibilidad (GRI)	1	2

A continuación, se presenta la clasificación de los aspectos de certificación según los resultados obtenidos en el panel de expertos, expresando como resultado si se utilizara o no según la frecuencia de votos que obtuvo el aspecto en cuestión.

### Calidad

Tabla 115. Resultados de Aspectos de Calidad

<b>Campo</b>	<b>Aspectos de certificación</b>	<b>Resultado</b>
<b>Calidad</b>	- Gestión de la calidad ISO 9001	Aprobado
	- Gestión avanzada 9004	Desaprobado
	- Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485	Aprobado
	-Centros técnicos de tacógrafos digitales	Desaprobado
	-Calidad de producto	Desaprobado
	-Calidad del servicio	Aprobado
	- Buenas prácticas	Aprobado
	- Calidad del pequeño comercio	Desaprobado
	- Proyectos de I+D+i	Desaprobado
	-Cartas de servicio	Aprobado
	-ISO TS 16949	Desaprobado
	-Certificación VDA	Desaprobado
	-Certificación QS 9000	Desaprobado
	- Certificación EN 9100	Desaprobado
- Calidad turística (Q)	Desaprobado	

### Medio Ambiente

Tabla 116. Resultados de Aspectos de Medio Ambiente

<b>Campo</b>	<b>Aspectos de certificación</b>	<b>Resultado</b>
<b>Medio Ambiente</b>	-Gestión ambiental ISO 14001	Aprobado
	-Gestión del eco diseño	Desaprobado
	-Producto ecológico	Desaprobado
	- Servicio ecológico	Desaprobado
	-Verificación de informes de emisiones	Aprobado
	-Protocolo de Kioto: MDL y AC	Desaprobado
	-Validación de análisis y evaluación de riesgos ambientales	Desaprobado
	-Gestión forestal sostenible	Desaprobado
	-Cadena de custodia de los productos forestales	Desaprobado
-Gestión energética ISO 50001	Desaprobado	

### Seguridad

Tabla 117. Resultados de Aspectos de Seguridad

<b>Campo</b>	<b>Aspectos de certificación</b>	<b>Resultado</b>
<b>Seguridad</b>	-Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001	Aprobado
	-Seguridad alimentaria ISO 22000	Aprobado
	-Seguridad de la información ISO 27001	Aprobado
	-Marcas AENOR para: frutas y verduras, lucha biológica contra plagas	Desaprobado
	-Áreas de juego infantiles	Desaprobado
	-Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales	Aprobado
	-Protocolos BRC y BRC-IOP	Aprobado
	-Protocolo IFS	Aprobado
	-Protocolo SAL	Desaprobado
	-Protocolo EUREPGAP	Desaprobado
	-Protocolo FACE	Desaprobado
	-Mercado CE	Desaprobado
	-Marca AENOR HAR	Desaprobado
	-Marca ENEC 01	Desaprobado

### Responsabilidad Social

Tabla 118. Resultados de Aspectos de Responsabilidad Social

<b>Campo</b>	<b>Aspectos de certificación</b>	<b>Resultado</b>
<b>Responsabilidad Social</b>	-Gestión de ONG'S	Aprobado
	-Gestión de la accesibilidad global	Aprobado
	-Responsabilidad Social	Aprobado
	-Gestión de la accesibilidad a páginas web	Desaprobado
	-Instrumentos financieros éticos	Desaprobado
	-Validación de memorias de sostenibilidad (GRI)	Desaprobado

Según los resultados expuestos en las tablas anteriores, la selección de los aspectos de certificación para el diseño de la herramienta de control aplicable a las áreas generales de los tres hospitales de tercer nivel quedará de la siguiente manera:

Tabla 119. Gestión empresarial a utilizar

<b>Gestión Empresarial</b>			
<b>Calidad</b>	<b>Medio Ambiente</b>	<b>Seguridad</b>	<b>Responsabilidad Social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de la Calidad ISO 9001</li> <li>• Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485</li> <li>• Calidad de servicio</li> <li>• Cartas de servicio</li> <li>• Buenas practicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión ambiental ISO 14001</li> <li>• Verificación de informes de emisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001</li> <li>• Seguridad alimentaria ISO 22000</li> <li>• Seguridad de la información ISO 27001</li> <li>• Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales</li> <li>• Protocolos BRC y BRC-IOP</li> <li>• Protocolo IFS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de la accesibilidad global</li> <li>• Responsabilidad Social</li> <li>• Gestión de ONG'S</li> </ul>

Cada uno de los 4 campos cuenta con sus aspectos de certificación que debe cumplir para poder optar a un nivel de acreditación. Estos aspectos se exponen en el cuadro anterior y se detallan a continuación.

Los aspectos de certificación se describen a continuación y se da un panorama de los beneficios y ventajas de su aplicación en una organización.

Tabla 120. Normas establecidas

<b>Campos</b>	<b>Aspectos de certificación</b>	<b>Descripción</b>
<b>Calidad</b>	<b>Gestión de la Calidad ISO 9001</b>	<p>Es una norma internacional que toma en cuenta las actividades de una organización, sin distinción de sector de actividad. Esta norma se concentra en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b> Mediante la aplicación de los requisitos reguladores de la toma de decisiones cotidianas de la organización, la compañía puede tener éxito en la mejora continua de la calidad así: -Organización interna</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejor rendimiento en las actividades</li> <li>-Mejor rendimiento en aplicaciones comerciales</li> <li>-Economía y reducción de residuos</li> <li>-Aumento de la satisfacción del cliente</li> <li>-Mayor control de la administración de las organizaciones y de los accionistas</li> </ul>
	<b>Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485</b>	<p>Es la norma referida al sistema de gestión de la calidad aplicable para dispositivos médicos.</p> <p>Utilizar productos sanitarios que cumplan con esta norma, contribuye a aumentar la calidad de la asistencia sanitaria prestada.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b> ISO 13485 contiene requisitos que proporcionan claros beneficios para la adecuada gestión de las organizaciones que proveen de productos y servicios sanitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Exhaustivo control de la producción</li> <li>-Gestión del riesgo del producto sanitario a través de todo su ciclo de vida</li> <li>-Optimización de la gestión de la cadena de proveedores y un control estricto sobre los servicios subcontratados.</li> <li>-Gestión de los datos clínicos como parte fundamental del diseño del producto.</li> <li>-Sistema de vigilancia del producto sanitario una vez puesto en el mercado.</li> <li>-Clara orientación a resultados para demostrar que el sistema de gestión de la calidad es eficaz y eficiente</li> </ul>
	<b>Calidad de servicio</b>	<p>Es un concepto que deriva de la propia definición de Calidad, entendida como satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente o también expresado como aptitud de uso.</p> <p>También se entiende como el grado en el que el servicio satisface las necesidades o requerimientos del paciente, y en lo posible excederlos, lo que implica hacer las cosas necesarias bien y a la primera, con actitud positiva y espíritu de servicio.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b> Las características de un buen prestador de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Amabilidad</li> <li>-Es creativo y efectivo</li> <li>-Buen investigador para conocer lo que el cliente necesita.</li> <li>-Escucha</li> <li>-Conoce al cliente</li> <li>-Buen comunicador</li> <li>-Sociable</li> <li>-Íntegro</li> <li>-Honesto</li> </ul>
	<b>Cartas de servicio</b>	<p>Son documentos que explican los servicios que ofrecen las organizaciones, así como los compromisos de calidad que asumen en su prestación. Se trata de un instrumento</p>

		<p>ideado para informar sobre todas las cuestiones relativas al servicio. Tienen una clara perspectiva de orientación al cliente y de mejora continua del servicio.</p> <p><b>Beneficios para su empresa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ventajas competitivas en el mercado.</li> <li>-Valor añadido para sus clientes y transparencia en sus servicios.</li> <li>-Conocimiento y fidelización del cliente.</li> <li>-Diferenciación ante la competencia.</li> </ul> <p><b>Beneficios ante sus usuarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Demuestra su compromiso con el cliente mediante la medición, seguimiento y mejora de los aspectos que más le interesan.</li> <li>-Escucha la voz del cliente, orientando a las personas de la organización hacia la satisfacción del cliente como uno de los valores centrales de la actividad.</li> <li>-Reorienta las actividades de la organización hacia las que aportan más valor al cliente.</li> </ul>
	<p><b>Buenas practicas</b></p>	<p>Toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.</p> <p>El concepto de buenas prácticas se utiliza en una amplia variedad de contextos para referirse a las formas óptimas de ejecutar un proceso, que pueden servir de modelo para otras organizaciones. Las buenas prácticas sistematizadas, permiten aprender de las experiencias y aprendizajes de otros, y aplicarlos de manera más amplia y/o en otros contextos (scaling-up). Pueden promover nuevas ideas o sugerir adaptaciones y proporcionar una orientación sobre la manera más efectiva de visibilizar los diversos impactos de una intervención en las comunidades.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor productividad.</li> <li>-Mayor continuidad del negocio (menos accidentes e incidentes reducen la duración y el impacto de las interrupciones en la actividad de la empresa).</li> <li>-Costos más bajos del seguro.</li> <li>-Pagos compensatorios a los trabajadores que generan mayor motivación y moral del personal.</li> </ul>
<p><b>Medio Ambiente</b></p>	<p><b>Gestión ambiental ISO 14001</b></p>	<p>La norma ISO 14001 es un estándar internacional para la Gestión Ambiental que comenzó a ser vigente en el año 1996, La norma proporciona una guía sobre cómo considerar múltiples aspectos acerca de la adquisición, el</p>



		<p>almacenamiento, la distribución, el desarrollo de productos, la fabricación, etc., de su empresa, de modo que ayuda a la organización a identificar, priorizar y gestionar los riesgos ambientales, reduzca el impacto sobre el medio ambiente.</p> <p>También le impulsa a evaluar cómo gestiona un plan de emergencia, las expectativas del cliente, las partes interesadas y las relaciones con su comunidad local.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b>  Las mayores ventajas que podemos encontrar a la hora de implementar un Sistema de Gestión Ambiental basado en la norma ISO 14001, son las siguientes:  -Aumento de la eficacia ambiental  -Disminución de costes durante el tratamiento  -Reducción en la utilización de materias primas y energía</p> <p>Si nos centramos un poco más en los detalles podemos obtener muchas más ventajas de la implantación de un Sistema de Gestión Ambiental, como pueden ser:  -Facilita el cumplimiento de la legislación vigente y la política ambiental de la organización.  -Se anticipa a los problemas ambientales que nos podamos encontrar, previniendo que aparezcan estos.  -Ayuda a la organización a disminuir la contaminación emitida por esta.  -Realizar registros que avalen el comportamiento ambiental de la organización.  -Aumenta la confianza de las partes interesadas, como pueden ser, accionistas, inversores, trabajadores, proveedores, etc.</p> <p>Para ser mucho más concretos podemos definir las diferentes ventajas en los diferentes campos, como el campo legal, comercialización, marketing, imagen, inversiones y costes ambientales, producción, gestión.</p>
	<p><b>Verificación de informes de emisiones</b></p>	<p>Es una norma internacional conforme a la cual se verifican voluntariamente los informes de emisiones de gases de efecto invernadero. En paralelo con el nacimiento de esquemas reglamentados u obligatorios relativos al seguimiento, notificación y verificación de Gases de Efecto Invernadero (GEI), las organizaciones están deseando realizar el seguimiento y reporte de sus emisiones de manera independiente a estos esquemas (conocida comúnmente como la huella de carbono de la organización).</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b>  La certificación ISO 14064 le ayuda a transmitir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Compromiso de las partes interesadas</li> <li>-Credibilidad y confianza</li> <li>-Seguimiento robusto del progreso</li> <li>-Demostrar compromiso en la reducción de emisiones de</li> </ul>

Seguridad	<b>Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001</b>	<p>gases efecto invernadero</p> <p>Es un estándar desarrollado en el Reino Unido para ayudar a toda la empresa a mejorar de forma continua la seguridad y la salud en el trabajo que ofrece a sus empleados.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b>  Los beneficios que se pueden obtener de la implementación de la norma OHSAS 18001 en una organización tienen que ver con:  -La siniestralidad respecto al sector.  -Percepción interna de la prevención y cultura preventiva existente.  -Nivel de cumplimiento de la normativa y sensaciones.  -Imagen externa de la organización.  -Relación con la representación sindical.</p>
	<b>Seguridad alimentaria ISO 22000</b>	<p>Es una norma internacional que define los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad alimentaria para asegurar la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b>  Alguna de las ventajas que aporta la implantación y posterior certificación de la norma ISO22000 son:  -Comunicación más fluida gracias a la cadena de suministro.  -Mayor transparencia mediante la cadena alimentaria.  -Incluye la mayor parte de los requisitos de las normas vigentes de Seguridad Alimentaria.  -Satisface los principios del código HACCP.  -Facilita comunicación de los conceptos de análisis de riesgos y puntos críticos de control de forma internacional.  -Es una norma auditable con requisitos bien definidos que ofrecen un marco para certificarse independientemente.  -Posibilita la comunicación sobre riesgos con los socios de la cadena de suministro.  -Integra el Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Gestión de Seguridad Alimentaria en el Sistema de Gestión de la organización, al estar integrados es posible certificarse mediante una única auditoria externa.  -Optimiza recursos tanto internamente como en toda la cadena alimentaria.  -Todas las medidas de control están sometidas a análisis de riesgos.  -Mejora de la planificación.  -Documentación mejorada.  -Gestión sistemática de programas de requisitos necesarios.  -Comunicación fluida sobre asuntos vinculados con la inocuidad de los alimentos con proveedores, clientes, organismos reguladores y otras partes interesadas.  -Enfoque sistemático y proactivo que permite identificar riesgos de la Seguridad Alimentaria, además como desarrollo e implementación de medidas de control.</p>

		<p>También es importante destacar que la organización conseguirá incrementar su competitividad en el mercado, lo que permitirá mejorar la imagen de sus productos tanto a nivel nacional como internacional.</p>
	<p><b>Seguridad de la información ISO 27001</b></p>	<p>Consiste en la preservación de su confidencialidad, integridad y disponibilidad, así como de los sistemas implicados en su tratamiento, dentro de una organización.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduce el riesgo de que se produzcan pérdidas de información en las organizaciones. Por pérdidas también entendemos robos y corrupciones en la manipulación de la misma.</li> <li>-Se hace una revisión continua de los riesgos a los que están expuestos los clientes. Adicionalmente, se hacen controles de manera periódica.</li> <li>-Establece una metodología gracias a la cual se puede gestionar la seguridad de la información de forma clara y concisa.</li> <li>-Implanta medidas de seguridad para que los propios clientes puedan acceder a la información.</li> <li>-Gracias a contar con dicho Sistema de Gestión, obliga a que se realicen auditorías externas de manera periódica y este hecho permite identificar las incidencias que pudiera haber en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, fomentando de este modo la mejora continua en la organización.</li> <li>-Contar un SGSI otorga a la organización una garantía frente a clientes y socios estratégicos ya que muestra a la misma como un organismo preocupado por la confidencialidad y seguridad de la información que es depositada en la misma.</li> <li>-Permite a las organizaciones continuar operando con normalidad en caso de producirse problemas importantes.</li> <li>-Se puede hacer una integración conjunta con otros Sistemas de Gestión Normalizados tales como ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001, entre otras.</li> <li>-Hace que la organización esté cumpliendo con la legislación vigente en materia de información personal y propiedad intelectual.</li> <li>-La seguridad en la información que ofrece implantar un SGCI de acuerdo a ISO 27001 favorece una reducción de los costes y un mejor funcionamiento de los procesos.</li> <li>-Se convierte en un elemento favorable para la empresa frente a la competencia, pues el contar con un SGSI le hace aumentar su imagen a nivel internacional.</li> <li>-Contribuye al incremento en la motivación del personal, ya que se desempeñan en una organización comprometida con la seguridad de la información.</li> </ul>
	<p><b>Auditoría reglamentaria de prevención de riesgos laborales</b></p>	<p>Es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un entorno laboral, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo.</p>

		<p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aplicar correctamente esta normativa en toda la empresa puede mejorar su imagen.</li> <li>-Cuando un mismo grupo tiene distintas empresas, un marco legislativo internacional puede ayudar a mejorar su sintonía.</li> <li>-Que distintas empresas estén guiadas por la misma normativa, puede facilitar sus relaciones comerciales.</li> <li>-Al tratarse de una norma compatible con la ISO 9000 y la ISO 14000 puede favorecer e incentivar su implantación.</li> <li>-La implantación y certificación de esta norma puede servir como herramienta para seleccionar a proveedores y contratistas.</li> <li>-Una norma internacional no obligatoria sirve a las autoridades y medios de inspección para controlar el cumplimiento de la legislación por parte de las empresas.</li> <li>-Una norma internacional no obligatoria puede ayudar a los empresarios a facilitar la aplicación de la legislación.</li> <li>-Gracias a las auditorías externas de certificación de la norma, se fomenta la gestión de la seguridad en el trabajo.</li> <li>-La introducción y la conformidad con una norma ISO podría conducir a la reducción de las primas de seguro.</li> <li>-El cumplimiento de una norma ISO podría contribuir a una responsabilidad menor de las empresas en sus contingencias.</li> <li>-Fomenta entornos de trabajo seguros y saludables.</li> <li>-Apoya el cumplimiento de las leyes .</li> <li>-Mejora el rendimiento.</li> <li>-Reduce los accidentes y controla los riesgos.</li> </ul>
	<p><b>Protocolos BRC y BRC-IOP</b></p>	<p>Representa una norma enfocada a asegurar la implantación de un sistema de Gestión de la calidad en la industria alimentaria. Este estándar ha sido desarrollado con el fin de garantizar un sistema uniforme de calidad y seguridad ya que las exigencias legales y de los consumidores Cada vez eran, y cada vez los son más exigentes.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b>  <u>A la propia organización</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Facilitando el cumplimiento de la legislación de aplicación.</li> <li>-Disminuyendo los costes de los posibles errores de cualquier cadena de producción.</li> <li>-Proporcionando una comunicación organizada y eficaz, con todas las partes interesadas.</li> <li>-Mejorando la documentación.</li> <li>-Realizando un control más eficiente y dinámico de los riesgos para la seguridad alimentaria.</li> <li>-Incorporando los Programas de Prerrequisitos al sistema de gestión de la organización.</li> <li>-Ahorrando tiempo y costes, al realizar las auditorías de BRC y BRC/IoP combinada con otros esquemas de Calidad y Seguridad Alimentaria (ISO 22000, IFS, ISO</li> </ul>

		<p>9001).</p> <p><u>A los clientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Al demostrar el compromiso de la organización con la salud alimentaria, proporcionando confianza al consumidor.</li> <li>-Al trabajar de acuerdo a un estándar reconocido en el mercado.</li> </ul> <p><u>Al mercado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Demostrando a la sociedad del compromiso de la organización con la seguridad alimentaria.</li> <li>-Aumentando la confianza en sus sistemas y procedimientos de inocuidad alimentaria.</li> </ul>
	<p><b>Protocolo IFS</b></p>	<p>Norma de seguridad alimentaria reconocida por la Global Food Safety Initiative (GFSI) para auditar empresas que fabrican alimentos o a empresas que empaquetan productos alimentarios a granel. Se centra en la seguridad y calidad alimentaria de los productos procesados.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-El más inmediato y rentable para tu empresa, es asegurar transparencia y alimentos seguros en tus procesos y en toda la cadena de suministro, lo que garantiza que tus clientes confíen en los productos comercializados.</li> <li>-Garantizar la legalidad, seguridad y calidad de los productos fabricados.</li> <li>-Establecer una norma común con un sistema común de evaluación.</li> <li>-Garantizar cumplir la legislación en materia de calidad y seguridad alimentaria vigente.</li> <li>-Reducir costes y tiempo a fabricantes y distribuidores.</li> <li>-Proporciona una comunicación protocolizada, estandarizada y organizada con todas las partes interesadas.</li> <li>-Proporciona confianza a los consumidores.</li> <li>-Existe evidencia escrita de todos los procedimientos e instrucciones técnicas que se realizan en tu empresa.</li> <li>-Gestión más operativa y rápida de los riesgos para la seguridad alimentaria.</li> <li>-Revisión del Sistema APPCC que tengas implantado en tu empresa.</li> <li>-Encontrar el equilibrio perfecto entre Seguridad y Calidad Alimentaria.</li> <li>-Tu empresa tendrá documentado, implantado y evidenciado un plan contra el fraude alimentario.</li> <li>-Tu empresa tendrá documentado, implantado y evidenciado un plan Food Defense.</li> <li>-Tu empresa tendrá un control de los alérgenos presentes en tus materias primas, productos intermedios o productos finales de forma óptima, para garantizar la salud de la población con intolerancias o alergias alimentarias.</li> <li>-Ofrecer formación a todo el personal de tu empresa alimentaria en materia de Higiene Alimentaria, Fraude</li> </ul>

		alimentario, Food Defense, Control de alérgenos, Manipulación de alimentos, Prevención de Riesgos Laborales.
Responsabilidad Social	<b>Gestión de la accesibilidad global</b>	<p>Es un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para establecer la política y los objetivos y para dirigir y controlar una organización con respecto a la Accesibilidad.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <p><u>Para los clientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Favorece la integración de personas con discapacidad.</li> <li>-Aumenta la satisfacción de empleados y usuarios.</li> </ul> <p><u>Para el mercado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La integración de personas con discapacidad.</li> <li>-La satisfacción de empleados y usuarios.</li> </ul> <p><u>Para la organización</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Nuevas oportunidades de Marketing social.</li> <li>-Permite una optimización de la gestión de los recursos.</li> <li>-Permite diferenciarse del resto de competencia.</li> <li>-Refuerza positivamente la imagen y el reconocimiento social de la entidad comprometida con la sociedad.</li> <li>-Favorece la integración de personas con discapacidad.</li> <li>-Mejora la organización interna de la organización.</li> <li>-Aumenta la satisfacción de empleados y usuarios.</li> <li>-Cumple con la legislación.</li> </ul>
	<b>Responsabilidad Social</b>	<p>Es el compromiso, obligación y deber que poseen los individuos, miembros de una sociedad o empresa de contribuir voluntariamente para una sociedad más justa.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejora de la reputación por colaborar con este tipo de causas benéficas</li> <li>-Implicación y motivación de los trabajadores</li> <li>-Reconocimiento de la labor de la empresa por parte de los consumidores</li> <li>-Publicidad gratuita por parte de las organizaciones</li> <li>-Desgravación por colaborar económicamente con este tipo de asociaciones</li> <li>-Satisfacción del cliente y del empleado. Si su imagen es positiva, la Pyme conseguirá la lealtad del consumidor. Por su parte, un trabajador satisfecho es más productivo.</li> <li>-Mayor influencia de la empresa en la sociedad y en los líderes de opinión. Si la empresa es honesta y transparente se ganará el respeto de los líderes de opinión.</li> <li>-Diferencia positivamente la marca de la competencia.</li> </ul> <p>Atracción de inversores. Un inversor siempre preferirá una empresa bien posicionada socialmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reducción de costes. Acciones como el reciclaje o una menor emisión de gases pueden ayudar a reducir costes innecesarios.</li> </ul>
	<b>Gestión de ONG'S</b>	Para dotar y reforzar a estas organizaciones con información y herramientas para su adecuada gestión y

	<p>cumplimiento de sus compromisos internos y externos.</p> <p><b>Beneficios y ventajas:</b></p> <p>-Trabajas en equipo. Laborar en una ONG es una excelente manera para aprender a trabajar en equipo, con personas con ideologías distintas y hasta expertos en diferentes campos, algo que sin duda alguna te beneficiará de manera profesional y personal.</p> <p>-Oportunidades de crecimiento. Participar en ONG's en definitiva son proyectos de gran valor, ya que te desarrollas con mayor rapidez en el campo profesional debido a lo variado del trabajo que se realiza.</p> <p>Viajar por trabajo. Muchas ONG's operan a nivel internacional, algo que puede verte muy bien y dejarte una gran experiencia de viajar y conocer otras culturas, realidades y personas muy interesantes.</p>
--	--

Los aspectos de certificación deben cumplir ciertos requisitos que se exponen a continuación

Tabla 121. Requisitos por cada campo de certificación

Campos	Aspectos de certificación	Requisitos por campo
Calidad	Gestión de la Calidad ISO 9001	Toma de datos
		Desarrollo de la documentación
		Formación
		Implantación
		Auditoria interna
		Revisión por la dirección
	Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485	Control de la producción
		Gestión de riesgos
		Gestión de la cadena de proveedores
		Gestión de datos clínicos
		Sistema de vigilancia del producto
		Orientación a resultados
	Calidad de servicio	Cortesía
		Credibilidad
		Capacidad de respuesta
		Compresión del cliente
		Fiabilidad
		Comunicación
	Cartas de servicio	Seguridad
		Accesibilidad
Ampliación y optimización de gestiones		
Horario de atención		
Tiempo de espera		
Oficina de información ciudadana		
Buenas practicas	Atención de los ciudadanos	
	Relativos al sistema de gestión e calidad	
	Relativos a la participación de la alta dirección	
	Relativos a los registros de formación de empleados	
	Relativos a infraestructura y	

		mantenimiento
		Relativos a control de contaminación
		Relativos a la fabricación del producto
		Relativos a los proveedores
		Relativos a la medición y supervisión
<b>Medio Ambiente</b>	Gestión ambiental ISO 14001	Plan de manejo ambiental
		Objetivos y metas ambientales
		Políticas y procedimientos
		Responsabilidades definidas
		Capacitación del personal
		Documentación
	Verificación de informes de emisiones	Sistema de control
		Revisión
		Documentación
		Resultados de verificación
		Presentación de informe
<b>Seguridad</b>	Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001	Principios generales
		Seguridad de las maquinas
		Condiciones de trabajo
		Equipos de protección personal
		Ergonomía
	Seguridad alimentaria ISO 22000	Fomentar la confianza con las partes interesadas
		Identificar, gestionar y mitigar los riesgos
		Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones
	Seguridad de la información ISO 27001	Proteger al paciente
		Confidencialidad
		Integridad
	Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales	Disponibilidad
		Evaluación
		Análisis
	Protocolos BRC y BRC-IOP	Verificación
Reforzamiento de medidas de seguridad		
Protocolo IFS	Implantación y mejora de norma	
	Comparabilidad	
	Transparencia	
<b>Responsabilidad Social</b>	Gestión de la accesibilidad global	Equidad de uso
		Flexibilidad de uso
		Simple e intuitivo
		Información perceptible
		Tolerancia al error
		Esfuerzo de protección
	Responsabilidad Social	Espacio suficiente de aproximación y uso
		Principios y prácticas relacionadas con la sociedad
		Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia
		Identificación y el compromiso con los grupos de interés
		Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización



	Gestión de ONG'S	Contribución de la organización con el desarrollo sostenible
		Coherencia con la Misión y valores
		Mejora continua
		Organización abiertas y transparentes
		Innovación social

### 3.3.3. CAMPOS DE CERTIFICACIÓN

#### 3.3.3.1. ENTIDAD DE CERTIFICACIÓN

La acreditación es la evaluación independiente de los organismos de evaluación de la conformidad frente a las normas reconocidas para asegurar su imparcialidad y competencia.

Para este trabajo se llegó a la selección de una entidad acreditadora en coordinación con la unidad de dirección del tercer nivel del MINSAL, basándonos en experiencias pasadas que han tenido en la contratación de entidades de certificación, se llegó a la conclusión de que la mejor opción es la entidad privada sin fines lucrativos llamada AENOR - La Asociación Española de Normalización y Certificación que se creó en 1986.

Su actividad contribuirá en mejorar la calidad y competitividad del ministerio, dándole un impulso en sus servicios mediante el desarrollo y control de normas técnicas y certificaciones.

#### 3.3.3.2. SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN

AENOR es la entidad líder en certificación en España, tanto en sistemas de gestión de la calidad como en sistemas de gestión ambiental. El trabajo serio y riguroso que caracteriza el trabajo de AENOR desde su creación ha posibilitado que sus certificados sean los más valorados, no sólo en España sino también en el ámbito internacional, lo que posiciona a AENOR entre las certificadoras más importantes del mundo. Además, como miembro fundador de IQNet(La Red Internacional de Certificación), el reconocimiento internacional de la certificación de AENOR está asegurado.

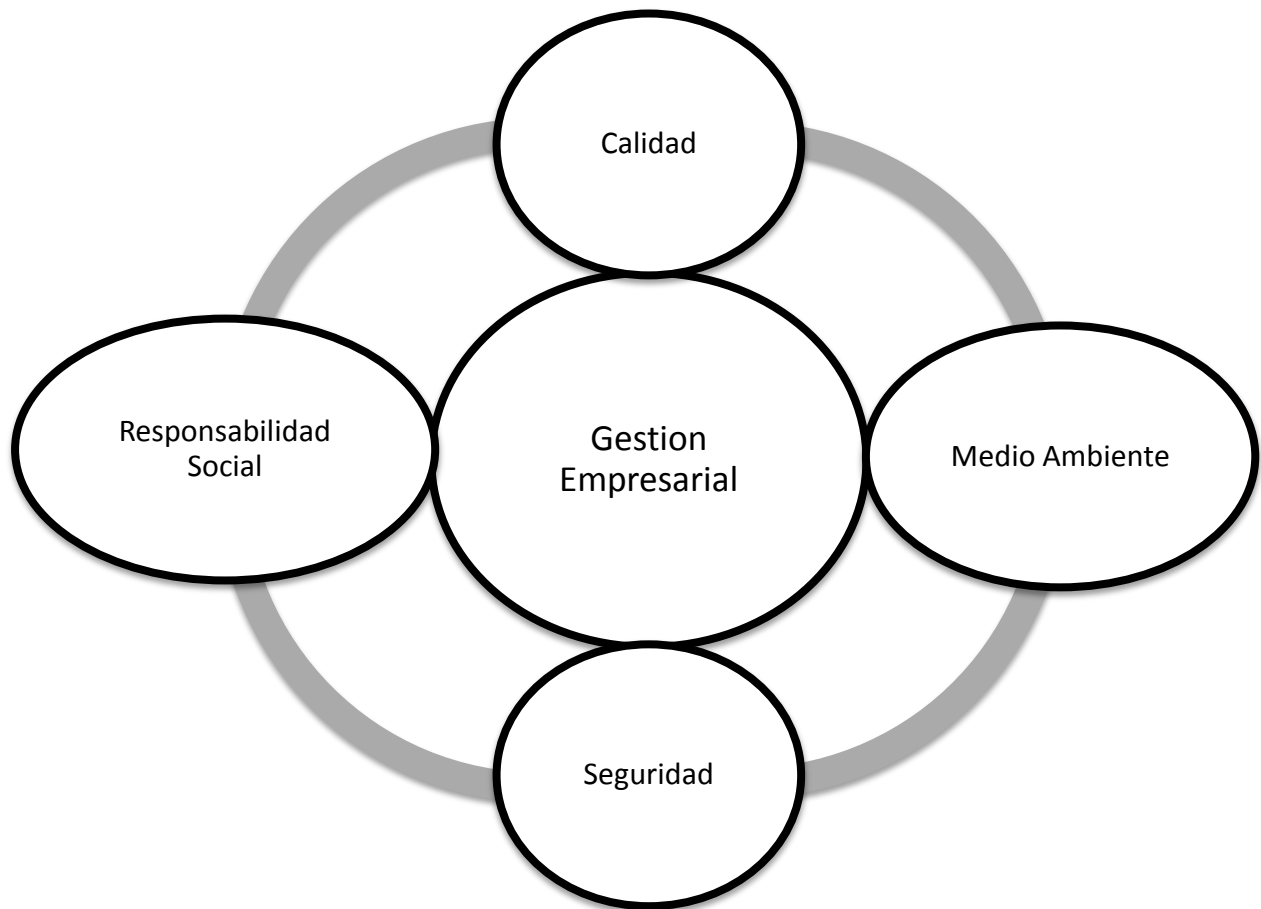
En este escenario, cada vez más global, las empresas necesitan colaboradores capaces de actuar con la misma eficacia en cualquier entorno. La experiencia y el éxito obtenido por AENOR en el campo de la certificación e inspección, aportan el valor añadido distintivo que requiere cada mercado, y resultan herramientas clave no sólo para impulsar y facilitar la proyección internacional de las empresas españolas, sino también para generar y transmitir confianza a escala internacional, en el marco de las relaciones comerciales y empresariales.

Se profundiza mejor en la entidad encargada de la normalización y certificación que se tomara de guía en estudio y se puede tener acceso a más información de la entidad en el Anexo 4.

AENOR aplica la certificación de servicios de salud con la ocupación de su gestión empresarial compuesta por cuatro diferentes campos de certificación y las normas establecidas por cada campo, a continuación se profundizan en estos elementos.

**Los diferentes campos que se evalúan para la realización de una certificación son:**

Imagen 35. Diferentes campos de certificación



Cada uno de los cuatro campos cuenta con sus aspectos de certificación que debe cumplir para poder optar a un nivel de acreditación. En este estudio se tomarán los aspectos que se aplican para la certificación de los servicios de salud en las áreas generales de los hospitales de tercer nivel del MINSAL, dichos aspectos se deben evaluar con un panel de expertos donde las autoridades del ministerio participaran para filtrar y seleccionar solo aquellos aspectos que se aplicaran en la certificación de las áreas generales donde se aplicara primeramente la plataforma de control.

A continuación se exponen los campos de certificación acompañados de todos los aspectos que este posee y se procederá a la aplicación de la técnica Panel de Expertos, con lo cual se determinó la clasificación y selección de los aspectos de certificación que se incluirán en la elaboración de la plataforma:

Tabla 122. Gestión empresarial

<b>Gestión Empresarial</b>	Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión de la calidad ISO 9001</li> <li>- Gestión avanzada 9004</li> <li>- Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485</li> <li>-Centros técnicos de tacógrafos digitales</li> <li>-Calidad de producto</li> <li>-Calidad del servicio</li> <li>- Buenas prácticas</li> <li>- Calidad del pequeño comercio</li> <li>- Proyectos de I+D+i</li> <li>-Cartas de servicio</li> <li>-ISO TS 16949</li> <li>-Certificación VDA</li> <li>-Certificación QS 9000</li> <li>- Certificación EN 9100</li> <li>- Calidad turística (Q)</li> </ul>
	Medio Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestión ambiental ISO 14001</li> <li>-Gestión del eco diseño</li> <li>-Producto ecológico</li> <li>- Servicio ecológico</li> <li>-Verificación de informes de emisiones</li> <li>-Protocolo de Kioto: MDL y AC</li> <li>-Validación de análisis y evaluación de riesgos ambientales</li> <li>-Gestión forestal sostenible</li> <li>-Cadena de custodia de los productos forestales</li> <li>-Gestión energética ISO 50001</li> </ul>
	Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001</li> <li>-Seguridad alimentaria ISO 22000</li> <li>-Seguridad de la información ISO 27001</li> <li>-Marcas AENOR para: frutas y verduras, lucha biológica contra plagas</li> <li>-Áreas de juego infantiles</li> <li>-Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales</li> <li>-Protocolos BRC y BRC-IOP</li> <li>-Protocolo IFS</li> <li>-Protocolo SAL</li> <li>-Protocolo EUREPGAP</li> <li>-Protocolo FACE</li> <li>-Mercado CE</li> <li>-Marca AENOR HAR</li> <li>-Marca ENEC 01</li> </ul>
	Responsabilidad Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestión de ONG'S</li> <li>-Gestión de la accesibilidad global</li> <li>-Responsabilidad Social</li> <li>-Gestión de la accesibilidad a páginas web</li> <li>-Instrumentos financieros éticos</li> <li>-Validación de memorias de sostenibilidad (GRI)</li> </ul>

### 3.3.4. ANÁLISIS DE COMPONENTES

Se presentan todos los requisitos por campo, donde por cada uno se tendrá una lista de indicadores de resultado que deben ser de ayuda para su control, con la coordinación con los hospitales de tercer nivel se pudo complementar la herramienta con los indicadores generales de los servicios por cada área y con la base del modelo normativo integrado se pudo completar los indicadores de gestión priorizados adecuados por cada requisito.

A continuación se presenta una tabla con todos los indicadores a utilizar en esta herramienta distribuida por campo.

#### 3.3.4.1. Total de indicadores

Tabla 123. Total de indicadores de resultado ordenados por campo

ASPECTOS DE CERTIFICACIÓN	REQUISITOS POR CAMPO	INDICADORES DE RESULTADO
ISO 9001	Toma de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.</li> <li>-Indicador de consulta externa</li> <li>-Monitorización de procesos,</li> <li>-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,</li> <li>-Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,</li> </ul>
	Desarrollo de la documentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes</li> <li>-Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes</li> <li>- Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito</li> <li>- El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.</li> <li>- Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente</li> </ul>
	Formación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados,</li> <li>- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</li> <li>-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.</li> <li>-El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento</li> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de</li> </ul>

	<p>seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</p> <p>-Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes</p>
Implantación	<p>-Indicador de informe de implementación</p> <p>-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</p> <p>-Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización</p> <p>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</p> <p>-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios</p> <p>-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes</p> <p>-Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</p> <p>-Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil</p> <p>-Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos</p> <p>-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</p> <p>-Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor</p> <p>-Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</p> <p>-Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes</p> <p>-Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión</p> <p>-Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes</p> <p>-Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes</p> <p>-Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta</p>
Auditoria interna	<p>-Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad</p> <p>-Auditorías internas de procesos</p> <p>- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas</p> <p>- Indicador de informes de resultados de los estándares</p>
Revisión por la dirección	<p>-Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</p> <p>-La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</p> <p>- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario</p> <p>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</p> <p>-Después de una nueva adquisición o la contratación de un</p>

nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,

-Análisis de demanda

-Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización

-Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso

-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad

-Absentismo laboral en profesionales

-Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria

-Pacientes que sufren broncoaspiración

-Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales

-Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical

-Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación

-Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación

-Pacientes sometidos a cirugía errónea

-Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas

-Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso

-Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados

-Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados

-Indicador de morbilidad

-Indicador de muertes maternas

-Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)

-Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)

-Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)

-Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)

-Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)

-Indicador de cirugía electiva

-Indicador de infecciones nosocomiales

-Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones

-Indicador de pacientes referidos a otras instituciones

-Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa

-Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.

-Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa

-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas

-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas

-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias

-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano

- Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de

Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485		<p>Emergencia por quirófano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> <li>- Indicador de número de trasplantes realizados</li> <li>- Indicador de Tasa bruta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa neta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por neumonía</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por IRC</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos</li> <li>- Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia</li> </ul>
	Control de la producción	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,</li> <li>-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,</li> <li>-Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,</li> <li>. Análisis de demanda</li> <li>-El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.</li> </ul>
	Gestión de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>-Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> <li>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>- Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> </ul>
	Gestión de la cadena de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.</li> <li>-Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos</li> </ul>

	<p>necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos</li> <li>-Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas</li> <li>-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.</li> </ul>
Gestión de datos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.</li> <li>-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</li> <li>-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</li> <li>-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</li> </ul>
Sistema de vigilancia del producto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas</li> <li>-Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades</li> <li>-Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario</li> <li>-Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,</li> <li>-Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados</li> <li>-Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados</li> <li>-El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.</li> <li>-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados</li> <li>-Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos</li> </ul>
Orientación a resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta</li> <li>-El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.</li> <li>-El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios</li> <li>-Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,</li> <li>-Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario</li> </ul>
Calidad de servicio	<p>Cortesía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los</li> </ul>



	usuarios y familiares, -Existe un protocolo para la identificación de pacientes -Admisión en el establecimiento de salud, -Identificar correctamente a los usuarios, -Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
Credibilidad	- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes - Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares -Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,
Capacidad de respuesta	-Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta -Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada -Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días) -Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad -Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa -Indicador de Giro Cama Pediatría -Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría -Indicador de Promedio de días estancias Pediatría -Indicador de sustitución de cama en Pediatría -Indicador de Giro Cama Neonatología -Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología -Indicador de Promedio de días estancias Neonatología -Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias -Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano -Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas -Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando
Compresión del cliente	-Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica -Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes -Programa de atención a los malos tratos, -Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado -Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para

		aprender y su disposición al aprendizaje
	Fiabilidad	- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.
	Comunicación	-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes - El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento -Se realiza el consentimiento informado. -Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,
	Seguridad	- Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución - Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes -Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes - Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes - Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes -El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios -Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes -Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros -El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas -Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas -Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes
	Accesibilidad	- El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios, - Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios. -Admisión en el establecimiento de salud,
Cartas de servicio	Ampliación y optimización de gestiones	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos, - El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,</li> <li>-Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>-Análisis de demanda</li> <li>-Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana</li> <li>- Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron</li> </ul>
Horario de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada</li> <li>- Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)</li> <li>- Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> </ul>
Tiempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)</li> <li>- Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta</li> <li>-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.</li> </ul>
Oficina de información ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,</li> <li>-Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal</li> </ul>
Atención de los ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Continuidad de la atención,</li> <li>-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.</li> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</li> </ul>

Buenas practicas

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</li> <li>Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> </ul>
Relativos al sistema de gestión e calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles</li> <li>- Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia</li> <li>-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia</li> <li>-Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo</li> <li>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados</li> <li>-Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados</li> </ul>
Relativos a la participación de la alta dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua</li> <li>- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,</li> <li>-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,</li> </ul>
Relativos a los registros de formación de empleados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,</li> <li>- Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes</li> <li>-Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes</li> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,</li> <li>-Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades</li> <li>- Indicador de curso gerencial realizado</li> </ul>
Relativos a infraestructura y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro</li> </ul>

	<p>medicina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,</li> <li>-Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas</li> <li>-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,</li> </ul>
Relativos a control de contaminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,</li> <li>-Está implantado un protocolo de lavado de manos</li> </ul>
Relativos a la fabricación del producto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,</li> </ul>
Relativos a los proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.</li> <li>-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,</li> <li>-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia</li> </ul>
Relativos a la medición y supervisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)</li> <li>-Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,</li> <li>-El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,</li> </ul>
Plan de manejo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)</li> </ul>
Objetivos y metas ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,</li> </ul>
Políticas y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.</li> </ul>
Responsabilidades definidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento</li> </ul>
Capacitación del personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el</li> </ul>

	personal.	
verificación de informes de emisiones	Documentación	- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
	Sistema de control	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia -Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario, -Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,
	Revisión	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia. -Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Documentación	-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
	Resultados de verificación	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001	Presentación de informe	- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario - Indicador de informes de resultado por servicio final - Indicador de informes con resultados de la evaluación - Indicador de informes de resultados de los estándares
	Principios generales	-Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares -Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes - Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora - Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes -Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Seguridad de las maquinas	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
	Condiciones de trabajo	-Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora - Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria -Profesionales que sufren accidentes laborales

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos</li> <li>- Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria</li> <li>- Pacientes que desarrollan lesiones por presión</li> <li>- Pacientes que refieren dolor durante el ingreso</li> <li>- Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física</li> </ul>
	Equipos de protección personal	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Ergonomía	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
Seguridad alimentaria ISO 22000	Fomentar la confianza con las partes interesadas	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
	Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
seguridad de la información ISO 27001	Proteger al paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorización de procesos,</li> <li>-Indicador de emergencia</li> </ul>
	Confidencialidad	- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,
	Integridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal</li> <li>-Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado</li> <li>-Información y vigilancia epidemiológica,</li> </ul>
	Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</li> <li>-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.</li> <li>-El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.</li> <li>-Indicador de informes de resultados</li> </ul>
Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora</li> <li>-Auditorías internas de procesos</li> <li>- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas</li> </ul>
	Análisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora</li> <li>-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.</li> </ul>

Protocolos BRC y BRC-IOP		-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,
	Verificación	- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes -Indicador de emergencia
	Reforzamiento de medidas de seguridad	-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,
Protocolo IFS	Implantación y mejora de norma	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Comparabilidad	-Monitorización de procesos,
Gestión de la accesibilidad global	Transparencia	La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
	Equidad de uso	- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
	Flexibilidad de uso	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, -Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia -El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad. -Indicador de emergencia
	Simple e intuitivo	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, -Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
	Información perceptible	- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
	Tolerancia al error	-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento - Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas
	Esfuerzo de protección	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento, -Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes -Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina
	Espacio suficiente de aproximación y uso	-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes -Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,



Responsabilidad Social	Principios y practicas relacionadas con la sociedad	- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
	Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua. -Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes -Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad -Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico -Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan
	Identificación y el compromiso con los grupos de interés	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
	Contribución de la organización con el desarrollo sostenible	- Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor - Se analizan y controlar las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,
Gestión de ONG'S	Coherencia con la Misión y valores	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
	Mejora continua	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Organización abiertas y transparentes	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, -Indicador de informes de resultados - Indicador de informes de resultado por servicio final
	Innovación social	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras, - El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,

Después de ordenar los indicadores para la herramienta por cada requisito de control se procede a agrupar los indicadores por cada área general en donde se trabaja.

**Consulta Externa**

Tabla 124. Total de indicadores de resultado de consulta externa

Requisitos por campo	Indicadores de o criterios de verificación
Toma de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de consulta externa</li> <li>-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.</li> <li>-Monitorización de procesos,</li> <li>-Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,</li> </ul>
Desarrollo de la documentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes</li> <li>- El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.</li> </ul>
Formación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento.</li> <li>-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.</li> </ul>
Implantación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> <li>-Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos</li> <li>-Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor</li> <li>-Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión</li> <li>-Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes</li> <li>-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</li> <li>-Indicador de informe de implementación</li> <li>-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</li> <li>-Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes</li> </ul>
Auditoria interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas</li> <li>-Auditorías internas de procesos</li> <li>-Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad</li> <li>- Indicador de informes de resultados de los estándares</li> </ul>
Revisión por la dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa</li> <li>-Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.</li> <li>-Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa</li> <li>-Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</li> <li>-Análisis de demanda</li> </ul>

Control de la producción	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>-El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.</li> <li>-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,</li> <li>-Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,</li> <li>-Análisis de demanda</li> </ul>
Gestión de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> <li>- Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> <li>-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> </ul>
Gestión de la cadena de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</li> <li>- Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.</li> <li>-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</li> </ul>
Gestión de datos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</li> <li>- Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.</li> <li>-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</li> </ul>
Sistema de vigilancia del producto	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas</li> <li>- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</li> <li>-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados</li> <li>-Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos</li> <li>-El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.</li> </ul>
Orientación a resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario</li> <li>-El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.</li> <li>-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta</li> </ul>
Cortesía	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>-Admisión en el establecimiento de salud,</li> <li>-Identificar correctamente a los usuarios,</li> </ul>
Credibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares</li> </ul>
Capacidad de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta</li> <li>-Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta</li> </ul>

		<p>Médica de Pediatría de primera vez (días)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> <li>-Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa</li> </ul>
Compresión del cliente		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programa de atención a los malos tratos</li> <li>-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
Fiabilidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.</li> </ul>
Comunicación		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes</li> <li>- El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento</li> </ul>
Seguridad		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes</li> <li>-El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario</li> <li>-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes</li> <li>-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios</li> <li>-Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución</li> <li>- Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes</li> </ul>
Accesibilidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Admisión en el establecimiento de salud,</li> <li>- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,</li> <li>- El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,</li> </ul>
Ampliación y optimización de gestiones		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Análisis de demanda</li> <li>-Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,</li> <li>- El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>- Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron</li> <li>- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,</li> <li>-Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana</li> </ul>
Horario de atención		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada</li> <li>- Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (día9)</li> </ul>
Tiempo de espera		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)</li> <li>- Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta</li> <li>-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.</li> </ul>
Oficina de información		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a</li> </ul>

ciudadana	la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal
Atención de los ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,</li> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> <li>-Continuidad de la atención,</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> </ul>
Relativos al sistema de gestión e calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados</li> <li>-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia</li> <li>- Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia</li> <li>-Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo</li> </ul>
Relativos a la participación de la alta dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,</li> <li>-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,</li> </ul>
Relativos a los registros de formación de empleados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,</li> <li>-Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades</li> <li>- El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,</li> </ul>
Relativos a infraestructura y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,</li> <li>-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.</li> </ul>
Relativos a control de contaminación	-Está implantado un protocolo de lavado de manos
Relativos a la fabricación del producto	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
Relativos a los proveedores	-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.
Relativos a la medición y supervisión	-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)
Plan de manejo ambiental	- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)
Objetivos y metas ambientales	-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,

Políticas y procedimientos	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
Responsabilidades definidas	- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.
Capacitación del personal	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
Documentación	- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
Sistema de control	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
Revisión	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
Documentación	-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
Resultados de verificación	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
Presentación de informe	- Indicador de informes de resultado por servicio final - Indicador de informes de resultados de los estándares - Indicador de informes con resultados de la evaluación
Principios generales	-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes -Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos. -Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares
Seguridad de las maquinas	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
Condiciones de trabajo	-Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos -Profesionales que sufren accidentes laborales -Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Equipos de protección personal	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
Ergonomía	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
Fomentar la confianza con las partes interesadas	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
Proteger al paciente	-Monitorización de procesos,
Confidencialidad	- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,

Integridad	-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal
Disponibilidad	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.
Evaluación	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas -Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora -Auditorías internas de procesos
Análisis	-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición, - Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora -Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
Verificación	- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
Reforzamiento de medidas de seguridad	-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,
Implantación y mejora de norma	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Comparabilidad	-Monitorización de procesos,
Transparencia	-La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
Equidad de uso	- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
Flexibilidad de uso	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
Simple e intuitivo	-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
Información perceptible	- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
Tolerancia al error	-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento
Esfuerzo de protección	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
Espacio suficiente de aproximación y uso	-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes
Principios y practicas relacionadas con la sociedad	- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua. -Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes
Identificación y el compromiso con los grupos de interés	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
Contribución de la organización con el desarrollo sostenible	- Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,
Coherencia con la	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes

Misión y valores Mejora continua	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
Organización abiertas y transparentes Innovación social	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, - El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones, - Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,

### Emergencias

Tabla 125. Total de indicadores de resultado de emergencias

Requisitos campo	por	Indicadores de o criterios de verificación
Toma de datos		-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes. -Monitorización de procesos, -Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos
Desarrollo de la documentación	la	-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes -Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes - Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito
Formación		- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes -Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes -Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos. -Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes
Implantación		-Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios -Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes -Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes. -Indicador de informe de implementación -El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
Auditoria interna		- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas -Auditorías internas de procesos -Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad - Indicador de informes de resultados de los estándares
Revisión por la	la	-Indicador de morbilidad



dirección

- Indicador de muertes maternas
  - Indicador de cirugía electiva
  - Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones
  - Indicador de pacientes referidos a otras instituciones
  - Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa
  - Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.
  - Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa
  - Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas
  - Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas
  - Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias
  - Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano
  - Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano
  - Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas
  - Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando
  - Indicador de número de trasplantes realizados
  - Indicador de Tasa bruta de mortalidad
  - Indicador de Tasa neta de mortalidad
  - Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte
  - Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos
  - Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente
  - Indicador de Tasa de letalidad por neumonía
  - Indicador de Tasa de letalidad por IRC
  - Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus
  - Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos
  - Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos
  - Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia
  - Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes
  - La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,
  - Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,
  - Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso
  - Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad
  - Pacientes sometidos a cirugía errónea
  - Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas
  - Análisis de demanda
  - Absentismo laboral en profesionales
  - Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes
- Control de la producción
- El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.
  - Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,
  - Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,
  - Análisis de demanda
- Gestión de riesgos
- Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos
  - Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> <li>-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
Gestión de la cadena de proveedores		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos</li> </ul>
Gestión de datos clínicos		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</li> <li>-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</li> <li>-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</li> </ul>
Sistema de vigilancia del producto		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas</li> <li>- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</li> <li>-Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades</li> <li>-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados</li> <li>-Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,</li> <li>-Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados</li> <li>-Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados</li> <li>-Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario</li> </ul>
Orientación resultados	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario</li> <li>-El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios</li> <li>-Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,</li> <li>-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta</li> </ul>
Cortesía		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>-Admisión en el establecimiento de salud,</li> <li>-Identificar correctamente a los usuarios,</li> </ul>
Credibilidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares</li> <li>- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</li> <li>-Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,</li> </ul>
Capacidad respuesta	de	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> </ul>

Compresión del cliente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> <li>-Programa de atención a los malos tratos</li> <li>-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.</li> </ul>
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes</li> <li>- El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento</li> <li>-Se realiza el consentimiento informado.</li> <li>-Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,</li> </ul>
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes</li> <li>-El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario</li> <li>-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes</li> <li>-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios</li> <li>- Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes</li> <li>-El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas</li> <li>-Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas</li> <li>-Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes</li> <li>- Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes</li> </ul>
Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Admisión en el establecimiento de salud,</li> <li>- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,</li> <li>-Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios</li> <li>- El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,</li> </ul>
Ampliación y optimización de gestiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Análisis de demanda</li> <li>-Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,</li> <li>- Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron</li> <li>- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,</li> <li>-Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana</li> </ul>
Horario de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> </ul>
Tiempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)</li> <li>-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.</li> </ul>

Oficina de información ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal</li> <li>-Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> </ul>
Atención de los ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> <li>-Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</li> <li>-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento</li> <li>-Continuidad de la atención,</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> </ul>
Relativos al sistema de gestión e calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados</li> <li>-Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados</li> <li>-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia</li> <li>- Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles</li> </ul>
Relativos a la participación de la alta dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,</li> <li>-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,</li> <li>- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua</li> </ul>
Relativos a los registros de formación de empleados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>- Indicador de curso gerencial realizado</li> <li>-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,</li> <li>-Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades</li> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes</li> </ul>
Relativos a infraestructura y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,</li> <li>-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.</li> </ul>

Relativos a control de contaminación	-Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas -El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,
Relativos a la fabricación del producto	-Está implantado un protocolo de lavado de manos
Relativos a los proveedores	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
Relativos a la medición y supervisión	-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos. -El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
Plan de manejo ambiental	-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,) -El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,
Objetivos y metas ambientales	- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)
Políticas y procedimientos	-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
Responsabilidades definidas	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
Capacitación del personal	- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.
Documentación	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
Sistema de control	- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
Revisión	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia -Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario, -Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,
Documentación	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos. -El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
Resultados de verificación	-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información

Presentación de informe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario</li> <li>- Indicador de informes de resultado por servicio final</li> <li>- Indicador de informes de resultados de los estándares</li> <li>- Indicador de informes con resultados de la evaluación</li> </ul>
Principios generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes</li> <li>- Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes</li> <li>- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</li> <li>-Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares</li> <li>- Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora</li> </ul>
Seguridad de las maquinas	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
Condiciones de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos</li> <li>-Profesionales que sufren accidentes laborales</li> <li>-Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora</li> </ul>
Equipos de protección personal	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
Ergonomía	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
Fomentar la confianza con las partes interesadas	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
Proteger al paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorización de procesos,</li> <li>-Indicador de emergencia</li> </ul>
Confidencialidad	- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,
Integridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal</li> <li>-Información y vigilancia epidemiológica,</li> <li>-Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado</li> </ul>
Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.</li> <li>-Indicador de informes de resultados</li> <li>-El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.</li> </ul>
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas</li> <li>-Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora</li> </ul>

Análisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Auditorías internas de procesos</li> <li>-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,</li> <li>- Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora</li> <li>-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.</li> </ul>
Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes</li> <li>-Indicador de emergencia</li> </ul>
Reforzamiento de medidas de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,</li> </ul>
Implantación y mejora de norma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora</li> </ul>
Comparabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorización de procesos,</li> </ul>
Transparencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,</li> </ul>
Equidad de uso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes</li> </ul>
Flexibilidad de uso	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia</li> <li>-Indicador de emergencia</li> <li>-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.</li> </ul>
Simple e intuitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,</li> <li>-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,</li> </ul>
Información perceptible	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,</li> </ul>
Tolerancia al error	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento</li> </ul>
Esfuerzo de protección	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,</li> <li>-Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina.</li> </ul>
Espacio suficiente de aproximación y uso	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes</li> </ul>
Principios y practicas relacionadas con la sociedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población</li> </ul>
Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.</li> <li>-Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes</li> <li>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico</li> <li>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan</li> </ul>
Identificación y el compromiso con los grupos de interés	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.</li> </ul>

Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
Contribución de la organización con el desarrollo sostenible	- Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas, - Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor
Coherencia con la Misión y valores	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
Mejora continua	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
Organización abiertas y transparentes	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, - Indicador de informes de resultado por servicio final -Indicador de informes de resultados
Innovación social	- El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones, - Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,

### **Cuidados Intensivos**

Tabla 126. Total de indicadores de resultado de cuidados intensivos

<b>Requisitos campo</b>	<b>por</b>	<b>Indicadores de o criterios de verificación</b>
Toma de datos		-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes. -Monitorización de procesos, -Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos -Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,
Desarrollo de la documentación	la	-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes -Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes - Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente - Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito - El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.
Formación		-El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados, -Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes -El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el



Implantación	<p>establecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización</li> <li>-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios</li> <li>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> <li>-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</li> <li>-Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil</li> <li>-Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos</li> <li>-Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor</li> <li>-Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión</li> <li>-Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta</li> <li>-Indicador de informe de implementación</li> <li>-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</li> <li>-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</li> </ul>
Auditoria interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas</li> <li>-Auditorías internas de procesos</li> <li>-Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad</li> <li>- Indicador de informes de resultados de los estándares</li> </ul>
Revisión por la dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de morbilidad</li> <li>-Indicador de muertes maternas</li> <li>-Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)</li> <li>-Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)</li> <li>-Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)</li> <li>-Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)</li> <li>-Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)</li> <li>-Indicador de cirugía electiva</li> <li>-Indicador de infecciones nosocomiales</li> <li>-Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones</li> <li>-Indicador de pacientes referidos a otras instituciones</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> </ul>

Control de la producción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de número de trasplantes realizados</li> <li>- Indicador de Tasa bruta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa neta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por neumonía</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por IRC</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos</li> <li>- Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia</li> <li>-Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</li> <li>-Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,</li> <li>- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario</li> <li>-Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso</li> <li>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>-Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria</li> <li>-Pacientes que sufren broncoaspiración</li> <li>-Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales</li> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical</li> <li>-Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación</li> <li>-Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación</li> <li>-Pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>-Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> <li>-Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso</li> <li>-Análisis de demanda</li> <li>-Absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul> <p>-El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,</p> <p>-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,</p> <p>-El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.</p> <p>-Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,</p>
Gestión de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> <li>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>-Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> </ul>

Gestión de la cadena de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> </ul>
Gestión de datos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.</li> <li>-Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.</li> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos</li> <li>-Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,</li> </ul>
Sistema de vigilancia del producto	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</li> <li>-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</li> <li>-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</li> <li>- Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.</li> </ul>
Orientación resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas</li> <li>-El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.</li> <li>-Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades</li> <li>-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados</li> <li>-Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,</li> <li>-Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados</li> <li>-Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos</li> <li>-Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados</li> <li>-Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario</li> </ul>
Cortesía	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.</li> <li>-Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario</li> <li>-El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios</li> <li>-Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,</li> <li>-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta</li> </ul>
Credibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> <li>-Admisión en el establecimiento de salud,</li> <li>-Identificar correctamente a los usuarios,</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares</li> <li>- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los</li> </ul>

<p>Capacidad respuesta</p>	<p>de</p> <p>pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,</li> <li>-Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta</li> <li>-Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)</li> <li>-Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> <li>-Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa</li> <li>-Indicador de Promedio de días estancias Pediatría</li> <li>-Indicador de Promedio de días estancias Neonatología</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>-Indicador de Giro Cama Pediatría</li> <li>-Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría</li> <li>-Indicador de sustitución de cama en Pediatría</li> <li>-Indicador de Giro Cama Neonatología</li> <li>-Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología</li> <li>-Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> </ul>
<p>Compresión cliente</p>	<p>del</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Programa de atención a los malos tratos</li> <li>-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado</li> <li>-Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>-Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica</li> </ul>
<p>Fiabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.</li> </ul>
<p>Comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes</li> <li>- El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento</li> <li>-Se realiza el consentimiento informado.</li> <li>-Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,</li> </ul>
<p>Seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes</li> <li>- Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes</li> <li>-El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario</li> <li>-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>- Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes</li> </ul>

Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</li> <li>-El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas</li> <li>-Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas</li> <li>- Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes</li> </ul>
Ampliación y optimización de gestiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Admisión en el establecimiento de salud,</li> <li>- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,</li> <li>-Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios</li> <li>- El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,</li> <li>-Análisis de demanda</li> <li>-Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,</li> <li>- Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron</li> <li>- El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,</li> <li>- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,</li> <li>-Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana</li> </ul>
Horario de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> <li>- Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada</li> <li>- Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)</li> </ul>
Tiempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)</li> <li>- Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta</li> <li>-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.</li> </ul>
Oficina de información ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal</li> <li>-Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,</li> </ul>
Atención de los ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> <li>-Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</li> </ul>

Relativos al sistema de gestión e calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-Continuidad de la atención,</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>-Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</li> </ul>
Relativos a la participación de la alta dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados</li> <li>-Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados</li> <li>-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia</li> <li>- Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles</li> <li>- Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia</li> <li>-Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo</li> </ul>
Relativos a los registros de formación de empleados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,</li> <li>-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,</li> <li>- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua</li> </ul>
Relativos a infraestructura y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>- Indicador de curso gerencial realizado</li> <li>-Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes</li> <li>-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,</li> <li>-Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades</li> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>- El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,</li> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes</li> </ul>

Relativos a control de contaminación	-Está implantado un protocolo de lavado de manos
Relativos a la fabricación del producto	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
Relativos a los proveedores	-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos. -El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
Relativos a la medición y supervisión	-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,) -El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación, -Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,
Plan de manejo ambiental	- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)
Objetivos y metas ambientales	-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
Políticas y procedimientos	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
Responsabilidades definidas	- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.
Capacitación del personal	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
Documentación	- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
Sistema de control	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia -Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario, -Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,
Revisión	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos. -El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
Documentación	-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
Resultados de verificación	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
Presentación de informe	- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario - Indicador de informes de resultado por servicio final - Indicador de informes de resultados de los estándares - Indicador de informes con resultados de la evaluación
Principios generales	-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes - Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de

	<p>los pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</li> <li>-Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares</li> <li>- Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora</li> </ul>
Seguridad de las maquinas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.</li> </ul>
Condiciones de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos</li> <li>-Profesionales que sufren accidentes laborales</li> <li>- Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria</li> <li>- Pacientes que desarrollan lesiones por presión</li> <li>- Pacientes que refieren dolor durante el ingreso</li> <li>- Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física</li> <li>-Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora</li> </ul>
Equipos de protección personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,</li> </ul>
Ergonomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.</li> </ul>
Fomentar la confianza con las partes interesadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</li> </ul>
Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora</li> </ul>
Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.</li> </ul>
Proteger al paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Monitorización de procesos,</li> </ul>
Confidencialidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,</li> </ul>
Integridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal</li> <li>-Información y vigilancia epidemiológica,</li> <li>-Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado</li> </ul>
Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.</li> <li>-Indicador de informes de resultados</li> <li>-El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.</li> </ul>
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas</li> <li>-Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora</li> <li>-Auditorías internas de procesos</li> </ul>
Análisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,</li> <li>- Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora</li> <li>-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.</li> </ul>
Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que</li> </ul>



	participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
Reforzamiento de medidas de seguridad	-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,
Implantación y mejora de norma	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Comparabilidad	-Monitorización de procesos,
Transparencia	-La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
Equidad de uso	- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
Flexibilidad de uso	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, -El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
Simple e intuitivo	-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
Información perceptible	- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
Tolerancia al error	-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento - Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas
Esfuerzo de protección	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento, -Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes -Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina.
Espacio suficiente de aproximación y uso	-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes -Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,
Principios y practicas relacionadas con la sociedad	- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua. -Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes -Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico -Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan -Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad
Identificación y el compromiso con los grupos de interés	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
Contribución de la organización con el	- Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,

desarrollo sostenible	- Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor
Coherencia con la Misión y valores	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
Mejora continua	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
Organización abiertas y transparentes	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, - Indicador de informes de resultado por servicio final -Indicador de informes de resultados
Innovación social	- El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones, - Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,

### Hospitalización

Tabla 127. Total de indicadores de resultado de hospitalización

Requisitos campo	por	Indicadores de o criterios de verificación
Toma de datos		-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes. -Monitorización de procesos, -Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos -Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,
Desarrollo de documentación	la	-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes -Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes - Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente - Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito - El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.
Formación		-Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes - Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes -El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento -Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes -Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.

Implantación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización</li> <li>-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios</li> <li>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> <li>-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</li> <li>-Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil</li> <li>-Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos</li> <li>-Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor</li> <li>-Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión</li> <li>-Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes</li> <li>-Indicador de informe de implementación</li> <li>-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</li> <li>-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</li> </ul>
Auditoria interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas</li> <li>-Auditorías internas de procesos</li> <li>-Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad</li> <li>- Indicador de informes de resultados de los estándares</li> </ul>
Revisión por la dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados</li> <li>-Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados</li> <li>-Indicador de morbilidad</li> <li>-Indicador de muertes maternas</li> <li>-Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)</li> <li>-Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)</li> <li>-Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)</li> <li>-Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)</li> <li>-Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)</li> <li>-Indicador de cirugía electiva</li> <li>-Indicador de infecciones nosocomiales</li> <li>-Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones</li> <li>-Indicador de pacientes referidos a otras instituciones</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>- Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> <li>- Indicador de número de trasplantes realizados</li> <li>- Indicador de Tasa bruta de mortalidad</li> </ul>

Control de la producción	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Tasa neta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por neumonía</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por IRC</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos</li> <li>- Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia</li> <li>-Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</li> <li>-Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,</li> <li>- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario</li> <li>-Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización</li> <li>-Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso</li> <li>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>-Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria</li> <li>-Pacientes que sufren broncoaspiración</li> <li>-Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales</li> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical</li> <li>-Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación</li> <li>-Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación</li> <li>-Pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>-Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> <li>-Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso</li> <li>-Análisis de demanda</li> <li>-Absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>-El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,</li> <li>-El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.</li> <li>-Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,</li> </ul>
Gestión de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>- Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> <li>-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>-Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> <li>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> </ul>

Gestión de la cadena de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
Gestión de datos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.</li> <li>-Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.</li> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos</li> <li>-Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas</li> <li>-Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,</li> </ul>
Sistema de vigilancia del producto	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</li> <li>-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</li> <li>- Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.</li> </ul>
Orientación resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas</li> <li>-El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.</li> <li>-Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades</li> <li>-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados</li> <li>-Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,</li> <li>-Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados</li> <li>-Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos</li> <li>-Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados</li> <li>-Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario</li> </ul>
Cortesía	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.</li> <li>-Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario</li> <li>-El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios</li> <li>-Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,</li> <li>-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta</li> </ul>
Credibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> <li>-Admisión en el establecimiento de salud,</li> <li>-Identificar correctamente a los usuarios,</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares</li> </ul>

Capacidad de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</li> <li>-Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)</li> <li>-Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> <li>-Indicador de Promedio de días estancias Pediatría</li> <li>-Indicador de Promedio de días estancias Neonatología</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano</li> <li>-Indicador de Giro Cama Pediatría</li> <li>-Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría</li> <li>-Indicador de sustitución de cama en Pediatría</li> <li>-Indicador de Giro Cama Neonatología</li> <li>-Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología</li> <li>-Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> </ul>
Compresión del cliente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programa de atención a los malos tratos</li> <li>-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>-Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica</li> </ul>
Fiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.</li> </ul>
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes</li> <li>- El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento</li> <li>-Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,</li> </ul>
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes</li> <li>- Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes</li> <li>-El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario</li> <li>-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas</li> <li>-Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas</li> <li>- Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes</li> </ul>
Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Admisión en el establecimiento de salud,</li> </ul>

Ampliación y optimización de gestiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,</li> <li>-Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios</li> <li>- El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,</li> <li>-Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,</li> <li>- Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron</li> <li>- Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,</li> <li>- El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,</li> <li>- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,</li> <li>-Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana</li> </ul>
Horario de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)</li> </ul>
Tiempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> <li>- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)</li> <li>-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.</li> </ul>
Oficina de información ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal</li> <li>-Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos</li> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,</li> </ul>
Atención de los ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> <li>-Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</li> <li>-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-Continuidad de la atención,</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>-Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</li> </ul>
Relativos al sistema de gestión e calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados</li> <li>-Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados</li> <li>-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por</li> </ul>

	pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
Relativos a la participación de la alta dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles</li> <li>-Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo</li> <li>- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,</li> <li>-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,</li> <li>- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua</li> </ul>
Relativos a los registros de formación de empleados	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>- Indicador de curso gerencial realizado</li> <li>-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,</li> <li>-Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades</li> <li>- El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,</li> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes</li> </ul>
Relativos a infraestructura y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,</li> <li>-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.</li> <li>-Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas</li> <li>-El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,</li> </ul>
Relativos a control de contaminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de lavado de manos</li> <li>-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,</li> </ul>
Relativos a la fabricación del producto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,</li> </ul>
Relativos a los proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.</li> <li>-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,</li> </ul>
Relativos a la medición y supervisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)</li> <li>-El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,</li> <li>-Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,</li> </ul>
Plan de manejo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)</li> </ul>
Objetivos y metas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la</li> </ul>



ambientales		adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
Políticas y procedimientos	y	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
Responsabilidades definidas		- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.
Capacitación personal	del	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
Documentación		- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
Sistema de control		-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia -Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario, -Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,
Revisión		-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos. -El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
Documentación		-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
Resultados de verificación	de	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
Presentación de informe	de	- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario - Indicador de informes de resultado por servicio final - Indicador de informes de resultados de los estándares - Indicador de informes con resultados de la evaluación
Principios generales		-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes - Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes -Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares - Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
Seguridad de las maquinas	de las	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
Condiciones de trabajo	de	- Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria -Profesionales que sufren accidentes laborales -Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos - Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria - Pacientes que desarrollan lesiones por presión - Pacientes que refieren dolor durante el ingreso

	- Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física -Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Equipos de protección personal	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
Ergonomía	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
Fomentar la confianza con las partes interesadas	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
Proteger al paciente	-Monitorización de procesos,
Confidencialidad	- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica, -Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal
Integridad	-Información y vigilancia epidemiológica, -Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado
Disponibilidad	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento. -Indicador de informes de resultados -El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
Evaluación	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas -Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora -Auditorías internas de procesos
Análisis	-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición, - Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
Verificación	- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
Reforzamiento de medidas de seguridad	-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,
Implantación y mejora de norma	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Comparabilidad	-Monitorización de procesos,
Transparencia	-La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
Equidad de uso	- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
Flexibilidad de uso	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, -El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
Simple e intuitivo	-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
Información	- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las

perceptible	disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
Tolerancia al error	-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento - Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas
Esfuerzo de protección	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento, -Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes -Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina.
Espacio suficiente de aproximación y uso	-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes -Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,
Principios y practicas relacionadas con la sociedad	- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua. -Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes -Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico
Identificación y el compromiso con los grupos de interés	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
Contribución de la organización con el desarrollo sostenible	- Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor
Coherencia con la Misión y valores	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
Mejora continua	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
Organización abiertas y transparentes	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, - Indicador de informes de resultado por servicio final -Indicador de informes de resultados
Innovación social	- El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones, - Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,

**Sala de operaciones**

Tabla 128. Total de indicadores de resultado de sala de operaciones

<b>Requisitos campo</b>	<b>por</b>	<b>Indicadores de o criterios de verificación</b>
Toma de datos		-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes. -Monitorización de procesos, -Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos
Desarrollo de la documentación	la	-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes -Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente - Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito - El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.
Formación		-Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes -El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento -Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes
Implantación		-Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios -Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes -Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil -Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes -Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes -Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes -Indicador de informe de implementación -El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
Auditoria interna		- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas -Auditorías internas de procesos -Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad - Indicador de informes de resultados de los estándares
Revisión por dirección	la	-Indicador de morbilidad -Indicador de muertes maternas -Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9) -Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9) -Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10) -Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14) -Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de

	<p>tránsito (V01-V89.9)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de cirugía electiva</li> <li>-Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones</li> <li>-Indicador de pacientes referidos a otras instituciones</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>- Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> <li>- Indicador de número de trasplantes realizados</li> <li>- Indicador de Tasa bruta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa neta de mortalidad</li> <li>- Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos</li> <li>-Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</li> <li>-Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,</li> <li>-Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización</li> <li>-Pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>-Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> <li>-Absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
Control de la producción	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,</li> <li>-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,</li> <li>-El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.</li> <li>-Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,</li> </ul>
Gestión de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> <li>-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>-Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
Gestión de la cadena de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos</li> <li>-Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas</li> </ul>

Gestión de datos clínicos		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</li> <li>-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</li> <li>- Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.</li> </ul>
Sistema de vigilancia del producto		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas</li> <li>-El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.</li> <li>-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados</li> <li>-Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,</li> <li>-Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados</li> <li>-Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados</li> </ul>
Orientación resultados	a	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.</li> <li>-El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios</li> <li>-Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,</li> <li>-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta</li> </ul>
Cortesía		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> <li>-Admisión en el establecimiento de salud,</li> <li>-Identificar correctamente a los usuarios,</li> </ul>
Credibilidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares</li> <li>- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</li> <li>-Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,</li> </ul>
Capacidad respuesta	de	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> </ul>
Compresión cliente	del	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programa de atención a los malos tratos</li> <li>-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
Fiabilidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.</li> </ul>

Comunicación	-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes - El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento -Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,
Seguridad	-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes - Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes -El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios -Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes -El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas -Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas -Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes - Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes
Accesibilidad	-Admisión en el establecimiento de salud, - Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios - El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,
Ampliación y optimización de gestiones	-Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras, - Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron - Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes, - Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos, -Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud, - Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana
Horario de atención	- Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
Tiempo de espera	- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas) -El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.
Oficina de información ciudadana	-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes -Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos -Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,
Atención de los ciudadanos	-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, -Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales -Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento

Relativos al sistema de gestión e calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-Continuidad de la atención,</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>-Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</li> </ul>
Relativos a la participación de la alta dirección	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados</li> <li>-Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados</li> <li>-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia</li> <li>- Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles</li> </ul>
Relativos a los registros de formación de empleados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,</li> <li>-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,</li> <li>- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua</li> </ul>
Relativos a infraestructura y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Indicador de curso gerencial realizado</li> <li>-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,</li> <li>- El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,</li> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> </ul>
Relativos a control de contaminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,</li> <li>-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.</li> <li>-El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,</li> </ul>
Relativos a la fabricación del producto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Está implantado un protocolo de lavado de manos</li> <li>-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,</li> </ul>
Relativos a los proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,</li> <li>-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.</li> <li>-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,</li> </ul>
Relativos a la medición y supervisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)</li> <li>-El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,</li> <li>-Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al</li> </ul>



		dolor,
Plan de manejo ambiental		- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)
Objetivos y metas ambientales		-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
Políticas y procedimientos	y	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
Responsabilidades definidas		- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.
Capacitación personal	del	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
Documentación		- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
Sistema de control		-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia -Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,
Revisión		-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
Documentación		-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
Resultados de verificación	de	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
Presentación de informe	de	- Indicador de informes de resultado por servicio final - Indicador de informes de resultados de los estándares - Indicador de informes con resultados de la evaluación
Principios generales		-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes - Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes -Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares - Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
Seguridad de las maquinas	de las	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
Condiciones de trabajo	de	- Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria -Profesionales que sufren accidentes laborales -Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos - Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria - Pacientes que desarrollan lesiones por presión - Pacientes que refieren dolor durante el ingreso - Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física -Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y

	se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Equipos de protección personal	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
Ergonomía	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
Fomentar la confianza con las partes interesadas	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
Proteger al paciente	-Monitorización de procesos,
Confidencialidad	- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,
Integridad	-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal -Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado
Disponibilidad	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento. -Indicador de informes de resultados -El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios -El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.
Evaluación	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas -Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora -Auditorías internas de procesos
Análisis	-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición, - Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
Verificación	- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
Reforzamiento de medidas de seguridad	-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,
Implantación y mejora de norma	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
Comparabilidad	-Monitorización de procesos,
Transparencia	-La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
Equidad de uso	- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
Flexibilidad de uso	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, -El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
Simple e intuitivo	-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
Información perceptible	- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,

Tolerancia al error Esfuerzo de protección	-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento -El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento, -Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes -Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina.
Espacio suficiente de aproximación y uso	-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes -Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,
Principios y practicas relacionadas con la sociedad	- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	-Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes -Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan
Identificación y el compromiso con los grupos de interés	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
Contribución de la organización con el desarrollo sostenible	- Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor - Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,
Coherencia con la Misión y valores Mejora continua	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes  - Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
Organización abiertas y transparentes	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales, - Indicador de informes de resultado por servicio final -Indicador de informes de resultados
Innovación social	- El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,

### 3.3.4.2. Resultado de análisis de componentes

Gracias a los análisis de componentes podremos establecer niveles de control que serán la parte de la plataforma que se encargue de generar resultados generales y específicos.

### 3.3.5. NIVELES DE CONTROL

Los niveles de control son el régimen al cual se someterán todos los requisitos por campo siendo clasificados por secciones según sea el peso del indicador y así poder estimar que tan alto o bajo es el rendimiento por cada campo.

#### 3.3.5.1. Niveles de Indicadores

Según el nivel de complejidad y exigencias se reordenaran los indicadores en tres grupos:

- Grupo I
- Grupo II
- Grupo III

Cada grupo será descrito a continuación:

Tabla 129. Clasificación del nivel de indicador

Tipo de indicador	Definición de clasificación
<b>Grupo I BASICO</b>	Son los criterios con los que se controlan las evidencias que contemplan aspectos de la atención del profesional relacionados con las atenciones básicas, los derechos consolidados de los pacientes, control del estado actual del servicio, la personalización de los cuidados y los elementos estratégicos,
<b>Grupo II INTERMEDIO</b>	Son los criterios que contemplan, con mayor grado de exigencia, aspectos de la atención el profesional relacionados con los derechos consolidados de los ciudadanos, la personalización de los cuidados, los elementos estratégicos y las tendencias de la situación de salud en la población, incluyendo la documentación, junto con las evidencias que nos hablan del rol asistencial, docente, investigador y gestor de una atención profesional consolidada.
<b>Grupo III AVANZADO</b>	Evidencias que convierten al campo en referente para el resto de la unidad en el ámbito gerencial y en aspectos de mejora continua

Fuente. MINSAL

Se clasifican los indicadores de cada área en los tres grupos antes definidos como Básico, Intermedio y Avanzado.

#### 3.3.5.2. Clasificación de los indicadores de cada área

## Consulta Externa

Tabla 130. Clasificación de indicadores de consulta externa

Requisitos por campo	NIVEL	Indicadores de o criterios de verificación
<b>Toma de datos</b>	Básico	-Indicador de consulta externa
	Intermedio	-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.
	Avanzado	-Monitorización de procesos, -Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,
<b>Desarrollo de la documentación</b>	Básico	-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes
	Intermedio	- El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.
	Avanzado	
<b>Formación</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento.
	Intermedio	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Avanzado	
<b>Implantación</b>	Básico	-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales -Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos -Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor -Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes -Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes -Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión -Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes
	Intermedio	-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes -Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes. -Indicador de informe de implementación
	Avanzado	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios -Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes
<b>Auditoria interna</b>	Básico	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Intermedio	-Auditorías internas de procesos
	Avanzado	-Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad - Indicador de informes de resultados de los estándares
<b>Revisión por la</b>	Básico	-Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta

<b>dirección</b>		externa -Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez. -Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa
	Intermedio	-Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes -La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,
	Avanzado	-Análisis de demanda -Absentismo laboral en profesionales -Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes
<b>Control de la producción</b>	Básico	-El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.
	Intermedio	-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,
	Avanzado	-Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios, -Análisis de demanda
<b>Gestión de riesgos</b>	Básico	-Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios - Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos
	Intermedio	-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados -Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales
	Avanzado	-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes -Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad
<b>Gestión de la cadena de proveedores</b>	Básico	-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Gestión de datos clínicos</b>	Básico	-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,
	Intermedio	- Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.
	Avanzado	-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales
<b>Sistema de vigilancia del producto</b>	Básico	-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas
	Intermedio	- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes -Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados -Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos
	Avanzado	-El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la

		conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.
<b>Orientación resultados</b>	Básico	-Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario
	Intermedio	-El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.
	Avanzado	-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta
<b>Cortesía</b>	Básico	-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,
	Intermedio	-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
	Avanzado	-Existe un protocolo para la identificación de pacientes -Admisión en el establecimiento de salud, -Identificar correctamente a los usuarios,
<b>Credibilidad</b>	Básico	- Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Capacidad respuesta</b>	Básico	-Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta -Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada
	Intermedio	-Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días) -Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
	Avanzado	-Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa
<b>Comprensión del cliente</b>	Básico	-Programa de atención a los malos tratos
	Intermedio	-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultados
	Avanzado	-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes
<b>Fiabilidad</b>	Básico	- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Comunicación</b>	Básico	-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes
	Intermedio	- El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento
	Avanzado	
<b>Seguridad</b>	Básico	- Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes -El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario
	Intermedio	-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios

	Avanzado	-Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución - Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes
<b>Accesibilidad</b>	Básico	-Admisión en el establecimiento de salud,
	Intermedio	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
	Avanzado	- El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,
<b>Ampliación y optimización de gestiones</b>	Básico	-Análisis de demanda -Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,
	Intermedio	- El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes, -Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes - Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron
	Avanzado	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos, -Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud, - Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana
<b>Horario de atención</b>	Básico	- Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada - Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (día9)
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Tiempo de espera</b>	Básico	- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas) - Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta
	Intermedio	-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.
	Avanzado	
<b>Oficina de información ciudadana</b>	Básico	-Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal
	Intermedio	-Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,
	Avanzado	-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,
<b>Atención de los ciudadanos</b>	Básico	-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, -Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,
	Intermedio	-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
	Avanzado	-Continuidad de la atención, -Existe un protocolo para la identificación de pacientes



<b>Relativos al sistema de gestión e calidad</b>	Básico	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados
	Intermedio	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Avanzado	- Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia -Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo
<b>Relativos a la participación de la alta dirección</b>	Básico	- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,
	Intermedio	-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,
	Avanzado	
<b>Relativos a los registros de formación empleados</b>	Básico	- Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad -Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes
	Intermedio	-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias, -Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades
	Avanzado	- El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,
<b>Relativos a infraestructura y mantenimiento</b>	Básico	-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,
	Intermedio	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
	Avanzado	
<b>Relativos a control de contaminación</b>	Básico	-Está implantado un protocolo de lavado de manos
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Relativos a la fabricación del producto</b>	Básico	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Relativos a los proveedores</b>	Básico	-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Relativos a la medición y supervisión</b>	Básico	-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)
	Intermedio	

	Avanzado	
<b>Plan de manejo ambiental</b>	Básico	- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Objetivos y metas ambientales</b>	Básico	-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Políticas y procedimientos</b>	Básico	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Responsabilidades definidas</b>	Básico	- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Capacitación del personal</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Documentación</b>	Básico	- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Sistema de control</b>	Básico	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Revisión</b>	Básico	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Documentación</b>	Básico	-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,

	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Resultados de verificación</b>	Básico	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Presentación de informe</b>	Básico	- Indicador de informes de resultado por servicio final
	Intermedi o	- Indicador de informes de resultados de los estándares
	Avanzado	- Indicador de informes con resultados de la evaluación
<b>Principios generales</b>	Básico	-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes
	Intermedi o	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Avanzado	-Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares
<b>Seguridad de las maquinas</b>	Básico	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Condiciones de trabajo</b>	Básico	-Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos -Profesionales que sufren accidentes laborales
	Intermedi o	-Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Avanzado	
<b>Equipos de protección personal</b>	Básico	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Ergonomía</b>	Básico	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Fomentar la confianza con las partes interesadas</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Identificar,</b>	Básico	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad

<b>gestionar y mitigar los riesgos</b>		de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones</b>	Básico	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Proteger al paciente</b>	Básico	-Monitorización de procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Confidencialidad</b>	Básico	- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Integridad</b>	Básico	-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Disponibilidad</b>	Básico	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Evaluación</b>	Básico	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Intermedio	-Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora
	Avanzado	-Auditorías internas de procesos
<b>Análisis</b>	Básico	-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,
	Intermedio	- Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
	Avanzado	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
<b>Verificación</b>	Básico	- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Reforzamiento de medidas de</b>	Básico	-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,

<b>seguridad</b>	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Implantación y mejora de norma</b>	Básico	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Comparabilidad</b>	Básico	-Monitorización de procesos,
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Transparencia</b>	Básico	-La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Equidad de uso</b>	Básico	- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Flexibilidad de uso</b>	Básico	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Simple e intuitivo</b>	Básico	-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Información perceptible</b>	Básico	- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Tolerancia al error</b>	Básico	-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Esfuerzo de protección</b>	Básico	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Intermedi o	

	Avanzado	
<b>Espacio suficiente de aproximación y uso</b>	Básico	-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Principios y practicas relacionadas con la sociedad</b>	Básico	- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia</b>	Básico	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.
	Intermedio	-Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes
	Avanzado	
<b>Identificación y el compromiso con los grupos de interés</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización</b>	Básico	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Contribución de la organización con el desarrollo sostenible</b>	Básico	- Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Coherencia con la Misión y valores</b>	Básico	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Mejora continua</b>	Básico	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Organización abiertas y transparentes</b>	Básico	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Innovación social</b>	Básico	- El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,
	Intermedio	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que

		se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Avanzado	

## Emergencias

Tabla 131. Clasificación de indicadores de emergencia

Requisitos por campo	NIVEL	Indicadores de o criterios de verificación
<b>Toma de datos</b>	Básico	-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.
	Intermedio	-Monitorización de procesos,
	Avanzado	-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos
<b>Desarrollo de la documentación</b>	Básico	-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes
	Intermedio	-Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes
	Avanzado	- Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito
<b>Formación</b>	Básico	- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes -Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes
	Intermedio	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Avanzado	-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes
<b>Implantación</b>	Básico	-Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios
	Intermedio	-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes -Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes. -Indicador de informe de implementación
	Avanzado	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
<b>Auditoria interna</b>	Básico	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Intermedio	-Auditorías internas de procesos
	Avanzado	-Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad - Indicador de informes de resultados de los estándares
<b>Revisión por la dirección</b>	Básico	-Indicador de morbilidad -Indicador de muertes maternas -Indicador de cirugía electiva -Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de pacientes referidos a otras instituciones</li> <li>-Indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa</li> <li>-Indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez.</li> <li>-Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>- Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> <li>- Indicador de número de trasplantes realizados</li> <li>- Indicador de Tasa bruta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa neta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por neumonía</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por IRC</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos</li> <li>- Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</li> <li>-Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,</li> <li>-Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso</li> <li>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>-Pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>-Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Análisis de demanda</li> <li>-Absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
<b>Control de la producción</b>	Básico	-El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.
	Intermedio	-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,



	Avanzado	-Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios, -Análisis de demanda
<b>Gestión de riesgos</b>	Básico	- Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos - Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico - Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos
	Intermedio	-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados -Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales
	Avanzado	-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes
<b>Gestión de la cadena de proveedores</b>	Básico	-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos
	Intermedio	-Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos
	Avanzado	
<b>Gestión de datos clínicos</b>	Básico	-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,
	Intermedio	-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes
	Avanzado	-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales
<b>Sistema de vigilancia del producto</b>	Básico	-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas
	Intermedio	- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes -Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades -Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados -Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales, -Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados
	Avanzado	-Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados -Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario
<b>Orientación a resultados</b>	Básico	-Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario
	Intermedio	-El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios -Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,
	Avanzado	-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta
<b>Cortesía</b>	Básico	-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,
	Intermedio	-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
	Avanzado	-Existe un protocolo para la identificación de pacientes -Admisión en el establecimiento de salud,

<b>Credibilidad</b>	Básico	-Identificar correctamente a los usuarios, - Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares
	Intermedio	- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
	Avanzado	-Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,
<b>Capacidad de respuesta</b>	Básico	-Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
	Intermedio	-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano -Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano
	Avanzado	-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas -Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando
<b>Compresión del cliente</b>	Básico	-Programa de atención a los malos tratos
	Intermedio	-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado
	Avanzado	-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes
<b>Fiabilidad</b>	Básico	- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Comunicación</b>	Básico	-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes
	Intermedio	- El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento
	Avanzado	-Se realiza el consentimiento informado. -Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,
<b>Seguridad</b>	Básico	- Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes -El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario
	Intermedio	-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios - Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes -El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas -Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas

		-Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes
	Avanzado	- Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes
<b>Accesibilidad</b>	Básico	-Admisión en el establecimiento de salud,
	Intermedio	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios
	Avanzado	- El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,
<b>Ampliación y optimización de gestiones</b>	Básico	-Análisis de demanda -Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,
	Intermedio	- Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron
	Avanzado	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos, -Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud, - Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana
<b>Horario de atención</b>	Básico	- Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Tiempo de espera</b>	Básico	- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)
	Intermedio	-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.
	Avanzado	
<b>Oficina de información ciudadana</b>	Básico	-Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal
	Intermedio	-Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos -Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes
	Avanzado	-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,
<b>Atención de los ciudadanos</b>	Básico	-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, -Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,
	Intermedio	-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales -Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes. -Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento

	Avanzado	-Continuidad de la atención, -Existe un protocolo para la identificación de pacientes
<b>Relativos al sistema de gestión de calidad</b>	Básico	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados -Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados
	Intermedio	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Avanzado	- Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles
<b>Relativos a la participación de la alta dirección</b>	Básico	- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,
	Intermedio	-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,
	Avanzado	- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua
<b>Relativos a los registros de formación de empleados</b>	Básico	- Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad -Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes - Indicador de curso gerencial realizado
	Intermedio	-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias, -Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades -Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes
	Avanzado	-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales, -Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes
<b>Relativos a infraestructura y mantenimiento</b>	Básico	-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,
	Intermedio	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina. -Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas
	Avanzado	-El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,
<b>Relativos a control de contaminación</b>	Básico	-Está implantado un protocolo de lavado de manos
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Relativos a la fabricación del producto</b>	Básico	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Relativos a los proveedores</b>	Básico	-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.

	Intermedio	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Avanzado	
<b>Relativos a la medición y supervisión</b>	Básico	-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)
	Intermedio	-El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,
	Avanzado	
<b>Plan de manejo ambiental</b>	Básico	- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Objetivos y metas ambientales</b>	Básico	-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Políticas y procedimientos</b>	Básico	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Responsabilidades definidas</b>	Básico	- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Capacitación del personal</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Documentación</b>	Básico	- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Sistema de control</b>	Básico	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Intermedio	-Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,
	Avanzado	-Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,
<b>Revisión</b>	Básico	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Intermedio	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en

		todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
	Avanzado	
<b>Documentación</b>	Básico	-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Resultados de verificación</b>	Básico	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Presentación de informe</b>	Básico	- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario - Indicador de informes de resultado por servicio final
	Intermedio	- Indicador de informes de resultados de los estándares
	Avanzado	- Indicador de informes con resultados de la evaluación
<b>Principios generales</b>	Básico	-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes
	Intermedio	- Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
	Avanzado	-Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares - Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
<b>Seguridad de las maquinas</b>	Básico	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Condiciones de trabajo</b>	Básico	-Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos -Profesionales que sufren accidentes laborales
	Intermedio	-Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Avanzado	
<b>Equipos de protección personal</b>	Básico	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Ergonomía</b>	Básico	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Fomentar la confianza con las partes</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios

<b>interesadas</b>	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Identificar, gestionar y mitigar los riesgos</b>	Básico	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones</b>	Básico	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Proteger al paciente</b>	Básico	-Monitorización de procesos,
	Intermedio	-Indicador de emergencia
	Avanzado	
<b>Confidencialidad</b>	Básico	- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Integridad</b>	Básico	-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal
	Intermedio	-Información y vigilancia epidemiológica,
	Avanzado	-Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado
<b>Disponibilidad</b>	Básico	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.
	Intermedio	-Indicador de informes de resultados
	Avanzado	-El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.
<b>Evaluación</b>	Básico	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Intermedio	-Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora
	Avanzado	-Auditorías internas de procesos
<b>Análisis</b>	Básico	-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,
	Intermedio	- Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
	Avanzado	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
<b>Verificación</b>	Básico	- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
	Intermedio	-Indicador de emergencia
	Avanzado	
<b>Reforzamiento de medidas de seguridad</b>	Básico	-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,
	Intermedio	
	Avanzado	

<b>Implantación y mejora de norma</b>	Básico	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Comparabilidad</b>	Básico	-Monitorización de procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Transparencia</b>	Básico	-La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Equidad de uso</b>	Básico	- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Flexibilidad de uso</b>	Básico	-Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia
	Intermedio	-Indicador de emergencia
	Avanzado	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
<b>Simple e intuitivo</b>	Básico	-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
	Intermedio	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Avanzado	
<b>Información perceptible</b>	Básico	- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Tolerancia al error</b>	Básico	-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Esfuerzo de protección</b>	Básico	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Intermedio	-Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes
	Avanzado	-Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina.
<b>Espacio suficiente de aproximación y uso</b>	Básico	-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	



<b>Principios y practicas relacionadas con la sociedad</b>	Básico	- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia</b>	Básico	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.
	Intermedio	-Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes
	Avanzado	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico -Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan
<b>Identificación y el compromiso con los grupos de interés</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización</b>	Básico	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Contribución de la organización con el desarrollo sostenible</b>	Básico	- Se analizan y controlar las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,
	Intermedio	- Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor
	Avanzado	
<b>Coherencia con la Misión y valores</b>	Básico	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Mejora continua</b>	Básico	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Organización abiertas y transparentes</b>	Básico	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Intermedio	- Indicador de informes de resultado por servicio final
	Avanzado	-Indicador de informes de resultados
<b>Innovación social</b>	Básico	- El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,
	Intermedio	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Avanzado	

## Cuidados Intensivos

Tabla 132. Clasificación de indicadores de cuidados intensivos

Requisitos por campo	NIVEL	Indicadores de o criterios de verificación
<b>Toma de datos</b>	Básico	-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.
	Intermedio	-Monitorización de procesos,
	Avanzado	-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos -Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,
<b>Desarrollo de la documentación</b>	Básico	-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes
	Intermedio	-Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes - Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente
	Avanzado	- Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito - El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.
<b>Formación</b>	Básico	-El establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados, -Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes
	Intermedio	-El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento
	Avanzado	-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes
<b>Implantación</b>	Básico	-Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios -Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales
	Intermedio	-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes -Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes. -Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil -Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor</li> <li>-Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión</li> <li>-Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de necesidades de cuidados al alta</li> <li>-Indicador de informe de implementación</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</li> <li>-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</li> </ul>
<b>Auditoria interna</b>	Básico	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Intermedio	-Auditorías internas de procesos
	Avanzado	-Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad - Indicador de informes de resultados de los estándares
<b>Revisión por la dirección</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de morbilidad</li> <li>-Indicador de muertes maternas</li> <li>-Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)</li> <li>-Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)</li> <li>-Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)</li> <li>-Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)</li> <li>-Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)</li> <li>-Indicador de cirugía electiva</li> <li>-Indicador de infecciones nosocomiales</li> <li>-Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones</li> <li>-Indicador de pacientes referidos a otras instituciones</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> <li>- Indicador de número de trasplantes realizados</li> <li>- Indicador de Tasa bruta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa neta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por neumonía</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por IRC</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos</li> <li>- Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</li> <li>-Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,</li> <li>- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario</li> <li>-Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso</li> <li>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>-Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria</li> <li>-Pacientes que sufren broncoaspiración</li> <li>-Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales</li> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical</li> <li>-Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación</li> <li>-Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación</li> <li>-Pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>-Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> <li>-Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Análisis de demanda</li> <li>-Absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
<b>Control de la producción</b>	Básico	-El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,</li> <li>-El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.</li> </ul>
	Avanzado	-Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,
<b>Gestión de riesgos</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> <li>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> </ul>

	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>-Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> <li>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> </ul>
<b>Gestión de la cadena de proveedores</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.</li> <li>-Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,</li> </ul>
<b>Gestión de datos clínicos</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</li> <li>-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.</li> </ul>
<b>Sistema de vigilancia del producto</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas</li> <li>-El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades</li> <li>-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados</li> <li>-Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,</li> <li>-Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados</li> <li>-Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados</li> <li>-Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario</li> </ul>
<b>Orientación a resultados</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.</li> <li>-Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte</li> </ul>

		sanitario
	Intermedio	-El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios -Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,
	Avanzado	-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta
<b>Cortesía</b>	Básico	-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,
	Intermedio	-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
	Avanzado	-Admisión en el establecimiento de salud, -Identificar correctamente a los usuarios,
<b>Credibilidad</b>	Básico	- Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares
	Intermedio	- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
	Avanzado	-Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,
<b>Capacidad de respuesta</b>	Básico	-Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta -Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada -Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días) -Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
	Intermedio	-Indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa -Indicador de Promedio de días estancias Pediatría -Indicador de Promedio de días estancias Neonatología -Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano
	Avanzado	-Indicador de Giro Cama Pediatría -Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría -Indicador de sustitución de cama en Pediatría -Indicador de Giro Cama Neonatología -Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología -Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas -Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando
<b>Comprensión del cliente</b>	Básico	-Programa de atención a los malos tratos
	Intermedio	-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado -Se evalúa la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje
	Avanzado	-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes -Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan

		las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica
<b>Fiabilidad</b>	Básico	- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Comunicación</b>	Básico	-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes
	Intermedio	- El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento
	Avanzado	-Se realiza el consentimiento informado. -Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,
<b>Seguridad</b>	Básico	-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes - Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes -El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario
	Intermedio	-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios -Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes - Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes -Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros -El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas -Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas
	Avanzado	- Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes
<b>Accesibilidad</b>	Básico	-Admisión en el establecimiento de salud,
	Intermedio	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios
	Avanzado	- El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,
<b>Ampliación y optimización de gestiones</b>	Básico	-Análisis de demanda -Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,
	Intermedio	- Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron - El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,
	Avanzado	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana</li> </ul>
<b>Horario de atención</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada</li> <li>- Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)</li> </ul>
	Avanzado	
<b>Tiempo de espera</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)</li> <li>- Indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta</li> </ul>
	Intermedio	-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.
	Avanzado	
<b>Oficina de información ciudadana</b>	Básico	-Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,</li> </ul>
<b>Atención de los ciudadanos</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> <li>-Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</li> <li>-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Continuidad de la atención,</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>-Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</li> </ul>
<b>Relativos al sistema de gestión e calidad</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados</li> <li>-Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados</li> </ul>
	Intermedio	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales



	o	presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles</li> <li>- Premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia</li> <li>-Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo</li> </ul>
<b>Relativos a la participación de la alta dirección</b>	Básico	- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,
	Intermedio	-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,
	Avanzado	- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua
<b>Relativos a los registros de formación de empleados</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dispone de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>- Indicador de curso gerencial realizado</li> <li>-Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias,</li> <li>-Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades</li> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>- El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes</li> </ul>
<b>Relativos a infraestructura y mantenimiento</b>	Básico	-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.</li> <li>-Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas</li> </ul>
	Avanzado	-El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,
<b>Relativos a control</b>	Básico	-Está implantado un protocolo de lavado de manos

<b>de contaminación</b>	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Relativos a la fabricación del producto</b>	Básico	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Relativos a los proveedores</b>	Básico	-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.
	Intermedi o	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Avanzado	
<b>Relativos a la medición y supervisión</b>	Básico	-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)
	Intermedi o	-El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,
	Avanzado	-Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,
<b>Plan de manejo ambiental</b>	Básico	- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Objetivos y metas ambientales</b>	Básico	-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Políticas y procedimientos</b>	Básico	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Responsabilidades definidas</b>	Básico	- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.
	Intermedi o	
	Avanzado	
<b>Capacitación del personal</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Intermedi o	
	Avanzado	

<b>Documentación</b>	Básico	- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Sistema de control</b>	Básico	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Intermedio	-Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,
	Avanzado	-Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,
<b>Revisión</b>	Básico	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Intermedio	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
	Avanzado	
<b>Documentación</b>	Básico	-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Resultados de verificación</b>	Básico	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Presentación de informe</b>	Básico	- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario - Indicador de informes de resultado por servicio final
	Intermedio	- Indicador de informes de resultados de los estándares
	Avanzado	- Indicador de informes con resultados de la evaluación
<b>Principios generales</b>	Básico	-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes
	Intermedio	- Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
	Avanzado	-Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares - Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
<b>Seguridad de las maquinas</b>	Básico	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
	Intermedio	

	o	
	Avanzado	
<b>Condiciones de trabajo</b>	Básico	-Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos -Profesionales que sufren accidentes laborales - Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria - Pacientes que desarrollan lesiones por presión - Pacientes que refieren dolor durante el ingreso - Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física
	Intermedio	-Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Avanzado	
<b>Equipos de protección personal</b>	Básico	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Ergonomía</b>	Básico	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Fomentar la confianza con las partes interesadas</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Identificar, gestionar y mitigar los riesgos</b>	Básico	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones</b>	Básico	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Proteger al paciente</b>	Básico	-Monitorización de procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Confidencialidad</b>	Básico	- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,
	Intermedio	

	Avanzado	
<b>Integridad</b>	Básico	-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal
	Intermedio	-Información y vigilancia epidemiológica,
	Avanzado	-Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado
<b>Disponibilidad</b>	Básico	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.
	Intermedio	-Indicador de informes de resultados
	Avanzado	-El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.
<b>Evaluación</b>	Básico	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Intermedio	-Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora
	Avanzado	-Auditorías internas de procesos
<b>Análisis</b>	Básico	-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,
	Intermedio	- Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
	Avanzado	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
<b>Verificación</b>	Básico	- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Reforzamiento de medidas de seguridad</b>	Básico	-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Implantación y mejora de norma</b>	Básico	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Comparabilidad</b>	Básico	-Monitorización de procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Transparencia</b>	Básico	-La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
	Intermedio	
	Avanzado	

<b>Equidad de uso</b>	Básico	- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Flexibilidad de uso</b>	Básico	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Intermedio	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
	Avanzado	
<b>Simple e intuitivo</b>	Básico	-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
	Intermedio	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Avanzado	
<b>Información perceptible</b>	Básico	- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Tolerancia al error</b>	Básico	-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento
	Intermedio	- Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas
	Avanzado	
<b>Esfuerzo de protección</b>	Básico	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Intermedio	-Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes
	Avanzado	-Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina.
<b>Espacio suficiente de aproximación y uso</b>	Básico	-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes -Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Principios y practicas relacionadas con la sociedad</b>	Básico	- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia</b>	Básico	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.
	Intermedio	-Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes
	Avanzado	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico

		<p>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan</p> <p>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</p>
<b>Identificación y el compromiso con los grupos de interés</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización</b>	Básico	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Contribución de la organización con el desarrollo sostenible</b>	Básico	- Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,
	Intermedio	- Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor
	Avanzado	
<b>Coherencia con la Misión y valores</b>	Básico	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Mejora continua</b>	Básico	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Organización abiertas y transparentes</b>	Básico	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Intermedio	- Indicador de informes de resultado por servicio final
	Avanzado	-Indicador de informes de resultados
<b>Innovación social</b>	Básico	- El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,
	Intermedio	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Avanzado	

## Hospitalización

Tabla 133. Clasificación de indicadores de hospitalización

Requisitos por campo	NIVEL	Indicadores de o criterios de verificación
Toma de datos	Básico	-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.
	Intermedio	-Monitorización de procesos,
	Avanzado	-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos -Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,
Desarrollo de la documentación	Básico	-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes
	Intermedio	-Se incluye en el modelo de cuidados del centro el desarrollo de aspectos de seguridad de los pacientes - Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente
	Avanzado	- Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito - El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.
Formación	Básico	-Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes - Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
	Intermedio	-El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento
	Avanzado	-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes -Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
Implantación	Básico	-Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios -Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales
	Intermedio	-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes -Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes. -Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos



		<p>adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de cuidados a pacientes paliativos</li> <li>-Está implantado un protocolo del manejo del paciente con dolor</li> <li>-Está implantado un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión</li> <li>-Está implantado un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes</li> <li>-Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes</li> <li>-Indicador de informe de implementación</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</li> <li>-Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</li> </ul>
<b>Auditoria interna</b>	Básico	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Intermedio	-Auditorías internas de procesos
	Avanzado	-Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad - Indicador de informes de resultados de los estándares
<b>Revisión por la dirección</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de morbilidad de pacientes hospitalizados</li> <li>-Indicador de mortalidad de pacientes hospitalizados</li> <li>-Indicador de morbilidad</li> <li>-Indicador de muertes maternas</li> <li>-Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)</li> <li>-Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9)</li> <li>-Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)</li> <li>-Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)</li> <li>-Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)</li> <li>-Indicador de cirugía electiva</li> <li>-Indicador de infecciones nosocomiales</li> <li>-Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones</li> <li>-Indicador de pacientes referidos a otras instituciones</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>- Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano</li> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> <li>- Indicador de número de trasplantes realizados</li> <li>- Indicador de Tasa bruta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa neta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de</li> </ul>

		<p>transporte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos</li> <li>-Indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por neumonía</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por IRC</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus</li> <li>-Indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos</li> <li>- Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</li> <li>-Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,</li> <li>- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario</li> <li>-Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización</li> <li>-Pacientes a los que se les aplica el protocolo de acogida al ingreso</li> <li>-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>-Pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria</li> <li>-Pacientes que sufren broncoaspiración</li> <li>-Pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales</li> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical</li> <li>-Pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación</li> <li>-Pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación</li> <li>-Pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>-Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> <li>-Pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Análisis de demanda</li> <li>-Absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
<b>Control de la producción</b>	Básico	-El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,
	Intermedio	-El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.
	Avanzado	-Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,
<b>Gestión de riesgos</b>	Básico	-Pacientes que perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>-Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> <li>-Se planifica e implementa un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
<b>Gestión de la cadena de proveedores</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.</li> <li>-Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital.</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos</li> <li>-Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,</li> </ul>
<b>Gestión de datos clínicos</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.</li> </ul>
<b>Sistema de vigilancia del producto</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas</li> <li>-El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades</li> <li>-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados</li> <li>-Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,</li> <li>-Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados</li> <li>-Pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión sin registros de monitorización de niveles plasmáticos</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados</li> <li>-Se garantiza el control de la caducidad y condiciones de</li> </ul>

		almacenamiento de los medicamentos y material sanitario
<b>Orientación resultados</b>	Básico	-El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones. -Pacientes que perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario
	Intermedio	-El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios -Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,
	Avanzado	-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta
<b>Cortesía</b>	Básico	-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, -Existe un protocolo para la identificación de pacientes
	Intermedio	-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
	Avanzado	-Admisión en el establecimiento de salud, -Identificar correctamente a los usuarios,
<b>Credibilidad</b>	Básico	- Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares
	Intermedio	- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
	Avanzado	-Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,
<b>Capacidad de respuesta</b>	Básico	-Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días) -Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
	Intermedio	-Indicador de Promedio de días estancias Pediatría -Indicador de Promedio de días estancias Neonatología -Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano -Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano
	Avanzado	-Indicador de Giro Cama Pediatría -Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría -Indicador de sustitución de cama en Pediatría -Indicador de Giro Cama Neonatología -Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología -Indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas -Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando
<b>Comprensión del cliente</b>	Básico	-Programa de atención a los malos tratos
	Intermedio	-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado
	Avanzado	-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes -Los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan

		las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica
<b>Fiabilidad</b>	Básico	- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Comunicación</b>	Básico	-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes
	Intermedio	- El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento
	Avanzado	-Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,
<b>Seguridad</b>	Básico	-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes - Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes -El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario
	Intermedio	-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios -Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes -El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas -Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas
	Avanzado	- Profesionales que perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes
<b>Accesibilidad</b>	Básico	-Admisión en el establecimiento de salud,
	Intermedio	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios
	Avanzado	- El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,
<b>Ampliación y optimización de gestiones</b>	Básico	-Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,
	Intermedio	- Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron - Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes, - El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,
	Avanzado	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos, -Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>- Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana</li> </ul>
<b>Horario de atención</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)</li> <li>- Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> </ul>
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Tiempo de espera</b>	Básico	- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)
	Intermedio	-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.
	Avanzado	
<b>Oficina de información ciudadana</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>-Se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal</li> </ul>
	Intermedio	-Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>-Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,</li> </ul>
<b>Atención de los ciudadanos</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</li> <li>-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está implantado un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes.</li> <li>-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento</li> <li>-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Continuidad de la atención,</li> <li>-Existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>-Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</li> </ul>
<b>Relativos al sistema de gestión e calidad</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados</li> <li>-Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados</li> </ul>
	Intermedio	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Avanzado	- Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles

		-Está implantado un protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo
<b>Relativos a la participación de la alta dirección</b>	Básico	- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,
	Intermedio	-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,
	Avanzado	- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua
<b>Relativos a los registros de formación de empleados</b>	Básico	-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes - Indicador de curso gerencial realizado
	Intermedio	-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias, -Profesionales que perciben alta rotación en los servicios/ unidades - El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,
	Avanzado	-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales, -Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes
<b>Relativos a infraestructura y mantenimiento</b>	Básico	-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,
	Intermedio	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina. -Está implantado un protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas
	Avanzado	-El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,
<b>Relativos a control de contaminación</b>	Básico	-Está implantado un protocolo de lavado de manos
	Intermedio	-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
	Avanzado	
<b>Relativos a la fabricación del producto</b>	Básico	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Relativos a los proveedores</b>	Básico	-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.
	Intermedio	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Avanzado	

<b>Relativos a la medición y supervisión</b>	Básico	-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)
	Intermedio	-El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,
	Avanzado	-Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,
<b>Plan de manejo ambiental</b>	Básico	- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Objetivos y metas ambientales</b>	Básico	-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Políticas y procedimientos</b>	Básico	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Responsabilidades definidas</b>	Básico	- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Capacitación del personal</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Documentación</b>	Básico	- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Sistema de control</b>	Básico	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Intermedio	-Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,
	Avanzado	-Los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,
<b>Revisión</b>	Básico	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y



		variaciones evidentes en los datos.
	Intermedio	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
	Avanzado	
<b>Documentación</b>	Básico	-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Resultados de verificación</b>	Básico	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Presentación de informe</b>	Básico	- Pacientes que perciben accesible y seguro el entorno hospitalario - Indicador de informes de resultado por servicio final
	Intermedio	- Indicador de informes de resultados de los estándares
	Avanzado	- Indicador de informes con resultados de la evaluación
<b>Principios generales</b>	Básico	-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes
	Intermedio	- Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
	Avanzado	-Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares - Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
<b>Seguridad de las maquinas</b>	Básico	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Condiciones de trabajo</b>	Básico	- Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria -Profesionales que sufren accidentes laborales -Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos - Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria - Pacientes que desarrollan lesiones por presión - Pacientes que refieren dolor durante el ingreso - Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física
	Intermedio	-Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Avanzado	

<b>Equipos de protección personal</b>	Básico	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Ergonomía</b>	Básico	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Fomentar la confianza con las partes interesadas</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Identificar, gestionar y mitigar los riesgos</b>	Básico	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones</b>	Básico	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Proteger al paciente</b>	Básico	-Monitorización de procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Confidencialidad</b>	Básico	- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Integridad</b>	Básico	-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal
	Intermedio	-Información y vigilancia epidemiológica,
	Avanzado	-Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado
<b>Disponibilidad</b>	Básico	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.
	Intermedio	-Indicador de informes de resultados
	Avanzado	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los

		usuarios
<b>Evaluación</b>	Básico	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Intermedio	-Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora
	Avanzado	-Auditorías internas de procesos
<b>Análisis</b>	Básico	-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,
	Intermedio	- Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
	Avanzado	
<b>Verificación</b>	Básico	- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Reforzamiento de medidas de seguridad</b>	Básico	-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Implantación y mejora de norma</b>	Básico	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Comparabilidad</b>	Básico	-Monitorización de procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Transparencia</b>	Básico	-La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Equidad de uso</b>	Básico	- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Flexibilidad de uso</b>	Básico	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Intermedio	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
	Avanzado	
<b>Simple e intuitivo</b>	Básico	-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la

		accesibilidad y la información,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Información perceptible</b>	Básico	- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Tolerancia al error</b>	Básico	-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento
	Intermedio	- Se analizan y controlan las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas
	Avanzado	
<b>Esfuerzo de protección</b>	Básico	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Intermedio	-Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes
	Avanzado	-Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina.
<b>Espacio suficiente de aproximación y uso</b>	Básico	-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes -Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Principios y prácticas relacionadas con la sociedad</b>	Básico	- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia</b>	Básico	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.
	Intermedio	-Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes
	Avanzado	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico
<b>Identificación y el compromiso con los grupos de interés</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización</b>	Básico	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Contribución de la organización con</b>	Básico	- Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones

<b>el desarrollo sostenible</b>		encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Coherencia con la Misión y valores</b>	Básico	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Mejora continua</b>	Básico	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Organización abiertas y transparentes</b>	Básico	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Intermedio	- Indicador de informes de resultado por servicio final
	Avanzado	-Indicador de informes de resultados
<b>Innovación social</b>	Básico	- El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,
	Intermedio	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Avanzado	

### **Sala de operaciones**

Tabla 134. Clasificación de indicadores de sala de operaciones

<b>Requisitos por campo</b>	<b>NIVEL</b>	<b>Indicadores de o criterios de verificación</b>
<b>Toma de datos</b>	Básico	-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.
	Intermedio	-Monitorización de procesos,
	Avanzado	-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos
<b>Desarrollo de la documentación</b>	Básico	-Se comunican y potencian estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes
	Intermedio	-Los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente
	Avanzado	- Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito - El liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.

<b>Formación</b>	Básico	-Se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes
	Intermedio	-El liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento
	Avanzado	-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes
<b>Implantación</b>	Básico	-Dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización -Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios
	Intermedio	-Se dispone de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes -Está implantado un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil -Está implantado un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes -Está implantado un protocolo de prevención de caídas de pacientes -Está implantado un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes -Indicador de informe de implementación
	Avanzado	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
<b>Auditoria interna</b>	Básico	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Intermedio	-Auditorías internas de procesos
	Avanzado	-Se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad - Indicador de informes de resultados de los estándares
<b>Revisión por la dirección</b>	Básico	-Indicador de morbilidad -Indicador de muertes maternas -Indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9) -Indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9) -Indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10) -Indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14) -Indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9) -Indicador de cirugía electiva -Indicador de pacientes recibidos de otras instituciones -Indicador de pacientes referidos a otras instituciones -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias -Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano - Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia

		<p>por quirófano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> <li>- Indicador de número de trasplantes realizados</li> <li>- Indicador de Tasa bruta de mortalidad</li> <li>-Indicador de Tasa neta de mortalidad</li> <li>- Indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Existe una estructura organizativa que define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-La estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario,</li> <li>-Después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente,</li> <li>-Pacientes correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización</li> <li>-Pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>-Pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
<b>Control de la producción</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes,</li> <li>-Identificación, protocolización y monitorización de procesos críticos,</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El Centro fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios,</li> </ul>
<b>Gestión de riesgos</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> <li>- Indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se participa en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>-Está implantado un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> </ul>
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>
<b>Gestión de la cadena de proveedores</b>	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> </ul>
	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos</li> <li>-Pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas</li> </ul>

		Avanzado	
<b>Gestión de datos clínicos</b>		Básico	-Se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,
		Intermedio	-Están implantadas guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales
		Avanzado	- Se establecen los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización.
<b>Sistema de vigilancia del producto</b>		Básico	-Está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas -El establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.
		Intermedio	-Pacientes que perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados -Se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales, -Pacientes que sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados
		Avanzado	-Está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados
<b>Orientación a resultados</b>		Básico	-El establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.
		Intermedio	-El establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios -Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,
		Avanzado	-Indicador de porcentaje de cumplimiento de meta
<b>Cortesía</b>		Básico	-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, -Existe un protocolo para la identificación de pacientes
		Intermedio	-Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
		Avanzado	-Admisión en el establecimiento de salud, -Identificar correctamente a los usuarios,
<b>Credibilidad</b>		Básico	- Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares
		Intermedio	- Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
		Avanzado	-Disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,
<b>Capacidad de respuesta</b>		Básico	-Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
		Intermedio	-Indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano -Indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano
		Avanzado	-Indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias -Indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas



		suspendidas -Indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando
<b>Compresión del cliente</b>	Básico	-Programa de atención a los malos tratos
	Intermedio	-Se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios e implanta mejoras para obtener los mejores resultado
	Avanzado	-Se incluyen en la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes
<b>Fiabilidad</b>	Básico	- Los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Comunicación</b>	Básico	-Se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes
	Intermedio	- El liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento
	Avanzado	-Se contempla las actuaciones a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,
<b>Seguridad</b>	Básico	-Profesionales que perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes - Profesionales que participan en los objetivos de seguridad de los pacientes -El establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario
	Intermedio	-Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios -Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes -El establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas -Está implantado un protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas -Está implantado un protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes
	Avanzado	- Profesionales satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes
<b>Accesibilidad</b>	Básico	-Admisión en el establecimiento de salud,
	Intermedio	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios
	Avanzado	- El establecimiento tiene definida, actualizada y accesible su cartera de servicios,
<b>Ampliación y optimización de gestiones</b>	Básico	-Se evalúan de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorpora mejoras,
	Intermedio	- Indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron - Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,

	Avanzado	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos, -Evaluar periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud, - Indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana
<b>Horario de atención</b>	Básico	- Indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Tiempo de espera</b>	Básico	- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)
	Intermedio	-El establecimiento controla la demora en la asistencia de sus servicios.
	Avanzado	
<b>Oficina de información ciudadana</b>	Básico	-Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes
	Intermedio	-Existe una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos
	Avanzado	-Los sistemas de información del Centro Hospitalario están integrados con la historia de salud de la persona,
<b>Atención de los ciudadanos</b>	Básico	-Atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, -Pacientes que perciben recibir trato correcto y empático de los profesionales
	Intermedio	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento -Se dispone de una política de recursos humanos adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes
	Avanzado	-Continuidad de la atención, -Existe un protocolo para la identificación de pacientes -Se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros
<b>Relativos al sistema de gestión e calidad</b>	Básico	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados -Pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados
	Intermedio	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Avanzado	- Se elabora y evalúa un plan que garantice la continuidad asistencial intra e interniveles
<b>Relativos a la participación de la alta dirección</b>	Básico	- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,
	Intermedio	-Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,
	Avanzado	- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua
<b>Relativos a los registros</b>	Básico	-Se dispone de un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de

<b>formación de empleados</b>		pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes -Indicador de curso gerencial realizado
	Intermedio	-Están identificados los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias, - El análisis del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida es utilizado para la programación de la formación continuada de los profesionales del Centro,
	Avanzado	-Está implantada una estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,
<b>Relativos a infraestructura y mantenimiento</b>	Básico	-Las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,
	Intermedio	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
	Avanzado	-El establecimiento incorpora a las prescripciones de adquisición del equipamiento criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,
<b>Relativos a control de contaminación</b>	Básico	-Está implantado un protocolo de lavado de manos
	Intermedio	-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
	Avanzado	
<b>Relativos a la fabricación del producto</b>	Básico	- Se tiene establecida una metodología de mejora continua que le permite optimizar los resultados de sus procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Relativos a los proveedores</b>	Básico	-Se solicita sistemáticamente a los proveedores sistemas de certificación de calidad de la empresa y de los productos.
	Intermedio	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Avanzado	
<b>Relativos a la medición y supervisión</b>	Básico	-Se ha definido e implantado un Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)
	Intermedio	-El establecimiento desarrolla líneas propias de investigación,
	Avanzado	-Se favorece la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor,
<b>Plan de manejo ambiental</b>	Básico	- Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Objetivos y metas ambientales</b>	Básico	-Se mantiene un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución

		de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Políticas y procedimientos</b>	Básico	-El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Responsabilidades definidas</b>	Básico	- Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Capacitación del personal</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Documentación</b>	Básico	- Planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Sistema de control</b>	Básico	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia
	Intermedio	-Actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario,
	Avanzado	
<b>Revisión</b>	Básico	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Documentación</b>	Básico	-Se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Resultados de verificación</b>	Básico	- Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información
	Intermedio	
	Avanzado	

<b>Presentación de informe</b>	Básico	- Indicador de informes de resultado por servicio final
	Intermedio	- Indicador de informes de resultados de los estándares
	Avanzado	- Indicador de informes con resultados de la evaluación
<b>Principios generales</b>	Básico	-Se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes
	Intermedio	- Se implican en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes
	Avanzado	-Se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares - Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
<b>Seguridad de las maquinas</b>	Básico	-Se dispone de un plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece unos sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Condiciones de trabajo</b>	Básico	- Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria -Profesionales que sufren accidentes laborales -Profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos - Pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria - Pacientes que desarrollan lesiones por presión - Pacientes que refieren dolor durante el ingreso - Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física
	Intermedio	-Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Avanzado	
<b>Equipos de protección personal</b>	Básico	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Ergonomía</b>	Básico	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Fomentar la confianza con las partes interesadas</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios
	Intermedio	

	Avanzado	
<b>Identificar, gestionar y mitigar los riesgos</b>	Básico	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones</b>	Básico	-Los datos siempre se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los datos.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Proteger al paciente</b>	Básico	-Monitorización de procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Confidencialidad</b>	Básico	- Se dispone de un Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Integridad</b>	Básico	-Garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal
	Intermedio	-Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado
	Avanzado	
<b>Disponibilidad</b>	Básico	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.
	Intermedio	-Indicador de informes de resultados
	Avanzado	-El liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios -El establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.
<b>Evaluación</b>	Básico	- Indicador de porcentaje de supervisiones realizadas
	Intermedio	-Se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora
	Avanzado	-Auditorías internas de procesos
<b>Análisis</b>	Básico	-El establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,
	Intermedio	- Se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora
	Avanzado	
<b>Verificación</b>	Básico	- Profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital que participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes
	Intermedio	

	Avanzado	
<b>Reforzamiento de medidas de seguridad</b>	Básico	-Se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Implantación y mejora de norma</b>	Básico	- Se identifican los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Comparabilidad</b>	Básico	-Monitorización de procesos,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Transparencia</b>	Básico	-La alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Equidad de uso</b>	Básico	- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Flexibilidad de uso</b>	Básico	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Intermedio	-El establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.
	Avanzado	
<b>Simple e intuitivo</b>	Básico	-Se dispone de tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Información perceptible</b>	Básico	- Se encuentran establecidas las actuaciones para una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Tolerancia al error</b>	Básico	-Se hacen públicos indicadores de resultados del establecimiento
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Esfuerzo de protección</b>	Básico	-El establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los

		servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,
	Intermedio	-Se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes
	Avanzado	-Está implantado un protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electromedicina.
<b>Espacio suficiente de aproximación y uso</b>	Básico	-Existen dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes -Reducir el riesgo de daño al usuario causado por caídas,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Principios y practicas relacionadas con la sociedad</b>	Básico	- Actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia</b>	Básico	-Existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes
	Intermedio	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan
	Avanzado	
<b>Identificación y el compromiso con los grupos de interés</b>	Básico	-El liderazgo del establecimiento asegura que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización</b>	Básico	- Presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Contribución de la organización con el desarrollo sostenible</b>	Básico	- Se desarrollan estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor
	Intermedio	- Se analizan y controlar las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,
	Avanzado	
<b>Coherencia con la Misión y valores</b>	Básico	-Se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Mejora continua</b>	Básico	- Existen grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,
	Intermedio	
	Avanzado	
<b>Organización</b>	Básico	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y



<b>abiertas transparentes</b>	y	comunicación adaptadas a las necesidades actuales,
	Intermedio	- Indicador de informes de resultado por servicio final
	Avanzado	-Indicador de informes de resultados
<b>Innovación social</b>	Básico	- El establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,
	Intermedio	
	Avanzado	

La categorización es de suma importancia ya que genera la clasificación de los resultados que se estimaran con el nivel de cumplimiento que cada área presente.

### 3.3.5.3. Niveles de Cumplimiento

En todos y cada uno de los diferentes establecimientos de salud, el modelo articula la progresión en diferentes grados de certificación, cada uno de mayor exigencia o nivel de desempeño que el anterior, propiciando así la mejora continua. Los niveles de certificación son Avanzado, Experto y Excelente.

Como consecuencia de las mejoras que se producirán en las organizaciones debido a las nuevas tecnologías, nuevas prestaciones, nuevas formas de organización y nuevas exigencias de las personas usuarias y trabajadoras, los estándares establecidos para los distintos grados serán actualizadas periódicamente. Así por ejemplo, lo que hoy puede verse como lejano para cualquier sistema, podrá ser, en el camino de la mejora continua, la excelencia del mañana.

En definitiva, el proceso de certificación es una herramienta metodológica útil, que permite comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas de calidad, y brinda, a la luz de evaluaciones externas, un reconocimiento público y expreso a aquellas instituciones y profesionales que lo cumplen y demuestran.

Los programas de acreditación de competencias aspiran a reconocer los logros, todo aquel esfuerzo que se clasifique dentro de los 4 campos de certificación se puede acreditar a distintos niveles, con una autoevaluación que debe ser recopilada y aportar pruebas procedentes del cumplimiento de cada esfuerzo realizado en el área donde está siendo aplicada la herramienta de control.

Según el número y nivel de indicador que se cumpla, se podrá aspirar a alguno de los distintos niveles de acreditación. No es necesario realizar todo los indicadores, por ejemplo en el avanzado solo nos piden el 60% de los indicadores básicos o del grupo I, aunque siempre es bueno hacer algún criterio de evolución de más por si es rechazado algún criterio de cumplimiento por el auditor.

### 3.3.5.4. Clasificación de niveles de acreditación

En la siguiente tabla se señala el número de indicadores que deben cumplirse para lograr los diferentes grados de acreditación.

Tabla 135. Clasificación de niveles de acreditación

		NIVEL DE CUMPLIMIENTO		
		NIVEL 1 AVANZADO	NIVEL 2 EXPERTO	NIVEL 3 EXCELENTE
NIVEL DEL INDICADOR	Grupo I (BASICO)	60%	60%	60%
	GRUPO II (INTERMEDIO)	60%	70%	70%
	GRUPO III(AVANZADO)	60%	70%	80%

Fuente. MINSAL

El resultado obtenido del proceso de certificación puede ser:

#### 1. Pendiente de estabilización de estándares Obligatorios

Situación que se mantiene hasta que los planes de mejora de la unidad de gestión clínica cumplan con los estándares CRITICOS del grupo I. La consecución de estos permitirá optar a algún nivel de certificación.

#### 2. Certificación Avanzada

Certificación obtenida al lograr un cumplimiento mayor del 60 % de estándares del grupo I.

#### 3. Certificación Experto

Se alcanza cuando se da un cumplimiento del 60 % de los estándares del grupo I y cumplimiento mayor del 70 % de los estándares del grupo II.

#### 4. Certificación Excelente

El nivel de Excelencia se obtiene cuando se da un cumplimiento del 60 % de los estándares del grupo I y cumpliendo mayor del 70% de los estándares del grupo II, y cumplimiento mayor del 80 % de los estándares del grupo III.

### 3.3.6. PLATAFORMA <<CONTROL SECCIONADO POR NIVELES>>

Tabla 136. Plataforma de área consulta externa

Consulta externa

Área de indicadores a evaluar para acreditación						Área de auditor										
Area	Campos	Aspectos de certificación	Requisitos por campo	Nivel	critérios de verificación	Ayuda General	Doc. de Apoyo	Si	No	Observaciones	Nivel de cumplimiento					
Consulta Externa	Calidad	Gestión de la Calidad ISO 9001 //Es una norma internacional que toma en cuenta las actividades de una organización, sin distinción de sector de actividad. Esta norma se concentra en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización.	Desarrollo de la documentación	Básico	- Verificación de estado de cumplimiento de estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	- Revisar Libro de actas de reunión y planes de educación continua.	- Revisar actas de socialización									
				Intermedio	- Comprobar si el liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
				Avanzado												
			Formación	Básico	- Chequear si el liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
				Intermedio	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
				Avanzado												
			Toma de datos	Básico	- Promedio de salida de consulta externa	-revisar libre de registro de consulta	- revisar la hoja de registro diario de consultas									
				Intermedio	- Identificar las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y verificar la relación en la seguridad de los pacientes.	- Unidad de archivo.	- Revisar expediente clínico y de plan de mejora									
				Avanzado	- Monitorear los procesos de consulta externa, - Identificar y verificar procesos de soporte estratégico,	- Revisar el estándar de calidad institucional - Revisar Algoritmo de atención de pacientes.	- Revisar expediente clínico - Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades), el historial clínica de máxima urgencia y el estándar de calidad.									
			Implantación	Básico	- Verificar la planificación e implementación de un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales  -Verificar cumplimiento de protocolo de cuidados a pacientes paliativos -Examinar implantación de un protocolo del manejo del paciente con dolor	- Plan Anual Operativo del consejo Estratégico de gestión. - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional -Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional -Reglas institucionales -Unidad de Documentos médicos y epidemiología	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional. - Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisar los expedientes clínicos -Revisión protocolos									

				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar implantación de un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo de prevención de caídas de pacientes</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>de bioética</li> <li>-Revisión de protocolos de seguridad</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>								
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chequear la disponibilidad de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes</li> <li>- Examinar la implantación de un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes</li> <li>- Examinar el Indicador de informe de implementación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registro de pacientes</li> <li>- Revisar libro de registro de servicio</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar expediente clínico</li> <li>- Revisar libro de interconsultas</li> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>								
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</li> <li>- Examinar implantación de un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora y educación continua</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>								
		Auditoria interna	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de porcentaje de supervisiones realizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>								
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar auditorías internas de procesos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología ; Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional y Verificar cumplimiento de porcentaje de auditorías establecidas</li> </ul>								
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar si se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad</li> <li>-Examinar el Indicador de informes de resultados de los estándares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Documentos de plan de mejora</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>								
		Revisión por la dirección	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa</li> <li>- Examinar el indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez</li> <li>-Examinar el indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos</li> </ul>								

			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar si una estructura organizativa define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-Examinar la estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar organigrama institucional</li> <li>-Revisión de planillas</li> </ul>							
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chequear el análisis de demanda</li> <li>- Evaluar el absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar libro de registro diario del personal</li> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Hoja de Registro</li> <li>- Revisar hoja de marcación y registro</li> <li>- Hoja de evaluación del personal de salud</li> </ul>							
	<p>Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485</p> <p>// Es la norma referida al sistema de gestión de la calidad aplicable para dispositivos médicos</p>	Gestión de riesgos	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar la implantación un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> <li>- Examinar el indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar hoja de Consentimiento informado</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>							
Intermedio			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la participación en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>- Verificar la planificación e implementación de un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Libro de actas de reunión</li> <li>- Plan Anual Operativo del consejo Estratégico de gestión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar registro de actas de socialización en protocolos</li> <li>-Revisar Plan Anual Institucional.</li> </ul>								
Avanzado			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>- Verificar si los pacientes perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de evaluación del personal de salud</li> <li>- Revisar hoja de Consentimiento informado</li> </ul>								
		Gestión de la cadena de proveedores	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar el indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de inventario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos</li> </ul>							
Intermedio													
Avanzado													
		Gestión de datos clínicos	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar si se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- protocolo de atención sanitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hoja de control de calidad y flujo grama de procesos</li> </ul>							
Intermedio			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar los procedimientos para la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-libros de registro de laboratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-hoja de control de</li> </ul>								

				recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización		muestras						
			Avanzado	-Comprobar la implantación de guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales	-Documentos de plan de mejora	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional						
		Control de la producción	Básico	- Verificar la fomentación el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	- Revisión de inventario	- Hoja de medicamentos regulados						
			Intermedio	- Identificar y verificar cumplimiento de procesos críticos	Revisar Algoritmo de atención de pacientes.	Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades) y el historia clínica de máxima urgencia.						
			Avanzado	- Verificar si se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios -Chequear el análisis de demanda	- Revisar registro de recurso humano y plan educación continua - Revisar censo de pacientes	- Revisión de planillas y actas de capacitaciones - Revisar Hoja de Registro						
		Sistema de vigilancia del producto	Básico	-Verificar si está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	- libros de registro de laboratorio	- hoja de control de muestras						
			Intermedio	- Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes -Examinar cuantos pacientes perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados -Examinar cuantos pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión están sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH. -oficina por derecho a la salud institucional - Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	-Revisión de planillas - Revisar los expedientes clínicos - Revisar los expedientes clínicos						
			Avanzado	-Verificar si el establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.	-Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos.						
		Orientación a resultados	Básico	- Examinar cuantos paciente perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar los expedientes clínicos						
			Intermedio	-Verificar si el establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.	- Revisar censo diario	- Revisar Hoja de registro diario						

			Avanzado	-Evaluar el indicador de porcentaje de cumplimiento de meta	- El desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Reportes de sala situacional							
Calidad de servicio // Es un concepto que deriva de la propia definición de Calidad, entendida como satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente o también expresado como aptitud de uso.	Credibilidad	Básico	- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional								
		Intermedio											
		Avanzado											
	Compresión del cliente	Básico	- Examinar programa de atención a los malos tratos	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisión de reportes trimestrales								
		Intermedio	- Verificar si se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios y si se implantan mejoras para obtener los mejores resultado	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)								
		Avanzado	-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	- Hoja de evaluación del personal de salud								
	Fiabilidad	Básico	- Verificar que los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
		Intermedio											
		Avanzado											
	Comunicación	Básico	- Verificar si se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar hoja de Consentimiento informado								
		Intermedio	- Examinar si el liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento	-Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión								
		Avanzado											
Accesibilidad	Básico	-Chequear la admisión en el establecimiento de salud	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y registro de pacientes	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional y hoja de registro diario									
	Intermedio	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/</a>	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional									

			Avanzado	- Verificar que el establecimiento tenga definida, actualizada y accesible su cartera de servicios	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional						
		Cortesía	Básico	-Chequear la atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar los expedientes clínicos						
			Intermedio	- Evaluar si los pacientes reciben trato correcto y empático de los profesionales	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)						
			Avanzado	-Verificar si existe un protocolo para la identificación de pacientes -Chequear la admisión en el establecimiento de salud -Verificar si se identifica correctamente a los usuarios,	-registro de pacientes - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y registro de pacientes - registro de pacientes	- Revisar expediente clínico - Revisar Plan Operativo Anual Institucional y hoja de registro diario - Revisar expediente clínico						
		Capacidad de respuesta	Básico	- Examinar el indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta  -Examinar el indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos						
			Intermedio	-Examinar el indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)  -Examinar el indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Examinar el indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos						
			Avanzado	-Examinar el indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa	- oficina por derecho a la salud institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos						
		Seguridad	Básico	- Verificar si los profesionales participan en los objetivos de seguridad de los pacientes -Comprobar si el establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario	- Revisar comisiones hospitalarias - Documentos de plan de mejora	- Revisar actas - Revisar los expedientes clínicos						
			Intermedio	-Evaluar si los profesionales perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes - Verificar el pacto de objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los	- Revisar comisiones hospitalarias - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y el plan de mejora	- Revisar actas - Revisar Plan Operativo Anual de los servicios y el consenso en libros de actas.						



				profesionales de los servicios													
			Avanzado	-Profesionales que conocen los objetivos de seguridad de los pacientes y reciben información sobre su consecución - Verificar si los profesionales perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes	- -Revisar comisiones hospitalarias	- - Revisar actas											
		Cartas de servicio // Son documentos que explican los servicios que ofrecen las organizaciones	Ampliación y optimización de gestiones	Básico	-Chequear el análisis de demanda  - Chequear que se evalúa de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorporan mejoras	- Revisar censo de pacientes - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar Hoja de Registro - Revisar el estándar de calidad										
				Intermedio	- Verificar si el establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes  -Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes  - Evaluar el indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.	- Revisar informes de Control de stock y reportes de almacén - Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH. - Unidad de Documentos médicos y epidemiología -Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisión de reporte de inventario - Hoja de evaluación del personal de salud - Documentos de plan de mejora -Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
				Avanzado	- Verificar que se actualice la metodología de mejora continua que permita optimizar recursos, - Chequear que se evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud, - Evaluar el indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana	- Documentos de plan de mejora -oficina por derecho a la salud institucional - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisar el estándar de calidad - Documentos de plan de mejora										
			Horario de atención	Básico	- Examinar el indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada  - Indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (día9)	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos										
				Intermedio													
				Avanzado													
			Tiempo de espera	Básico	- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas) - Examinar el indicador de tiempo promedio de espera para primera												

				consulta										
			Intermedio	- Examinar cómo se controla la demora en la asistencia de sus servicios.	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos								
			Avanzado											
		Atención de los ciudadanos	Básico	-Chequear la atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, -Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar los expedientes clínicos								
			Intermedio	- Evaluar si los pacientes reciben trato correcto y empático de los profesionales	- oficina por derecho a la salud institucional	Entrevistas, o encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)								
			Avanzado	- Evaluar la continuidad de la atención -Verificar si existe un protocolo para la identificación de pacientes	- Revisar hoja de registro -registro de pacientes	- Revisar los expedientes clínicos - Revisar expediente clínico								
		Oficina de información ciudadana	Básico	-Chequear si se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal	- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal	- Revisar documento de nombramiento de personal de salud								
			Intermedio	- Verificar que los sistemas de información del Centro Hospitalario estén integrados con la historia de salud de la persona,	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos								
			Avanzado	- Examinar la estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
		Buenas practicas //toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos,	Relativos a la participación de la alta dirección	Básico	- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio	- Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH	- Revisar el documento de nombramiento de personal de salud							
				Avanzado										
			Relativos a los registros de formación de empleados	Básico	- Evaluación de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad - Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	- Documentos de plan de mejora - Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Revisión de planillas							
				Intermedio	- Examinar los Planes de Formación Individual de sus profesionales en	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en	- Hoja de evaluación del personal de salud y							

		demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.			función de la evaluación de las competencias , - Revisar cuantos profesionales perciben alta rotación en los servicios/ unidades	RRHH. - Revisar comisiones hospitalarias	Revisión de curriculum de personal - Reportes de Sala Situacional										
			Avanzado		- Evaluación del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Relativos a la fabricación del producto	Básico		- Verificar que se actualice la metodología de mejora continua que permita optimizar recursos,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Anual Institucional									
				Intermedio													
				Avanzado													
			Relativos a los proveedores	Básico		- Verificar la certificación de calidad de la empresa y de los productos	- Documentos de plan de mejora	- Informes de análisis de almacenes e insumos									
				Intermedio													
				Avanzado													
			Relativos al sistema de gestión e calidad	Básico		- Verificar cuantos pacientes perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar hoja de Consentimiento informado									
				Intermedio		-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, o encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)									
				Avanzado		- Comprobar la validez de premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia - Examinar el protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH - Revisión de reporte de inventario	- hoja de evaluación del profesional en salud. - registros de farmacia y hoja de control									
			Relativos a infraestructura y mantenimiento	Básico		-Verificar la actualización de las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	- Revisión de protocolos de seguridad	- Revisión de protocolo y lista de verificación									
				Intermedio		-Verificar si se el plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos	-Protocolo de mantenimiento									
				Avanzado													
			Relativos a control	Básico		- Verificar el protocolo de lavado de	- Revisión de protocolo y lista de	- Revisión de									

			de contaminación		manos	verificación	protocolos de higiene							
				Intermedio										
			Relativos a la medición y supervisión	Básico	- Examinar el Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)	- Reportes de sala situacional	- Revisar la Hoja de evaluación del personal de salud							
				Intermedio										
				Avanzado										
Medio Ambiente	Gestión ambiental ISO 14001 // Ayuda a su organización a identificar, priorizar y gestionar los riesgos ambientales, como parte de sus prácticas de negocios habituales.	Plan de manejo ambiental	Básico	- Verificar el protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	Documentos de plan de mejora	Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Objetivos y metas ambientales	Básico	- Verificar la actualización de un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Políticas y procedimientos	Básico	- Evaluar la determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Responsabilidades definidas	Básico	- Evaluar a la persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.	- Documentos de plan de mejora	-Cronograma de actividades como parte del plan de mejora continua								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Documentación	Básico	- Examinar la planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Capacitación del personal	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento que asegure que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Sistema de control	Básico	- Verificar cuantas quejas, reclamaciones judiciales, demandas	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas								

				patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia		mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)									
			Intermedio												
			Avanzado												
	Verificación de informes de emisiones // es una norma internacional conforme a la cual se verifican voluntariamente los informes de emisiones	Documentación	Básico	- Verificar si se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
			Intermedio												
			Avanzado												
		Presentación de informe	Básico	- Evaluar el indicador de informes de resultado por servicio final	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional									
			Intermedio	-Examinar el Indicador de informes de resultados de los estándares	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional									
			Avanzado	- Evaluar el indicador de informes con resultados de la evaluación	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional									
		Resultados de verificación	Básico	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información											
			Intermedio												
			Avanzado												
		Revisión	Básico	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
			Intermedio												
			Avanzado												
Seguridad	Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001 // Es un estándar desarrollado en el Reino Unido para ayudar a toda la empresa a mejorar de forma continua la seguridad y la salud en el trabajo que ofrece a sus empleados.	Principios generales	Básico	-Verificar si se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	- Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión									
			Intermedio	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
			Avanzado	- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional									
		Equipos de protección personal	Básico	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	-Documentos de requisiciones									
			Intermedio												
			Avanzado												
		Ergonomía	Básico	- Verificar si el establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las	-Unidad de psicología	- Reportes de sala situacional									

				personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.														
			Intermedio															
			Avanzado															
		Condiciones de trabajo	Básico	-Verificar el número profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos -Verificar el número de profesionales que sufren accidentes laborales	- Normas de seguridad - Normas de seguridad	- Revisar registro de recurso humano - Revisar registro de recurso humano												
			Intermedio	-Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Anual Institucional												
			Avanzado															
		Seguridad de las maquinas	Básico	-Verificar si se el plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos	-Protocolo de mantenimiento												
			Intermedio															
			Avanzado															
		Seguridad alimentaria ISO 22000 // es una norma internacional que define los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad alimentaria para asegurar la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria.	Fomentar la confianza con las partes interesadas	- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	- Documentos de plan de mejora y educación continua	- Revisar Plan Anual Operativo Institucional												
			Intermedio															
			Avanzado															
			Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	- Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Anual Operativo Institucional												
			Intermedio															
			Avanzado															
			Proteger al paciente	- Monitorear los procesos de consulta externa	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico												
			Intermedio															
			Avanzado															
			Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Anual Operativo Institucional												
			Intermedio															
			Avanzado															
		Seguridad de la información ISO 27001 // consiste en la preservación de su confidencialidad, integridad y	Confidencialidad	- Verificar el Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
			Intermedio															

	disponibilidad, así como de los sistemas implicados en su tratamiento, dentro de una organización.	Integridad	Avanzado																	
			Básico	-Evaluar si se garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional														
			Intermedio																	
		Avanzado																		
		Disponibilidad	Básico	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.																
		Intermedio																		
	Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales // es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un entorno laboral, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo	Evaluación	Básico	- Examinar el indicador de porcentaje de supervisiones realizadas	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional														
			Intermedio	- Verificar si se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional														
			Avanzado	- Evaluar auditorías internas de procesos	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología ; Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- Reportes de sala situacional y Verificar cumplimiento de porcentaje de auditorías establecidas														
		Análisis	Básico	- Verificar si el establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,	Documentos de plan de mejora	Revisar Plan Operativo Anual Institucional														
			Intermedio	- Verificar si se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional que se contemplan en el plan de mejora														
			Avanzado	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional														
Verificación		Básico	- Verificar el número de profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	-Documentos de plan de mejora	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional															
		Intermedio																		
		Avanzado																		
Protocolos BRC y BRC-IOP // Representa una norma enfocada a asegurar la implantación de un sistema de Gestión de la calidad en la industria		Reforzamiento de medidas de seguridad	Básico	- Verificar si se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,	- Unidad de seguridad	- El Hospital cuenta con el Plan de prevención de violencia y Normas de seguridad														
			Intermedio																	
			Avanzado																	
Gestión de la calidad en la industria	Implantación y mejora de norma	Básico	- Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional															

		alimentaria. Este estándar ha sido desarrollado con el fin de garantizar un sistema uniforme de calidad y seguridad ya que las exigencias legales y de los consumidores Cada vez eran, y cada vez los son más exigentes.			profesionales las acciones de mejora											
		Protocolo IFS // Norma de seguridad alimentaria reconocida por la Global Food Safety Initiative (GFSI) para auditar empresas que fabrican alimentos o a empresas que empaquetan productos alimentarios a granel. Se centra en la seguridad y calidad alimentaria de los productos procesados.	Transparencia	Básico	- Examinar si la alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,	Informe de departamento de alimentación y dietas (menús de cocinas)	Informe de uso de Normas de seguridad									
				Intermedio												
				Avanzado												
			Comparabilidad	Básico	- Monitorear los procesos de consulta externa,	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico									
				Intermedio												
				Avanzado												
Responsabilidad Social	Gestión de la accesibilidad global // Es un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para establecer la política y los objetivos y para dirigir y controlar una organización con respecto a la Accesibilidad.	Equidad de uso	Básico	- Examinar si se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	- unidad de formación pedagógica	- plan de mejora y educación continua										
			Intermedio													
			Avanzado													
		Flexibilidad de uso	Básico	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,												
			Intermedio													
			Avanzado													
		Simple e intuitivo	Básico	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/</a>	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio													
			Avanzado													
		Información perceptible	Básico	- Evaluar las actuaciones de una correcta gestión de las disfunciones de	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	Revisar Plan Operativo Anual Institucional										



				los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,															
			Intermedio																
			Avanzado																
		Espacio suficiente de aproximación y uso	Básico	- Verificar la existencia de dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad													
			Intermedio																
			Avanzado																
		Tolerancia al error	Básico	- Verificar que se hagan públicos los indicadores de resultados del establecimiento	- verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv</a> / o página ministerial	- Informe de unidad de relaciones publicas													
			Intermedio																
			Avanzado																
		Esfuerzo de protección	Básico	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento.	- Documentos de plan de mejora	- Documentos de requisiciones													
			Intermedio																
			Avanzado																
		Responsabilidad Social // Es el compromiso, obligación y deber que poseen los individuos, miembros de una sociedad o empresa de contribuir voluntariamente para una sociedad más justa.	Principios y practicas relacionadas con la sociedad	Básico	- Evaluar las actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad												
				Intermedio															
				Avanzado															
			Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	Básico	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.														
				Intermedio	- Verificar si existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	Revisar actas de socialización	Revisar Libro de actas de reunión												
				Avanzado															
			Identificación y el compromiso con los grupos de interés	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento que asegure que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
				Intermedio															
				Avanzado															
			Forma de comunicar el compromiso y	Básico	- Verificar la presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Informe de unidad de relaciones publicas												

			desempeño de la organización		de los pacientes														
				Intermedio															
				Avanzado															
			Contribución de la organización con el desarrollo sostenible	Básico	- Verificar el análisis y el control de las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,	- Documentos de plan de mejora		-Revisión de informes de rendición de cuentas											
				Intermedio															
				Avanzado															
		Gestión de ONG'S // Para dotar y reforzar a estas organizaciones con información y herramientas para su adecuada gestión y cumplimiento de sus compromisos internos y externos	Organización abiertas y transparentes	Básico	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,														
				Intermedio															
					Avanzado														
				Coherencia con la Misión y valores	Básico	- Verificar si se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.		- Revisar Plan Operativo Institucional Anual										
					Intermedio														
					Avanzado														
				Mejora continua	Básico	- Evaluar los grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	- Documentos de plan de mejora		- Revisar Plan Operativo Institucional Anual										
					Intermedio														
					Avanzado														
				Innovación social	Básico	- Verificar si el establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	- Documentos de plan de mejora		- Revisar Plan Operativo Institucional Anual										
					Intermedio	- Evaluar los grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	- Documentos de plan de mejora		- Revisar Plan Operativo Institucional Anual										
					Avanzado														

Tabla 137. Plataforma de área emergencia

Emergencias

Área de indicadores a evaluar para acreditación						Área de auditor								
Área	Campos	Aspectos de certificación	Requisitos por campo	Nivel	criterios de verificación	Ayuda General	Documento de Apoyo	Si	No	Observaciones	Nivel de cumplimiento			
Emergencias	Calidad	Gestión de la Calidad ISO 9001 //Es una norma internacional que toma en cuenta las actividades de una organización, sin distinción de sector de actividad. Esta norma se concentra en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización.	Desarrollo de la documentación	Básico	- Verificación de estado de cumplimiento de estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	- Revisar Libro de actas de reunión y planes de educación continua.	- Revisar actas de socialización							
				Intermedio	- Examinar si se incluye el modelo de cuidados del centro el desarrollo los aspectos de seguridad de los pacientes	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Avanzado	- Examinar si las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito	-Documento de acuerdo debidamente registrado.	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
			Formación	Básico	- Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes - Chequear si se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH. - Unidad de investigación institucional	-Revisión de planillas - Revisar Documentos y proyectos de investigación							
				Intermedio	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Avanzado	- Comprobar la disponibilidad un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	- Documentos de plan de mejora.	- Revisión de listado de asistencia y protocolo de inducción.							
			Toma de datos	Básico	-Identificar las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y verificar la relación en la seguridad de los pacientes.	- Unidad de archivo.	- Revisar expediente clínico y de plan de mejora							
				Intermedio	- Monitorear los procesos de consulta externa.	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico							
				Avanzado	- Identificar y verificar cumplimiento de procesos críticos	-Revisar Algoritmo de atención de pacientes.	-Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades) y el historia clínica de máxima urgencia.							
			Implantación	Básico	- Chequear si se dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y el plan de mejora	- Revisar Gestión visual - Revisar Plan Operativo Anual de los servicios y el consenso en libros de actas.							

					- Verificar el pacto de objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios										
			Intermedio		- Chequear la disponibilidad de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes  - Examinar la implantación de un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes  - Examinar el Indicador de informe de implementación	- Revisar registro de pacientes - Revisar libro de registro de servicio - Reportes de sala situacional	- Revisar expediente clínico - Revisar libro de interconsultas - Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Avanzado		- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	- Documentos de plan de mejora y educación continua	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
		Auditoria interna	Básico		- Examinar el indicador de porcentaje de supervisiones realizadas	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional								
			Intermedio		- Evaluar auditorías internas de procesos	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología ; Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- Reportes de sala situacional y Verificar cumplimiento de porcentaje de auditorías establecidas								
			Avanzado		-Verificar si se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad  -Examinar el Indicador de informes de resultados de los estándares	-Documentos de plan de mejora - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Reportes de sala situacional								
		Revisión por la dirección	Básico		- Examinar el indicador de morbilidad  - Examinar el indicador de muertes maternas  - Examinar el indicador de cirugía electiva  - Examinar el indicador de pacientes recibidos de otras instituciones  - Examinar el indicador de pacientes referidos a otras instituciones  - Examinar el indicador de Razón de consultas de emergencia / consulta externa  - Examinar el indicador de Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médicas de primera vez	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - oficina por derecho a la salud institucional - Revisar hoja de reporte operatorio - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Revisar censo de pacientes - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional								



				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar la estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario</li> <li>-Verificar si después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente</li> <li>- Verificar si a los pacientes se les aplica el protocolo de acogida al ingreso</li> <li>- Verificar si los pacientes perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>- Examinar el número de pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>- Examinar el número de pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de reporte de inventario</li> <li>-Revisar registro de pacientes <ul style="list-style-type: none"> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mensual de adquisiciones <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar hoja de Consentimiento informado</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul> </li> </ul>							
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chequear el análisis de demanda</li> <li>- Evaluar el absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar libro de registro diario del personal</li> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Hoja de Registro</li> <li>- Revisar hoja de marcación y registro</li> <li>- Hoja de evaluación del personal de salud</li> </ul>							
	Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485 // Es la norma referida al sistema de gestión de la calidad aplicable para dispositivos médicos	Gestión de riesgos	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> <li>- Examinar el indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Examinar el indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>							
Intermedio			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la participación en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>- Verificar la planificación e implementación de un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Libro de actas de reunión</li> <li>- Plan Anual Operativo del consejo Estratégico de gestión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar registro de actas de socialización en protocolos</li> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional.</li> </ul>								
Avanzado			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de evaluación del personal de salud</li> </ul>								
		Gestión de la cadena de proveedores	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar el indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de inventario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y</li> </ul>							

							cobertura de medicamentos								
			Intermedio	-Chequear los pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	- Hoja de reporte de eventos adversos asociado al fármaco		- Revisar los expedientes clínicos								
			Avanzado												
		Gestión de datos clínicos	Básico	-Verificar si se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica.	- protocolo de atención sanitaria		- hoja de control de calidad y flujo grama de procesos								
			Intermedio	-Verificar implantación de un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología		- Revisar auditorías de expediente clínico								
			Avanzado	-Comprobar la implantación de guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales	-Documentos de plan de mejora		-Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
		Control de la producción	Básico	- Verificar la fomentación el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	- Revisión de inventario		- Hoja de medicamentos regulados								
			Intermedio	- Identificar y verificar cumplimiento de procesos críticos	Revisar Algoritmo de atención de pacientes.		Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades) y el historia clínica de máxima urgencia.								
			Avanzado	- Verificar si se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios -Chequear el análisis de demanda	- Revisar registro de recurso humano y plan educación continua - Revisar censo de pacientes		- Revisión de planillas y actas de capacitaciones - Revisar Hoja de Registro								
		Sistema de vigilancia del producto	Básico	-Verificar si está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	- libros de registro de laboratorio		- hoja de control de muestras								
			Intermedio	- Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes -Examinar el control en las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades -Examinar cuantos pacientes perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados -Verificar si se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales, -Examinar cuantos pacientes sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o	-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH. - Revisión de inventario - oficina por derecho a la salud institucional - Revisión de normas de atención sanitarias - Hoja de reporte de banco de sangre		-Revisión de planillas -hoja de control de calidad - Revisar los expedientes clínicos - hoja de control de calidad - Revisar los expedientes clínicos								

				hemoderivados														
				Avanzado	-Verificar si está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados -Verificar si se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario	- Revisión de protocolos de banco de sangre - Revisión de inventario	- Revisión de informes - hoja de control de calidad y Informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos											
		Orientación a resultados	Básico	- Examinar cuantos paciente perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar los expedientes clínicos												
			Intermedio	-Verificar si el establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios -Comprobar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,	- oficina por derecho a la salud institucional - Revisar actas de socialización	- Revisar el estándar de calidad - Revisar Libro de actas de reunión												
			Avanzado	-Evaluar el indicador de porcentaje de cumplimiento de meta	- El desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Reportes de sala situacional												
		Calidad de servicio // Es un concepto que deriva de la propia definición de Calidad, entendida como satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente o también expresado como aptitud de uso.	Credibilidad	Básico	- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional											
				Intermedio	- Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	-Revisión de planillas											
				Avanzado	- Examinar disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos											
			Compresión del cliente	Básico	- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional											
				Intermedio	- Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	-Revisión de planillas											
				Avanzado	- Examinar disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos											
			Fiabilidad	Básico	- Verificar que los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
				Intermedio														
				Avanzado														



			Comunicación	Básico	- Verificar si se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar hoja de Consentimiento informado						
				Intermedio	- Examinar si el liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento	-Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión						
				Avanzado	- Evaluar si se realiza el consentimiento informado - Verificar que se contemple la actuación a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,	- oficina por derecho a la salud institucional - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisión de cuadro clínico - Revisar los expedientes clínicos						
			Accesibilidad	Básico	-Chequear la admisión en el establecimiento de salud	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y registro de pacientes	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional y hoja de registro diario						
				Intermedio	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/</a>	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional						
				Avanzado	- Verificar que el establecimiento tenga definida, actualizada y accesible su cartera de servicios	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional						
			Cortesía	Básico	-Chequear la atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar los expedientes clínicos						
				Intermedio	- Evaluar si los pacientes reciben trato correcto y empático de los profesionales	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)						
				Avanzado	-Verificar si existe un protocolo para la identificación de pacientes -Chequear la admisión en el establecimiento de salud -Verificar si se identifica correctamente a los usuarios,	-registro de pacientes - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y registro de pacientes - registro de pacientes	- Revisar expediente clínico -Revisar Plan Operativo Anual Institucional y hoja de registro diario - Revisar expediente clínico						
			Capacidad de respuesta	Básico	-Examinar el indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos						

					-Examinar el indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos						
				Intermedio	-Examinar el indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano - Examinar el indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional						
				Avanzado	-Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas -Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas -Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias - Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas -Examinar el indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando	- Revisar hoja de reporte operatorio - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar censo de pacientes - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional						
			Seguridad	Básico	- Verificar si los profesionales participan en los objetivos de seguridad de los pacientes -Comprobar si el establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario	- Revisar comisiones hospitalarias - Documentos de plan de mejora	- Revisar actas  - Revisar los expedientes clínicos						
				Intermedio	-Evaluar si los profesionales perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes - Verificar el pacto de objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios  - Verificar si los profesionales están satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes - Verificar si el establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas - Verificar el protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas  - Verificar protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	- Revisar comisiones hospitalarias - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y el plan de mejora - Revisar comisiones hospitalarias -Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Revisión de normas de atención sanitarias - Revisión de normas de atención sanitarias	- Revisar actas - Revisar Plan Operativo Anual de los servicios y el consenso en libros de actas. - Revisar actas - Revisar el estándar de calidad - Revisión de protocolo de atención -Revisión de protocolo de emergencias						
				Avanzado	- Verificar si los profesionales perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes	-Revisar comisiones hospitalarias	- Revisar actas						
		Cartas de servicio // Son documentos que explican los servicios que ofrecen las	Ampliación y optimización de gestiones	Básico	-Chequear el análisis de demanda  - Chequear que se evalúa de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorporan mejoras	- Revisar censo de pacientes - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar Hoja de Registro - Revisar el estándar de calidad						

		organizaciones		Intermedio	- Evaluar el indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología -Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Documentos de plan de mejora - Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
				Avanzado	- Verificar que se actualice la metodología de mejora continua que permita optimizar recursos, - Chequear que se evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud, - Evaluar el indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana	- Documentos de plan de mejora - oficina por derecho a la salud institucional - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisar el estándar de calidad - Documentos de plan de mejora									
			Horario de atención	Básico	- Examinar el indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Examinar el indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos									
				Intermedio												
				Avanzado												
			Tiempo de espera	Básico	- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)											
				Intermedio	- Examinar cómo se controla la demora en la asistencia de sus servicios.	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos									
				Avanzado												
			Atención de los ciudadanos	Básico	-Chequear la atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, -Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar los expedientes clínicos									
				Intermedio	- Evaluar si los pacientes reciben trato correcto y empático de los profesionales - Examinar la implantación de un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes - Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento	- oficina por derecho a la salud institucional - Revisar libro de registro de servicio	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección) - Revisar libro de interconsultas									
				Avanzado	- Evaluar la continuidad de la atención -Verificar si existe un protocolo para la identificación de pacientes	- Revisar hoja de registro -registro de pacientes	- Revisar los expedientes clínicos - Revisar expediente clínico									
			Oficina de información ciudadana	Básico	-Chequear si se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus	- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal	- Revisar documento de nombramiento de personal de salud									

				responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal														
			Intermedio	-Comprobar que exista una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos - Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional - Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Revisión de planillas												
			Avanzado	- Examinar la estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
		Buenas practicas //toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.	Relativos a la participación de la alta dirección	Básico	- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
				Intermedio	- Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH	- Revisar el documento de nombramiento de personal de salud											
				Avanzado	- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
			Relativos a los registros de formación de empleados	Básico	- Evaluación de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad - Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes - Examinar el indicador de curso gerencial realizado	- Documentos de plan de mejora -Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal -Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisión de planillas - Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
				Intermedio	- Examinar los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias - Revisar cuantos profesionales perciben alta rotación en los servicios/ unidades - Comprobar la disponibilidad un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH - Revisar comisiones hospitalarias - Documentos de plan de mejora.	- Hoja de evaluación del personal de salud y Revisión de curriculum de personal - Reportes de Sala Situacional  - Revisión de listado de asistencia y protocolo de inducción.											
				Avanzado	- Examinar la estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales, - Chequear si se fomenta la investigación de los profesionales en	- Documentos de plan de mejora -Unidad de investigación institucional	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Revisar											

				temas relacionados con la seguridad de pacientes		Documentos y proyectos de investigación								
Relativos a la fabricación del producto	Básico	- Verificar que se actualice la metodología de mejora continua que permita optimizar recursos,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
	Intermedio													
	Avanzado													
Relativos a los proveedores	Básico	- Verificar la certificación de calidad de la empresa y de los productos	- Documentos de plan de mejora	- Informes de análisis de almacenes e insumos										
	Intermedio	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	- Documentos de requisiciones										
	Avanzado													
Relativos al sistema de gestión e calidad	Básico	- Verificar cuantos pacientes perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados  - Verificar cuantos pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar hoja de Consentimiento informado - Revisar los expedientes clínicos										
	Intermedio	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)										
	Avanzado	- Examinar la elaboración y evaluación del plan que garantice la continuidad asistencial intra e inter-niveles	- Revisión de sistema RIIS	- Revisar hoja de registro										
Relativos a infraestructura y mantenimiento	Básico	-Verificar la actualización de las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	- Revisión de protocolos de seguridad	- Revisión de protocolo y lista de verificación										
	Intermedio	-Verificar si se el plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina. -Examinar el protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos - Revisión de protocolos de seguridad	-Protocolo de mantenimiento - Revisión de protocolo y lista de verificación										
	Avanzado	-Verificar la adquisición del equipamiento	-Revisión de contrato con los	- Protocolo de										

					en criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,	proveedores de los equipos	mantenimiento											
			Relativos a control de contaminación	Básico	- Verificar el protocolo de lavado de manos	- Revisión de protocolo y lista de verificación	- Revisión de protocolos de higiene											
				Intermedio														
				Avanzado														
			Relativos a la medición y supervisión	Básico	- Examinar el Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)	- Reportes de sala situacional	- Revisar la Hoja de evaluación del personal de salud											
				Intermedio	- Examinar e desarrollo de líneas propias de investigación,	- Unidad de investigación institucional	- Revisar la unidad de investigación institucional											
				Avanzado														
Medio Ambiente	Gestión ambiental ISO 14001 // Ayuda a su organización a identificar, priorizar y gestionar los riesgos ambientales, como parte de sus prácticas de negocios habituales.	Plan de manejo ambiental	Básico	- Verificar el protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	Documentos de plan de mejora	Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
				Intermedio														
				Avanzado														
		Objetivos y metas ambientales	Básico	- Verificar la actualización de un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
				Intermedio														
				Avanzado														
		Políticas y procedimientos	Básico	- Evaluar la determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
				Intermedio														
				Avanzado														
		Responsabilidades definidas	Básico	- Evaluar a la persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.	- Documentos de plan de mejora	-Cronograma de actividades como parte del plan de mejora continua												
				Intermedio														
				Avanzado														
		Documentación	Básico	- Examinar la planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
				Intermedio														
				Avanzado														
		Capacitación del personal	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento que asegure que haya programas	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Revisar Plan Operativo Anual												

				uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.		Institucional								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Sistema de control	Básico	- Verificar cuantas quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)								
			Intermedio	- Evaluación de la actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)								
			Avanzado	- Verificar si los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales.	-oficina por derecho a la salud institucional	- Reportes trimestrales								
		Verificación de informes de emisiones // es una norma internacional conforme a la cual se verifican voluntariamente los informes de emisiones	Documentación	Básico	- Verificar si se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente.	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Presentación de informe	Básico	- Examinar cuantos pacientes perciben accesible y seguro el entorno hospitalario - Evaluar el indicador de informes de resultado por servicio final	- oficina por derecho a la salud institucional - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisión de reportes trimestrales - Reportes de sala situacional							
				Intermedio	-Examinar el Indicador de informes de resultados de los estándares	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional							
				Avanzado	- Evaluar el indicador de informes con resultados de la evaluación	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional							
			Resultados de verificación	Básico	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información									
				Intermedio										
				Avanzado										
			Revisión	Básico	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio	- Evaluar la determinación por año del	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan							

					impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.		Operativo Anual Institucional												
			Avanzado																
Seguridad	Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001 // Es un estándar desarrollado en el Reino Unido para ayudar a toda la empresa a mejorar de forma continua la seguridad y la salud en el trabajo que ofrece a sus empleados.	Principios generales	Básico	-Verificar si se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	- Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión													
			Intermedio	- Evaluar las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	- Documentos de plan de mejora -Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisión de planillas													
			Avanzado	- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares  - Verificar si se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional que se contemplan en el plan de mejora													
		Equipos de protección personal	Básico	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	- Documentos de requisiciones													
			Intermedio																
			Avanzado																
		Ergonomía	Básico	- Verificar si el establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	-Unidad de psicología	- Reportes de sala situacional													
			Intermedio																
			Avanzado																
		Condiciones de trabajo	Básico	-Verificar el número profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos -Verificar el número de profesionales que sufren accidentes laborales	- Normas de seguridad - Normas de seguridad	- Revisar registro de recurso humano - Revisar registro de recurso humano													
			Intermedio	-Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional													
			Avanzado																
Seguridad de las maquinas	Básico	-Verificar si se el plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos	-Protocolo de mantenimiento															
	Intermedio																		



		Seguridad alimentaria ISO 22000 // es una norma internacional que define los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad alimentaria para asegurar la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria.	Fomentar la confianza con las partes interesadas	Avanzado																				
				Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	- Documentos de plan de mejora y educación continua	- Revisar Plan Operativo Institucional Anual																	
				Intermedio																				
			Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	Básico	- Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Institucional Anual																	
				Intermedio																				
				Avanzado																				
			Proteger al paciente	Básico	- Monitorear los procesos de consulta externa,	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico																	
				Intermedio	- Evaluar el indicador de emergencia	Unidad de Documentos médicos y epidemiología	Reportes de sala situacional																	
				Avanzado																				
		Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	Básico	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Institucional Anual																		
			Intermedio																					
			Avanzado																					
		Seguridad de la información ISO 27001 // consiste en la preservación de su confidencialidad, integridad y disponibilidad, así como de los sistemas implicados en su tratamiento, dentro de una organización.	Confidencialidad	Básico	- Verificar el Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicación de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	Revisar Plan Operativo Institucional Anual																	
				Intermedio																				
				Avanzado																				
Integridad	Básico		-Evaluar si se garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Institucional Anual																			
	Intermedio		-Examinar la información y vigilancia epidemiológica,	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional																			
	Avanzado		-Verificar que la información este protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Institucional Anual																			
Disponibilidad	Básico		-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.																					
	Intermedio		-Indicador de informes de resultados																					
	Avanzado		- Chequear si el establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	Revisar Plan Operativo Institucional Anual																			
Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales	Evaluación		Básico	- Examinar el indicador de porcentaje de supervisiones realizadas	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional																		
			Intermedio	- Verificar si se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual																		

		// es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un entorno laboral, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo			hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora		Institucional										
			Avanzado		- Evaluar auditorías internas de procesos	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología ; Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- Reportes de sala situacional y Verificar cumplimiento de porcentaje de auditorías establecidas										
			Análisis	Básico	- Verificar si el establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,	Documentos de plan de mejora	Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
				Intermedio	- Verificar si se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional que se contemplan en el plan de mejora										
				Avanzado	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Verificación	Básico	- Verificar el número de profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
				Intermedio	- Evaluar el indicador de emergencia	Unidad de Documentos médicos y epidemiología	Reportes de sala situacional										
				Avanzado													
		Protocolos BRC y BRC-IOP // Representa una norma enfocada a asegurar la implantación de un sistema de Gestión de la calidad en la industria alimentaria. Este estándar ha sido desarrollado con el fin de garantizar un sistema uniforme de calidad y seguridad ya que las exigencias legales y de los consumidores Cada vez eran, y cada vez los son más exigentes.	Reforzamiento de medidas de seguridad	Básico	- Verificar si se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,	- Unidad de seguridad	- El Hospital cuenta con el Plan de prevención de violencia y Normas de seguridad										
				Intermedio													
				Avanzado													
			Implantación y mejora de norma	Básico	- Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
				Intermedio													
				Avanzado													

		Protocolo IFS // Norma de seguridad alimentaria reconocida por la Global Food Safety Initiative (GFSI) para auditar empresas que fabrican alimentos o a empresas que empaquetan productos alimentarios a granel. Se centra en la seguridad y calidad alimentaria de los productos procesados.	Transparencia	Básico	- Examinar si la alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres	Informe de departamento de alimentación y dietas (menús de cocinas)	Informe de uso de Normas de seguridad									
				Intermedio												
				Avanzado												
			Comparabilidad	Básico	- Monitorear los procesos de consulta externa,	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico									
				Intermedio												
				Avanzado												
	Responsabilidad Social	Gestión de la accesibilidad global // Es un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para establecer la política y los objetivos y para dirigir y controlar una organización con respecto a la Accesibilidad.	Equidad de uso	Básico	- Examinar si se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	- unidad de formación pedagógica	- plan de mejora y educación continua									
				Intermedio												
				Avanzado												
			Flexibilidad de uso	Básico	-Existen procedimientos para garantizar y asegurar los suministros esenciales y críticos, así como las comunicaciones, en caso de emergencia											
				Intermedio	- Evaluar el indicador de emergencia	Unidad de Documentos médicos y epidemiología	Reportes de sala situacional									
				Avanzado	- Verificar si el establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	-Unidad de psicología	- Reportes de sala situacional									
			Simple e intuitivo	Básico	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/</a>	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
				Intermedio	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,											
				Avanzado												
			Información perceptible	Básico	- Evaluar las actuaciones de una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
				Intermedio												

			Avanzado															
		Espacio suficiente de aproximación y uso	Básico	- Verificar la existencia de dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad												
			Intermedio															
			Avanzado															
		Tolerancia al error	Básico	- Verificar que se hagan públicos los indicadores de resultados del establecimiento	- verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv</a> / o página ministerial	- Informe de unidad de relaciones publicas												
			Intermedio															
			Avanzado															
		Esfuerzo de protección	Básico	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	- Documentos de requisiciones												
			Intermedio	- Verificar si se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad												
			Avanzado	- Evaluar el protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electro medicina.	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad												
		Responsabilidad Social // Es el compromiso, obligación y deber que poseen los individuos, miembros de una sociedad o empresa de contribuir voluntariamente para una sociedad más justa.	Principios y prácticas relacionadas con la sociedad	Básico	- Evaluar las actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad											
				Intermedio														
				Avanzado														
			Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	Básico	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.													
				Intermedio	- Verificar si existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	Revisar actas de socialización	Revisar Libro de actas de reunión											
				Avanzado	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico -Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan													
			Identificación y el compromiso con los grupos de interés	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento que asegure que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Revisar Plan Operativo Anual Institucional											

				de la educación de todo el personal.														
				Intermedio														
				Avanzado														
		Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización	Básico	- Verificar la presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Informe de unidad de relaciones publicas												
			Intermedio															
			Avanzado															
		Contribución de la organización con el desarrollo sostenible	Básico	- Verificar el análisis y el control de las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,	- Documentos de plan de mejora	-Revisión de informes de rendición de cuentas												
			Intermedio	- Verificar el desarrollo de estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor	- Unidad de investigación institucional	- Revisar la unidad de investigación institucional												
			Avanzado															
		Gestión de ONG'S // Para dotar y reforzar a estas organizaciones con información y herramientas para su adecuada gestión y cumplimiento de sus compromisos internos y externos	Organización abiertas y transparentes	Básico	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,													
				Intermedio	- Evaluar el indicador de informes de resultado por servicio final	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional											
				Avanzado	-Indicador de informes de resultados													
			Coherencia con la Misión y valores	Básico	- Verificar si se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
				Intermedio														
				Avanzado														
			Mejora continua	Básico	- Evaluar los grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
				Intermedio														
				Avanzado														
			Innovación social	Básico	- Verificar si el establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
				Intermedio	- Evaluar los grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
				Avanzado														

Tabla 138. Plataforma de área cuidados intensivos

Cuidados Intensivos

Área de indicadores a evaluar para acreditación						Área de auditor								
Área	Campos	Aspectos de certificación	Requisitos por campo	Nivel	critérios de verificación	Ayuda General	Documento de Apoyo	Si	No	Observaciones	Nivel de cumplimiento			
	Calidad	Gestión de la Calidad ISO 9001 //Es una norma internacional que toma en cuenta las actividades de una organización, sin distinción de sector de actividad. Esta norma se concentra en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización.	Desarrollo de la documentación	Básico	- Verificación de estado de cumplimiento de estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	- Revisar Libro de actas de reunión y planes de educación continua.	- Revisar actas de socialización							
				Intermedio	- Examinar si se incluye el modelo de cuidados del centro el desarrollo los aspectos de seguridad de los pacientes  - Verificar los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional - Verificar documentos de acuerdo de control debidamente registrado.	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Avanzado	- Examinar si las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito - Comprobar si el liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.	-Documento de acuerdo debidamente registrado.  - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional  - Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
			Formación	Básico	- Comprobar si el establecimiento garantiza una utilización adecuada de medidas restrictivas de sujeción en aquellos casos indicados, - Chequear si se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	- Departamento de recursos humanos. - Unidad de investigación institucional	- Revisar el reglamento interno de la institucional - Revisar Documentos y proyectos de investigación							
				Intermedio	- Chequear si el liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Avanzado	- Comprobar la disponibilidad un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	- Documentos de plan de mejora.	- Revisión de listado de asistencia y protocolo de inducción.							
			Toma de datos	Básico	Identificar las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y verificar la relación en la seguridad de los pacientes	- Unidad de archivo.	- Revisar expediente clínico y de plan de mejora							

			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorear los procesos de consulta externa,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar el estándar de calidad institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar expediente clínico</li> </ul>						
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y verificar cumplimiento de procesos críticos</li> <li>- Identificar y verificar procesos de soporte estratégico,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar Algoritmo de atención de pacientes.</li> <li>- Revisar Algoritmo de atención de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades) y el historia clínica de máxima urgencia.</li> <li>- Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades), el historial clínica de máxima urgencia y el estándar de calidad.</li> </ul>						
		Implantación	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chequear si se dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización</li> <li>- Verificar el pacto de objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios</li> <li>- Verificar la planificación e implementación de un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y el plan de mejora</li> <li>- Plan Anual Operativo del consejo Estratégico de gestión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Gestión visual</li> <li>- Revisar Plan Operativo Anual de los servicios y el consenso en libros de actas.</li> <li>-Revisar Plan Operativo Anual Institucional.</li> </ul>						
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chequear la disponibilidad de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes</li> <li>- Examinar la implantación de un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes</li> <li>-Comprobar implantación de un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil</li> <li>-Verificar cumplimiento de protocolo de cuidados a pacientes paliativos</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo del manejo del paciente con dolor</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registro de pacientes</li> <li>- Revisar libro de registro de servicio</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> <li>-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> <li>-Reglas institucionales</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar expediente clínico</li> <li>- Revisar libro de interconsultas</li> <li>-Revisar libro de novedades</li> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>-Revisar los expedientes clínicos</li> <li>-Revisión protocolos de bioética</li> <li>-Revisión de protocolos de seguridad</li> <li>-Revisar los expedientes clínicos</li> <li>-Revisar los expedientes clínicos</li> <li>-Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>						

				de prevención de caídas de pacientes -Examinar implantación de un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión -Examinar implantación de un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes - Examinar implantación de un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes - Examinar implantación de un protocolo de necesidades de cuidados al alta - Examinar el Indicador de informe de implementación	- Reportes de sala situacional	-Revisar los expedientes clínicos - Revisar Plan Operativo Anual Institucional						
			Avanzado	- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios -Verificar implantación de un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes	- Documentos de plan de mejora y educación continua - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisar auditorias de expediente clínico						
			Auditoria interna	Básico	- Examinar el indicador de porcentaje de supervisiones realizadas	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional					
				Intermedio	- Evaluar auditorías internas de procesos	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología ; Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- Reportes de sala situacional y Verificar cumplimiento de porcentaje de auditorías establecidas					
				Avanzado	-Verificar si se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad -Examinar el Indicador de informes de resultados de los estándares	-Documentos de plan de mejora y Unidad de Documentos médicos y epidemiología	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Reportes de sala situacional					
			Revisión por la dirección	Básico	- Examinar el indicador de morbilidad  - Examinar el indicador de muertes maternas  - Examinar el indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)  - Examinar el indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9) - Examinar el indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)  - Examinar el indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)  - Examinar el indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional					





				cáncer tratados con radioterapia										
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar si una estructura organizativa define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-Examinar la estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario</li> <li>-Verificar si después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente</li> <li>- Examinar cuantos pacientes perciben accesible y seguro el entorno hospitalario</li> <li>- Verificar si a los pacientes se les aplica el protocolo de acogida al ingreso</li> <li>- Verificar si los pacientes perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>- Examinar el número de pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria</li> <li>- Examinar el número de pacientes que sufren bronco aspiración</li> <li>- Examinar el número de pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales</li> <li>- Examinar el número de pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical</li> <li>- Examinar el número de pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación</li> <li>- Examinar el número de pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación</li> <li>- Examinar el número de pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>- Examinar el número de pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> <li>- Examinar el número de pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH</li> <li>-Revisión de reporte de inventario</li> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Revisar registro de pacientes</li> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>-Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar hoja de reporte de IAAS</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar organigrama institucional</li> <li>-Revisión de planillas</li> <li>- Revisar informe mensual de adquisiciones</li> <li>- Revisión de reportes trimestrales</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar hoja de Consentimiento informado</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>								
			Avanzado	-Chequear el análisis de demanda	- Revisar censo de pacientes	- Revisar Hoja de								

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el absentismo laboral en profesionales</li> <li>- Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar libro de registro diario del personal</li> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro</li> <li>- Revisar hoja de marcación y registro</li> <li>- Hoja de evaluación del personal de salud</li> </ul>						
	<p>Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485</p> <p>// Es la norma referida al sistema de gestión de la calidad aplicable para dispositivos médicos</p>	Gestión de riesgos	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> <li>- Examinar el indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Examinar el indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> <li>- Verificar si los pacientes perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Revisar hoja de Consentimiento informado</li> </ul>						
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la participación en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>- Verificar la implantación un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> <li>- Verificar la planificación e implementación de un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libro de actas de reunión</li> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Plan Anual Operativo del consejo Estratégico de gestión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registro de actas de socialización en protocolos</li> <li>- Revisar hoja de Consentimiento informado</li> <li>- Revisar Plan Anual Operativo Institucional.</li> </ul>						
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la disponibilidad un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de listado de asistencia y protocolo de inducción.</li> </ul>						
		Gestión de la cadena de proveedores	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> <li>- Examinar el Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.</li> <li>- Examinar el Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de inventario</li> <li>- Revisión de inventario</li> <li>- Revisión de inventario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos</li> <li>- Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos</li> <li>- Reportes de almacén y informes e indicadores</li> </ul>						

						relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos								
			Intermedio	-Chequear los pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos	- Hoja de reporte de eventos adversos asociado al fármaco	- Revisar los expedientes clínicos								
			Avanzado	-Examinar si se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento.	- Revisión de inventario	-Informe de farmacia y reportes respectivos de consumo de medicamentos								
		Gestión de datos clínicos	Básico	-Verificar si se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,	- protocolo de atención sanitaria	- hoja de control de calidad y flujo grama de procesos								
			Intermedio	-Verificar implantación de un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes -Comprobar la implantación de guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología -Documentos de plan de mejora	- Revisar auditorias de expediente clínico -Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Avanzado	- Examinar los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización	-libros de registro de laboratorio	-hoja de control de muestras								
		Control de la producción	Básico	- Verificar si el establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes	- Revisar informes de Control de stock y reportes de almacén	- Revisión de reporte de inventario								
			Intermedio	- Identificar y verificar cumplimiento de procesos críticos - Verificar la fomentación el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	-Revisar Algoritmo de atención de pacientes. -Revisión de inventario	-Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades) y el historia clínica de máxima urgencia. -Hoja de medicamentos regulados								
			Avanzado	- Verificar si se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios	- Revisar registro de recurso humano y plan educación continua	- Revisión de planillas y actas de capacitaciones								
		Sistema de vigilancia del producto	Básico	-Verificar si está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas	- libros de registro de laboratorio -Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- hoja de control de muestras - Reportes de								

					-Verificar si el establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.		almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos							
			Intermedio		-Examinar el control en las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades -Examinar cuantos pacientes perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados -Verificar si se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales, -Examinar cuantos pacientes sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados -Examinar cuantos pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión están sin registros de monitorización de niveles plasmáticos	- Revisión de inventario - oficina por derecho a la salud institucional - Revisión de normas de atención sanitarias - Hoja de reporte de banco de sangre - Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	-hoja de control de calidad - Revisar los expedientes clínicos - hoja de control de calidad - Revisar los expedientes clínicos - Revisar los expedientes clínicos							
			Avanzado		-Verificar si está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados -Verificar si se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario	- Revisión de protocolos de banco de sangre - Revisión de inventario	- Revisión de informes - hoja de control de calidad y Informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos							
		Calidad de servicio // Es un concepto que deriva de la propia definición	Orientación a resultados	Básico	-Verificar si el establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones. - Examinar cuantos paciente perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	- Revisar censo diario - oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar Hoja de registro diario - Revisar los expedientes clínicos							
	Intermedio			-Verificar si el establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios -Comprobar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,	- oficina por derecho a la salud institucional - Revisar actas de socialización	- Revisar el estándar de calidad - Revisar Libro de actas de reunión								
	Avanzado			-Evaluar el indicador de porcentaje de cumplimiento de meta	- El desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Reportes de sala situacional								
	Básico			- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional								

		de Calidad, entendida como satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente o también expresado como aptitud de uso.		Intermedio	- Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	-Revisión de planillas							
				Avanzado	- Examinar disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial.	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos							
			Comprensión del cliente	Básico	- Examinar programa de atención a los malos tratos	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisión de reportes trimestrales							
				Intermedio	- Verificar si se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios y si se implantan mejoras para obtener los mejores resultado - Evaluar la capacidad del usuario y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje	- oficina por derecho a la salud institucional -Revisión de libro de entregas educativas	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección) -Revisión de actas							
				Avanzado	-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes  -Verificar si los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH. - Documentos de plan de mejora	- Hoja de evaluación del personal de salud - Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Fiabilidad	Básico	- Verificar que los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional						
				Intermedio										
				Avanzado										
			Comunicación	Básico	- Verificar si se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar hoja de Consentimiento informado							
				Intermedio	- Examinar si el liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento	-Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión							
				Avanzado	- Evaluar si se realiza el consentimiento informado - Verificar que se contemple la actuación a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,	- oficina por derecho a la salud institucional - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisión de cuadro clínico - Revisar los expedientes clínicos							
			Accesibilidad	Básico	-Chequear la admisión en el establecimiento de salud	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y registro de pacientes	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional y hoja de registro diario							

				Intermedio	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/</a>	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
				Avanzado	- Verificar que el establecimiento tenga definida, actualizada y accesible su cartera de servicios	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Cortesía	Básico	-Chequear la atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar los expedientes clínicos										
				Intermedio	- Evaluar si los pacientes reciben trato correcto y empático de los profesionales	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)										
				Avanzado	-Chequear la admisión en el establecimiento de salud -Verificar si se identifica correctamente a los usuarios,	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y registro de pacientes - registro de pacientes	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional y hoja de registro diario - Revisar expediente clínico										
		Capacidad de respuesta	de	Básico	- Examinar el indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta  -Examinar el indicador de tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada  -Examinar el indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)  -Examinar el indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Examinar el indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos										
					Intermedio	-Examinar el indicador de Promedio diario de consultas especializadas por consultorio de consulta externa -Examinar el indicador de Promedio de	- oficina por derecho a la salud institucional - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Revisar registro de									

				<p>días estancias Pediatría</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar el indicador de Promedio de días estancias Neonatología</li> <li>-Examinar el indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<p>pacientes y expediente clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>						
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar el indicador de Giro Cama Pediatría</li> <li>-Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría</li> <li>-Examinar el indicador de sustitución de cama en Pediatría</li> <li>-Examinar el indicador de Giro Cama Neonatología</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología</li> <li>-Examinar el indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>- Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>						
		Seguridad	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar si los profesionales perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes</li> <li>- Verificar si los profesionales participan en los objetivos de seguridad de los pacientes</li> <li>-Comprobar si el establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar comisiones hospitalarias</li> <li>- Revisar comisiones hospitalarias</li> <li>- Documentos de plan de mejora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar actas</li> <li>- Revisar actas</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>						
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar el pacto de objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios</li> <li>- Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>- Verificar si los profesionales están satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes</li> <li>- Verificar si se definen los perfiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y el plan de mejora</li> <li>- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal</li> <li>- Revisar comisiones hospitalarias</li> <li>-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual de los servicios y el consenso en libros de actas.</li> <li>-Revisión de planillas</li> <li>- Revisar actas</li> <li>-Revisión de documentos de curriculum de personal</li> <li>-Revisar el estándar de calidad</li> </ul>						



				<p>profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar si el establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas</li> <li>- Verificar el protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas</li> </ul>	- Revisión de normas de atención sanitarias	- Revisión de protocolo de atención							
			Avanzado	- Verificar si los profesionales perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes	-Revisar comisiones hospitalarias	- Revisar actas							
	Cartas de servicio // Son documentos que explican los servicios que ofrecen las organizaciones	Ampliación y optimización de gestiones	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chequear el análisis de demanda</li> <li>- Chequear que se evalúa de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorporan mejoras</li> </ul>	- Revisar censo de pacientes - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar Hoja de Registro - Revisar el estándar de calidad							
Intermedio			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron</li> <li>- Verificar si el establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costos</li> <li>-Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.</li> </ul>	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Revisar informes de Control de stock y reportes de almacén -Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Documentos de plan de mejora - Revisión de reporte de inventario -Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
Avanzado			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar que se actualice la metodología de mejora continua que permita optimizar recursos,</li> <li>- Chequear que se evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud,</li> <li>-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> <li>- Evaluar el indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana</li> </ul>	- Documentos de plan de mejora -oficina por derecho a la salud institucional - Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH. - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisar el estándar de calidad - Hoja de evaluación del personal de salud - Documentos de plan de mejora								
	Horario de atención		Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Examinar el indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> </ul>	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos							
			Intermedio	- Examinar el indicador de tiempo	- oficina por derecho a la salud	- Hoja de triage y							

			<p>promedio de espera para consulta de medicina especializada</p> <p>- Examinar el indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)</p>	<p>institucional</p> <p>- oficina por derecho a la salud institucional</p>	<p>revisar los expedientes clínicos</p> <p>- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos</p>										
			Avanzado												
		Tiempo de espera	Básico	<p>- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)</p> <p>- Examinar el indicador de tiempo promedio de espera para primera consulta</p>											
			Intermedio	<p>- Examinar cómo se controla la demora en la asistencia de sus servicios.</p>	<p>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</p>	<p>- Revisar los expedientes clínicos</p>									
			Avanzado												
		Atención de los ciudadanos	Básico	<p>-Chequear la atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares,</p> <p>-Respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad de atención e información del usuario,</p>	<p>- oficina por derecho a la salud institucional</p>	<p>- Revisar los expedientes clínicos</p>									
			Intermedio	<p>- Evaluar si los pacientes reciben trato correcto y empático de los profesionales</p> <p>- Examinar la implantación de un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes</p> <p>- Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento</p> <p>- Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</p>	<p>- oficina por derecho a la salud institucional</p> <p>- Revisar libro de registro de servicio</p> <p>- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal</p>	<p>- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)</p> <p>- Revisar libro de interconsultas</p> <p>- Revisión de planillas</p>									
			Avanzado	<p>- Evaluar la continuidad de la atención</p> <p>- Verificar si existe un protocolo para la identificación de pacientes</p> <p>- Verificar si se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</p>	<p>- Revisar hoja de registro</p> <p>- registro de pacientes</p> <p>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</p>	<p>- Revisar los expedientes clínicos</p> <p>- Revisar expediente clínico</p> <p>- Revisión de curriculum de personal</p>									
		Oficina de información ciudadana	Básico	<p>-Chequear si se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal</p>	<p>- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal</p>	<p>- Revisar documento de nombramiento de personal de salud</p>									

			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comprobar que exista una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos</li> <li>- Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> <li>- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>- Revisión de planillas</li> </ul>						
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar la estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>- Verificar que los sistemas de información del Centro Hospitalario estén integrados con la historia de salud de la persona,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>						
	Buenas practicas //toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.	Relativos a la participación de la alta dirección	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>						
Intermedio			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar el documento de nombramiento de personal de salud</li> </ul>							
Avanzado			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>							
		Relativos a los registros de formación de empleados	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación de estructuras y mecanismos de participación de los profesionales en los objetivos de seguridad</li> <li>- Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>- Examinar el indicador de curso gerencial realizado</li> <li>-Se dispone de un sistema de reconocimiento y recompensa para los profesionales que participen en actividades de seguridad de pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora</li> <li>-Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal</li> <li>-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>-Revisión de planillas</li> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>						
Intermedio			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias</li> <li>- Revisar cuantos profesionales perciben alta rotación en los servicios/ unidades</li> <li>- Comprobar la disponibilidad un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> <li>- Revisar comisiones hospitalarias</li> <li>- Documentos de plan de mejora.</li> <li>- Documentos de plan de mejora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de evaluación del personal de salud y Revisión de curriculum de personal</li> <li>- Reportes de Sala Situacional</li> <li>- Revisión de listado de asistencia y protocolo de inducción.</li> <li>- Revisar Plan</li> </ul>							

				más frecuentes - Evaluación del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida		Operativo Anual Institucional								
			Avanzado	- Examinar la estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales, - Chequear si se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	- Documentos de plan de mejora - Unidad de investigación institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Revisar Documentos y proyectos de investigación								
		Relativos a la fabricación del producto	Básico	- Verificar que se actualice la metodología de mejora continua que permita optimizar recursos,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Relativos a los proveedores	Básico	- Verificar la certificación de calidad de la empresa y de los productos	- Documentos de plan de mejora	- Informes de análisis de almacenes e insumos								
			Intermedio	- Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	- Documentos de requisiciones								
			Avanzado											
		Relativos al sistema de gestión e calidad	Básico	- Verificar cuantos pacientes perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados  - Verificar cuantos pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar hoja de Consentimiento informado - Revisar los expedientes clínicos								
			Intermedio	- Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)								
			Avanzado	- Examinar la elaboración y evaluación del plan que garantice la continuidad asistencial intra e inter-niveles - Comprobar la validez de premios, certificaciones y/o distinciones obtenidas en relación con las buenas prácticas y/ o asistencia - Examinar el protocolo de administración y registro de la medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo	- Revisión de sistema RIIS - Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH - Revisión de reporte de inventario	- Revisar hoja de registro - hoja de evaluación del profesional en salud. - registros de farmacia y hoja de control								

			Relativos a infraestructura y mantenimiento	Básico	-Verificar la actualización de las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	- Revisión de protocolos de seguridad	- Revisión de protocolo y lista de verificación									
				Intermedio	-Verificar si se el plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina. -Examinar el protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos - Revisión de protocolos de seguridad	- Protocolo de mantenimiento - Revisión de protocolo y lista de verificación									
				Avanzado	-Verificar la adquisición del equipamiento en criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos	- Protocolo de mantenimiento									
			Relativos a control de contaminación	Básico	- Verificar el protocolo de lavado de manos	- Revisión de protocolo y lista de verificación	- Revisión de protocolos de higiene									
				Intermedio												
				Avanzado												
			Relativos a la medición y supervisión	Básico	- Examinar el Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)	- Reportes de sala situacional	- Revisar la Hoja de evaluación del personal de salud									
				Intermedio	- Examinar e desarrollo de líneas propias de investigación,	- Unidad de investigación institucional	- Revisar la unidad de investigación institucional									
				Avanzado	-Verificar la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor ,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar los expedientes clínicos									
			Medio Ambiente	Gestión ambiental ISO 14001 // Ayuda a su organización a identificar, priorizar y gestionar los riesgos ambientales, como parte de sus prácticas de negocios habituales.	Plan de manejo ambiental	Básico	- Verificar el protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	Documentos de plan de mejora	Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
						Intermedio										
						Avanzado										
Objetivos y metas ambientales	Básico	- Verificar la actualización de un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes			- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
	Intermedio															
	Avanzado															
Políticas y procedimientos	Básico	- Evaluar la determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
	Intermedio															

			Avanzado																	
		Verificación de informes de emisiones // es una norma internacional conforme a la cual se verifican voluntariamente los informes de emisiones	Responsabilidades definidas	Básico	- Evaluar a la persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.	- Documentos de plan de mejora	-Cronograma de actividades como parte del plan de mejora continua													
				Intermedio																
				Avanzado																
				Documentación	Básico	- Examinar la planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
					Intermedio															
					Avanzado															
				Capacitación del personal	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento que asegure que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
					Intermedio															
					Avanzado															
				Sistema de control	Básico	- Verificar cuantas quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)												
					Intermedio	- Evaluación de la actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)												
					Avanzado	- Verificar si los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,	-oficina por derecho a la salud institucional	- Reportes trimestrales												
			Documentación	Básico	- Verificar si se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional													
				Intermedio																
				Avanzado																
			Presentación de informe	Básico	- Examinar cuantos pacientes perciben accesible y seguro el entorno hospitalario - Evaluar el indicador de informes de	- oficina por derecho a la salud institucional - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisión de reportes trimestrales - Reportes de sala situacional													

					resultado por servicio final													
				Intermedio	-Examinar el Indicador de informes de resultados de los estándares	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional											
				Avanzado	- Evaluar el indicador de informes con resultados de la evaluación	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional											
		Resultados de verificación	Básico		- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información													
			Intermedio															
			Avanzado															
		Revisión	Básico		- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
			Intermedio		- Evaluar la determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
			Avanzado															
Seguridad	Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001 // Es un estándar desarrollado en el Reino Unido para ayudar a toda la empresa a mejorar de forma continua la seguridad y la salud en el trabajo que ofrece a sus empleados.	Principios generales	Básico		-Verificar si se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	- Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión											
			Intermedio		- Evaluar las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	-Documentos de plan de mejora -Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisión de planillas											
			Avanzado		- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares  - Verificar si se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional que se contemplan en el plan de mejora											
		Equipos de protección personal	Básico		-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	-Documentos de requisiciones											
			Intermedio															
			Avanzado															
		Ergonomía	Básico		- Verificar si el establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	-Unidad de psicología	- Reportes de sala situacional											
			Intermedio															
			Avanzado															
		Condiciones de trabajo	Básico		-Verificar el número profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y	- Normas de seguridad - Normas de seguridad - Normas de seguridad	- Revisar registro de recurso humano - Revisar registro de											

				<p>eventos adversos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar el número de profesionales que sufren accidentes laborales</li> <li>- Verificar el número de pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria</li> <li>- Pacientes que desarrollan lesiones por presión</li> <li>- Pacientes que refieren dolor durante el ingreso</li> <li>- Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física</li> </ul>		<p>recurso humano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registro de recurso humano</li> </ul>								
			Intermedio	-Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Avanzado											
		Seguridad de las maquinas	Básico	-Verificar si se el plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos	-Protocolo de mantenimiento								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Seguridad alimentaria ISO 22000 // es una norma internacional que define los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad alimentaria para asegurar la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria.	Fomentar la confianza con las partes interesadas	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	- Documentos de plan de mejora y educación continua	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	Básico	- Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Proteger al paciente	Básico	- Monitorear los procesos de consulta externa,	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	Básico	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
		Seguridad de la información ISO 27001 // consiste en la preservación de su	Confidencialidad	Básico	- Verificar el Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	Revisar Plan Operativo Anual Institucional							



	confidencialidad, integridad y disponibilidad, así como de los sistemas implicados en su tratamiento, dentro de una organización.	Integridad	Intermedio												
			Avanzado												
		Integridad	Básico	-Evaluar si se garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
			Intermedio	-Examinar la información y vigilancia epidemiológica,	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional									
			Avanzado	-Verificar que la información este protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
		Disponibilidad	Básico	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.											
			Intermedio	-Indicador de informes de resultados											
			Avanzado	- Chequear si el establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
		Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales // es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un entorno laboral, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo	Evaluación	Básico	- Examinar el indicador de porcentaje de supervisiones realizadas	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional								
				Intermedio	- Verificar si se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
	Avanzado			- Evaluar auditorías internas de procesos	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología ; Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- Reportes de sala situacional y Verificar cumplimiento de porcentaje de auditorías establecidas									
	Análisis		Básico	- Verificar si el establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,	Documentos de plan de mejora	Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
			Intermedio	- Verificar si se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional que se contemplan en el plan de mejora									
			Avanzado	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
	Verificación		Básico	- Verificar el número de profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	-Documentos de plan de mejora	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
			Intermedio												
			Avanzado												
	Protocolos BRC		Reforzamiento de	Básico	- Verificar si se toman medidas para	- Unidad de seguridad	- El Hospital cuenta								

		y BRC-IOP // Representa una norma enfocada a asegurar la implantación de un sistema de Gestión de la calidad en la industria alimentaria. Este estándar ha sido desarrollado con el fin de garantizar un sistema uniforme de calidad y seguridad ya que las exigencias legales y de los consumidores Cada vez eran, y cada vez los son más exigentes.	medidas de seguridad		proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,		con el Plan de prevención de violencia y Normas de seguridad							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Implantación y mejora de norma	Básico	- Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
		Protocolo IFS // Norma de seguridad alimentaria reconocida por la Global Food Safety Initiative (GFSI) para auditar empresas que fabrican alimentos o a empresas que empaquetan productos alimentarios a granel. Se centra en la seguridad y calidad alimentaria de los productos procesados.	Transparencia	Básico	- Examinar si la alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres	Informe de departamento de alimentación y dietas (menús de cocinas)	Informe de uso de Normas de seguridad							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Comparabilidad	Básico	- Monitorear los procesos de consulta externa,	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico							
				Intermedio										
				Avanzado										
Responsabilidad Social		Gestión de la accesibilidad global // Es un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para establecer	Equidad de uso	Básico	- Examinar si se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	- unidad de formación pedagógica	- plan de mejora y educación continua							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Flexibilidad de uso	Básico	- Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicaciones adaptadas a las necesidades actuales,									

		la política y los objetivos y para dirigir y controlar una organización con respecto a la Accesibilidad.		Intermedio	- Verificar si el establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	-Unidad de psicología	- Reportes de sala situacional															
				Avanzado																		
				Simple e intuitivo	Básico	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/</a>		-Revisar Plan Operativo Anual Institucional													
					Intermedio	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,																
					Avanzado																	
				Información perceptible	Básico	- Evaluar las actuaciones de una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional		Revisar Plan Operativo Anual Institucional													
					Intermedio																	
					Avanzado																	
				Espacio suficiente de aproximación y uso	Básico	- Verificar la existencia de dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes  - Examinar si se redujo el riesgo de daño al usuario causado por caídas,	-Documentos de plan de mejora -Documentos de plan de mejora		-Revisar normas de seguridad -Revisar normas de seguridad													
					Intermedio																	
					Avanzado																	
				Tolerancia al error	Básico	- Verificar que se hagan públicos los indicadores de resultados del establecimiento	- verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/</a> o página ministerial		- Informe de unidad de relaciones publicas													
					Intermedio	- Verificar el análisis y el control de las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas	- Documentos de plan de mejora		-Revisión de informes de rendición de cuentas													
					Avanzado																	
				Esfuerzo de protección	Básico	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora		-Documentos de requisiciones													
					Intermedio	- Verificar si se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	- Documentos de plan de mejora		- Revisar normas de seguridad													

			Avanzado	- Evaluar el protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electro medicina.	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad									
Responsabilidad Social // Es el compromiso, obligación y deber que poseen los individuos, miembros de una sociedad o empresa de contribuir voluntariamente para una sociedad más justa.	Principios y prácticas relacionadas con la sociedad		Básico	- Evaluar las actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad									
			Intermedio												
			Avanzado												
	Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia		Básico	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.											
			Intermedio	- Verificar si existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	Revisar actas de socialización	Revisar Libro de actas de reunión									
			Avanzado	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico -Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan - Verificar si los pacientes perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad	- - - oficina por derecho a la salud institucional	- - - Revisar hoja de Consentimiento informado									
	Identificación y el compromiso con los grupos de interés		Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento que asegure que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
			Intermedio												
			Avanzado												
	Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización		Básico	- Verificar la presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Informe de unidad de relaciones publicas									
			Intermedio												
			Avanzado												
Contribución de la organización con el desarrollo sostenible		Básico	- Verificar el análisis y el control de las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,	- Documentos de plan de mejora	-Revisión de informes de rendición de cuentas										
		Intermedio	- Verificar el desarrollo de estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor	- Unidad de investigación institucional	- Revisar la unidad de investigación institucional										
		Avanzado													
Gestión de ONG'S // Para dotar y reforzar a estas organizaciones	Organización abiertas y transparentes	Básico	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,												
		Intermedio	- Evaluar el indicador de informes de resultado por servicio final	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional										

	con información y herramientas para su adecuada gestión y cumplimiento de sus compromisos internos y externos	Coherencia con la Misión y valores	Avanzado	-Indicador de informes de resultados												
			Básico	- Verificar si se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio													
		Mejora continua	Básico	- Evaluar los grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio													
			Avanzado													
		Innovación social	Básico	- Verificar si el establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio	- Evaluar los grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Avanzado													

Tabla 139. Plataforma de área hospitalización

Hospitalización

Área de indicadores a evaluar para acreditación						Área de auditor								
Área	Campos	Aspectos de certificación	Requisitos por campo	Nivel	critérios de verificación	Ayuda General	Documento de Apoyo	Si	No	Observaciones	Nivel de cumplimiento			
Hospitalización	Calidad	Gestión de la Calidad ISO 9001 //Es una norma internacional que toma en cuenta las actividades de una organización, sin distinción de sector de actividad. Esta norma se concentra en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y	Desarrollo de la documentación	Básico	- Verificación de estado de cumplimiento de estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	- Revisar Libro de actas de reunión y planes de educación continua.	- Revisar actas de socialización							
				Intermedio	- Examinar si se incluye el modelo de cuidados del centro el desarrollo los aspectos de seguridad de los pacientes  - Verificar los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional - Verificar documentos de acuerdo de control debidamente registrado.	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Avanzado	- Examinar si las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito - Comprobar si el liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la	-Documento de acuerdo debidamente registrado.  - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional  - Revisar Plan Operativo Anual Institucional							

		servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización.			definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.									
	Formación	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chequear si se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes</li> <li>- Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de investigación institucional</li> <li>-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de investigación institucional</li> <li>-Revisión de planillas</li> </ul>									
		Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chequear si el liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>									
		Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la disponibilidad un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora.</li> <li>- Actas de Sala Situacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de listado de asistencia y protocolo de inducción.</li> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>									
	Toma de datos	Básico	Identificar las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y verificar la relación en la seguridad de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de archivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar expediente clínico y de plan de mejora</li> </ul>									
		Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorear los procesos de consulta externa,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar el estándar de calidad institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar expediente clínico</li> </ul>									
		Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y verificar cumplimiento de procesos críticos</li> <li>- Identificar y verificar procesos de soporte estratégico,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar Algoritmo de atención de pacientes.</li> <li>- Revisar Algoritmo de atención de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades) y el historia clínica de máxima urgencia.</li> <li>- Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades), el historial clínica de máxima urgencia y el estándar de calidad.</li> </ul>									
	Implantación	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chequear si se dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización</li> <li>- Verificar el pacto de objetivos relativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y el plan de mejora</li> <li>- Plan Anual Operativo del consejo Estratégico de gestión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Gestión visual</li> <li>- Revisar Plan Operativo Anual de los servicios y el consenso en libros de actas.</li> <li>-Revisar Plan</li> </ul>									

					a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios		Operativo Anual Institucional.							
				Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar la planificación e implementación de un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chequear la disponibilidad de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes</li> <li>- Examinar la implantación de un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes</li> <li>-Comprobar implantación de un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil</li> <li>-Verificar cumplimiento de protocolo de cuidados a pacientes paliativos</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo del manejo del paciente con dolor</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo de utilización de contención mecánica de los pacientes</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo de prevención de caídas de pacientes</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión</li> <li>-Examinar implantación de un protocolo de identificación y seguimiento de alergias e intolerancias de los pacientes</li> <li>- Examinar implantación de un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes</li> <li>- Examinar el Indicador de informe de implementación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registro de pacientes</li> <li>- Revisar libro de registro de servicio</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> <li>-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> <li>-Reglas institucionales</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar expediente clínico</li> <li>- Revisar libro de interconsultas</li> <li>-Revisar libro de novedades</li> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>-Revisar los expedientes clínicos</li> <li>-Revisión protocolos de bioética</li> <li>-Revisión de protocolos de seguridad</li> <li>-Revisar los expedientes clínicos</li> <li>-Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>						
				Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios</li> <li>-Verificar implantación de un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora y educación continua</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>- Revisar auditorias de expediente clínico</li> </ul>							
			Auditoria interna	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de porcentaje de supervisiones realizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>							
				Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar auditorías internas de procesos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología ; Verificar el plan de supervisión aprobado por la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional y Verificar cumplimiento de</li> </ul>							





				<p>Emergencia por quirófano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> <li>- Examinar el indicador de número de trasplantes realizados</li> <li>- Examinar el indicador de Tasa bruta de mortalidad</li> <li>- Examinar el indicador de Tasa neta de mortalidad</li> </ul> <p>- Examinar el indicador de Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de Tasa de mortalidad por traumatismos</li> <li>-Examinar el indicador de Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente</li> </ul> <p>- Examinar el indicador de Tasa de letalidad por neumonía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar el indicador de Tasa de letalidad por IRC</li> <li>-Examinar el indicador de Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus</li> <li>-Examinar el indicador de Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos</li> <li>- Examinar el indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos</li> <li>- Examinar el indicador de porcentaje de cumplimiento de la programación de atenciones a atenciones a pacientes con cáncer tratados con radioterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>						
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar si una estructura organizativa define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-Examinar la estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario</li> <li>-Verificar si después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente</li> <li>- Examinar cuantos pacientes perciben accesible y seguro el entorno hospitalario</li> <li>-Verificar si los pacientes están correctamente identificados durante todo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH</li> <li>-Revisión de reporte de inventario - oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>-Revisar registro de pacientes</li> <li>- Revisar registro de pacientes - oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>-Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar hoja de reporte de IAAS</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar organigrama institucional</li> <li>-Revisión de planillas</li> <li>- Revisar informe mensual de adquisiciones</li> <li>- Revisión de reportes trimestrales</li> <li>-Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar hoja de Consentimiento informado</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los</li> </ul>						

				<p>el proceso de hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar si a los pacientes se les aplica el protocolo de acogida al ingreso</li> <li>- Verificar si los pacientes perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>- Examinar el número de pacientes que sufren edema agudo de pulmón y/o insuficiencia respiratoria</li> <li>- Examinar el número de pacientes que sufren bronco aspiración</li> <li>- Examinar el número de pacientes que desarrollan infecciones nosocomiales</li> <li>- Examinar el número de pacientes con efectos adversos relacionados con el sondaje vesical</li> <li>- Examinar el número de pacientes que desarrollan flebitis y/o extravasación</li> <li>- Examinar el número de pacientes que desarrollan desnutrición/deshidratación</li> <li>- Examinar el número de pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>- Examinar el número de pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> <li>- Examinar el número de pacientes con demencia/ deterioro cognitivo sin la patología al ingreso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>								
				Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chequear el análisis de demanda</li> <li>- Evaluar el absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Revisar libro de registro diario del personal</li> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Hoja de Registro</li> <li>- Revisar hoja de marcación y registro</li> <li>- Hoja de evaluación del personal de salud</li> </ul>							
		Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485 // Es la norma referida al sistema de gestión de la calidad aplicable para dispositivos	Gestión de riesgos	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar si los pacientes perciben que han participado en las decisiones de su enfermedad</li> <li>- Examinar el indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> <li>- Examinar el indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Examinar el indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar hoja de Consentimiento informado</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>							

		médicos		Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la participación en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>- Verificar la implantación un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> <li>- Verificar la planificación e implementación de un programa que garantice entornos seguros para pacientes, familiares y profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Libro de actas de reunión</li> <li>-oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Plan Anual Operativo del consejo Estratégico de gestión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar registro de actas de socialización en protocolos</li> <li>- Revisar hoja de Consentimiento informado</li> <li>-Revisar Plan Operativo Anual Institucional.</li> </ul>								
				Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la disponibilidad un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora.</li> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de listado de asistencia y protocolo de inducción.</li> <li>- Hoja de evaluación del personal de salud</li> </ul>								
			Gestión de la cadena de proveedores	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar el indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos</li> <li>- Examinar el Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital.</li> <li>-Examinar el Indicador de Porcentaje de abastecimiento de medicamentos oncológicos en el hospital</li> <li>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de inventario</li> <li>- Revisión de inventario</li> <li>- Revisión de inventario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos</li> <li>- Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos</li> <li>- Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos</li> </ul>								
				Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chequear los pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos</li> <li>-Chequear los pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoja de reporte de eventos adversos asociado al fármaco</li> <li>- Hoja de reporte de eventos adversos asociado al fármaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>								
				Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar si se garantiza la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el abordaje terapéutico de los usuarios del establecimiento,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de inventario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informe de farmacia y reportes respectivos de consumo de medicamentos</li> </ul>								
			Gestión de datos	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar si se tiene establecida una</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- protocolo de atención sanitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hoja de control de</li> </ul>								

			clínicos		estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,		calidad y flujo grama de procesos								
				Intermedio	-Comprobar la implantación de guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales	-Documentos de plan de mejora	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
				Avanzado	- Examinar los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización	-libros de registro de laboratorio	-hoja de control de muestras								
			Control de la producción	Básico	- Verificar si el establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes	- Revisar informes de Control de stock y reportes de almacén	- Revisión de reporte de inventario								
				Intermedio	- Verificar la fomentación el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.	- Revisión de inventario	- Hoja de medicamentos regulados								
				Avanzado	- Verificar si se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios	- Revisar registro de recurso humano y plan educación continua	- Revisión de planillas y actas de capacitaciones								
			Sistema de vigilancia del producto	Básico	-Verificar si está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas -Verificar si el establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.	- libros de registro de laboratorio -Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- hoja de control de muestras - Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos								
				Intermedio	-Examinar el control en las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades -Examinar cuantos pacientes perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados -Verificar si se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales, -Examinar cuantos pacientes sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados -Examinar cuantos pacientes medicados con fármacos de obligada supervisión	- Revisión de inventario - oficina por derecho a la salud institucional - Revisión de normas de atención sanitarias - Hoja de reporte de banco de sangre - Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	-hoja de control de calidad - Revisar los expedientes clínicos - hoja de control de calidad - Revisar los expedientes clínicos - Revisar los expedientes clínicos								

				están sin registros de monitorización de niveles plasmáticos														
				Avanzado	-Verificar si está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados -Verificar si se garantiza el control de la caducidad y condiciones de almacenamiento de los medicamentos y material sanitario	- Revisión de protocolos de banco de sangre - Revisión de inventario	- Revisión de informes - hoja de control de calidad y Informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos											
			Orientación a resultados	Básico	-Verificar si el establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones. - Examinar cuantos paciente perciben como adecuado y seguro el transporte sanitario	- Revisar censo diario - oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar Hoja de registro diario - Revisar los expedientes clínicos											
				Intermedio	-Verificar si el establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios -Comprobar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,	- oficina por derecho a la salud institucional - Revisar actas de socialización	- Revisar el estándar de calidad - Revisar Libro de actas de reunión											
				Avanzado	-Evaluar el indicador de porcentaje de cumplimiento de meta	- El desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Reportes de sala situacional											
		Calidad de servicio // Es un concepto que deriva de la propia definición de Calidad, entendida como satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente o también expresado como aptitud de uso.	Credibilidad	Básico	- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional											
				Intermedio	- Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	-Revisión de planillas											
				Avanzado	- Examinar disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial,	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos											
			Comprensión del cliente	Básico	- Examinar programa de atención a los malos tratos	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisión de reportes trimestrales											
				Intermedio	- Verificar si se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios y si se implantan mejoras para obtener los mejores resultado	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)											
				Avanzado	-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH. - Documentos de plan de mejora	- Hoja de evaluación del personal de salud - Revisar Plan Operativo Anual											

			-Verificar si los líderes de departamento/servicio seleccionan e implementan las guías de práctica clínica, vías y/o protocolos clínicos como guía de atención clínica		Institucional							
Fiabilidad	Básico	- Verificar que los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
	Intermedio											
	Avanzado											
Comunicación	Básico	- Verificar si se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar hoja de Consentimiento informado								
	Intermedio	- Examinar si el liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento	-Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión								
	Avanzado	- Verificar que se contemple la actuación a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos								
Accesibilidad	Básico	-Chequear la admisión en el establecimiento de salud	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y registro de pacientes	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional y hoja de registro diario								
	Intermedio	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/</a>	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
	Avanzado	- Verificar que el establecimiento tenga definida, actualizada y accesible su cartera de servicios	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
Cortesía	Básico	-Chequear la atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, -Verificar si existe un protocolo para la identificación de pacientes	- oficina por derecho a la salud institucional -registro de pacientes	- Revisar los expedientes clínicos - Revisar expediente clínico								
	Intermedio	- Evaluar si los pacientes reciben trato correcto y empático de los profesionales	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del								

						usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)							
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chequear la admisión en el establecimiento de salud</li> <li>-Verificar si se identifica correctamente a los usuarios,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y registro de pacientes</li> <li>- registro de pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional y hoja de registro diario</li> <li>- Revisar expediente clínico</li> </ul>							
		Capacidad de respuesta	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar el indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)</li> <li>-Examinar el indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva</li> <li>-Examinar el indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos</li> </ul>							
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar el indicador de Promedio de días estancias Pediatría</li> <li>-Examinar el indicador de Promedio de días estancias Neonatología</li> <li>-Examinar el indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>- Examinar el indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>							
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar el indicador de Giro Cama Pediatría</li> <li>-Indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría</li> <li>-Examinar el indicador de sustitución de cama en Pediatría</li> <li>-Examinar el indicador de Giro Cama Neonatología</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología</li> <li>-Examinar el indicador de Índice de sustitución de cama en Neonatología</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>- Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar registro de pacientes y expediente clínico</li> <li>- Revisar censo de pacientes</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>							

							<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>									
			Seguridad	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar si los profesionales perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes</li> <li>- Verificar si los profesionales participan en los objetivos de seguridad de los pacientes</li> <li>-Comprobar si el establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar comisiones hospitalarias</li> <li>- Revisar comisiones hospitalarias</li> <li>- Documentos de plan de mejora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar actas</li> <li>- Revisar actas</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>									
				Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar el pacto de objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios</li> <li>- Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>- Verificar si el establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas</li> <li>- Verificar el protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y el plan de mejora</li> <li>- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal</li> <li>-Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Revisión de normas de atención sanitarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual de los servicios y el consenso en libros de actas.</li> <li>-Revisión de planillas</li> <li>-Revisar el estándar de calidad</li> <li>- Revisión de protocolo de atención</li> </ul>									
				Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar si los profesionales perciben autonomía y reconocimiento profesional en temas de seguridad de pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar comisiones hospitalarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar actas</li> </ul>									
		Cartas de servicio // Son documentos que explican los servicios que ofrecen las organizaciones	Ampliación y optimización de gestiones	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chequear que se evalúa de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorporan mejoras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar el estándar de calidad</li> </ul>									
				Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron</li> <li>- Verificar la actualización de un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes</li> <li>- Verificar si el establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria, optimizando costes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Documentos de plan de mejora</li> <li>- Revisar informes de Control de stock y reportes de almacén</li> <li>-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora</li> <li>-Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>- Revisión de reporte de inventario</li> <li>-Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>									



				-Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.											
			Avanzado	- Verificar que se actualice la metodología de mejora continua que permita optimizar recursos, - Chequear que se evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud, -Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes  - Evaluar el indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana	- Documentos de plan de mejora -oficina por derecho a la salud institucional - Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH. - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisar el estándar de calidad - Hoja de evaluación del personal de salud - Documentos de plan de mejora									
		Horario de atención	Básico	- Examinar el indicador de Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días)  - Examinar el indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Examinar el indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos									
			Intermedio												
			Avanzado												
		Tiempo de espera	Básico	- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)											
			Intermedio	- Examinar cómo se controla la demora en la asistencia de sus servicios.	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos									
			Avanzado												
		Atención de los ciudadanos	Básico	-Chequear la atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, - Evaluar si los pacientes reciben trato correcto y empático de los profesionales	-oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	-Revisar los expedientes clínicos - Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)									
			Intermedio	- Examinar la implantación de un protocolo de acogida, valoración de cuidados y traslados internos de los pacientes . -Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento - Evaluar la política de recursos	-Revisar libro de registro de servicio - - Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal	- Revisar libro de interconsultas - -Revisión de planillas									

				humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes									
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la continuidad de la atención</li> <li>- Verificar si existe un protocolo para la identificación de pacientes</li> <li>- Verificar si se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar hoja de registro</li> <li>- registro de pacientes</li> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar expediente clínico</li> <li>- Revisión de curriculum de personal</li> </ul>							
		Oficina de información ciudadana	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>- Chequear si se aplica un plan de acogida para los nuevos profesionales, al departamento o a la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo en la asignación al personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal</li> <li>- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de planillas</li> <li>- Revisar documento de nombramiento de personal de salud</li> </ul>							
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar que exista una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>							
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar la estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,</li> <li>- Verificar que los sistemas de información del Centro Hospitalario estén integrados con la historia de salud de la persona,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>							
		Buenas practicas //toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como	Relativos a la participación de la alta dirección	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>						
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar el documento de nombramiento de personal de salud</li> </ul>							
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>							
			Relativos a los registros de formación de empleados	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes</li> <li>- Examinar el indicador de curso gerencial realizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal</li> <li>- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de planillas</li> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> </ul>						

		también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.		Intermedio	- Examinar los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias - Revisar cuantos profesionales perciben alta rotación en los servicios/ unidades - Evaluación del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH. - Revisar comisiones hospitalarias - Documentos de plan de mejora	- Hoja de evaluación del personal de salud y Revisión de curriculum de personal -Reportes de Sala Situacional - Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
				Avanzado	- Examinar la estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales, - Chequear si se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	- Documentos de plan de mejora - Unidad de investigación institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Revisar Documentos y proyectos de investigación								
				Relativos a la fabricación del producto	Básico	- Verificar que se actualice la metodología de mejora continua que permita optimizar recursos,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio											
				Avanzado											
			Relativos a los proveedores	Básico	- Verificar la certificación de calidad de la empresa y de los productos	- Documentos de plan de mejora	- Informes de análisis de almacenes e insumos								
				Intermedio	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	- Documentos de requisiciones								
				Avanzado											
			Relativos al sistema de gestión e calidad	Básico	- Verificar cuantos pacientes perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados - Verificar cuantos pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar hoja de Consentimiento informado - Revisar los expedientes clínicos								
				Intermedio	-Quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)								
				Avanzado	- Examinar la elaboración y evaluación del plan que garantice la continuidad asistencial intra e inter-niveles - Examinar el protocolo de administración y registro de la	-Revisión de sistema RIIS - Revisión de reporte de inventario	-Revisar hoja de registro - registros de farmacia y hoja de control								

					medicación con control y seguimiento especial de la medicación de alto riesgo														
			Relativos a infraestructura y mantenimiento	Básico	-Verificar la actualización de las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	- Revisión de protocolos de seguridad	- Revisión de protocolo y lista de verificación												
				Intermedio	-Verificar si se el plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina. -Examinar el protocolo de revisión sistemática de los carros de paradas	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos - Revisión de protocolos de seguridad	-Protocolo de mantenimiento - Revisión de protocolo y lista de verificación												
				Avanzado	-Verificar la adquisición del equipamiento en criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos	- Protocolo de mantenimiento												
			Relativos a control de contaminación	Básico	- Verificar el protocolo de lavado de manos	- Revisión de protocolo y lista de verificación	- Revisión de protocolos de higiene												
				Intermedio	- Verificar la actualización de un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
				Avanzado															
			Relativos a la medición y supervisión	Básico	- Examinar el Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)	- Reportes de sala situacional	- Revisar la Hoja de evaluación del personal de salud												
				Intermedio	- Examinar e desarrollo de líneas propias de investigación,	- Unidad de investigación institucional	- Revisar la unidad de investigación institucional												
				Avanzado	-Verificar la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor	- Documentos de plan de mejora	- Revisar los expedientes clínicos												
	Medio Ambiente	Gestión ambiental ISO 14001 // Ayuda a su organización a identificar, priorizar y gestionar los riesgos ambientales, como parte de sus prácticas de	Plan de manejo ambiental	Básico	- Verificar el protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	Documentos de plan de mejora	Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
				Intermedio															
				Avanzado															
			Objetivos y metas ambientales	Básico	- Verificar la actualización de un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												

		negocios habituales.		Intermedio																								
				Avanzado																								
			Políticas y procedimientos	Básico	- Evaluar la determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional																					
				Intermedio																								
				Avanzado																								
			Responsabilidades definidas	Básico	- Evaluar a la persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.	- Documentos de plan de mejora	-Cronograma de actividades como parte del plan de mejora continua																					
				Intermedio																								
				Avanzado																								
			Documentación	Básico	- Examinar la planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional																					
				Intermedio																								
				Avanzado																								
			Capacitación del personal	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento que asegure que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Revisar Plan Operativo Anual Institucional																					
				Intermedio																								
				Avanzado																								
			Sistema de control	Básico	- Verificar cuantas quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)																					
				Intermedio	- Evaluación de la actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)																					
				Avanzado	- Verificar si los usuarios son protegidos ante agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo son identificadas y protegidas de vulnerabilidades adicionales,	-oficina por derecho a la salud institucional	- Reportes trimestrales																					
			Verificación de informes de	Documentación	Básico	- Verificar si se adoptan las medidas para garantizar la protección de los	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA	- Revisar Plan Operativo Anual																				

		emisiones // es una norma internacional conforme a la cual se verifican voluntariamente los informes de emisiones			datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,	Institucional	Institucional								
				Intermedio											
				Avanzado											
			Presentación de informe	Básico	- Examinar cuantos pacientes perciben accesible y seguro el entorno hospitalario - Evaluar el indicador de informes de resultado por servicio final	- oficina por derecho a la salud institucional - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisión de reportes trimestrales - Reportes de sala situacional								
				Intermedio	-Examinar el Indicador de informes de resultados de los estándares	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional								
				Avanzado	- Evaluar el indicador de informes con resultados de la evaluación	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional								
			Resultados de verificación	Básico	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información										
				Intermedio											
				Avanzado											
			Revisión	Básico	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
				Intermedio	- Evaluar la determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
				Avanzado											
Seguridad	Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001 // Es un estándar desarrollado en el Reino Unido para ayudar a toda la empresa a mejorar de forma continua la seguridad y la salud en el trabajo que ofrece a sus empleados.	Principios generales	Básico	-Verificar si se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	- Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión									
				Intermedio	- Evaluar las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	-Documentos de plan de mejora -Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisión de planillas								
				Avanzado	- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares  - Verificar si se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional que se contemplan en el plan de mejora								
			Equipos de protección personal	Básico	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	-Documentos de requisiciones								
				Intermedio											
				Avanzado											
			Ergonomía	Básico	- Verificar si el establecimiento facilita	-Unidad de psicología	- Reportes de sala								

				apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.		situacional								
				Intermedio										
				Avanzado										
		Condiciones de trabajo	Básico	- Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria -Verificar el número de profesionales que sufren accidentes laborales -Verificar el número profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos - Verificar el número de pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria  - Pacientes que desarrollan lesiones por presión - Pacientes que refieren dolor durante el ingreso - Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física	- - Normas de seguridad - Normas de seguridad - Normas de seguridad	- - Revisar registro de recurso humano - Revisar registro de recurso humano - Revisar registro de recurso humano								
			Intermedio	-Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Avanzado											
		Seguridad de las maquinas	Básico	-Verificar si se el plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos	-Protocolo de mantenimiento								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Seguridad alimentaria ISO 22000 // es una norma internacional que define los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad alimentaria para asegurar la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la	Fomentar la confianza con las partes interesadas	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	- Documentos de plan de mejora y educación continua	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	Básico	- Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Proteger al paciente	Básico	- Monitorear los procesos de consulta externa,	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico							
				Intermedio										
				Avanzado										

	cadena alimentaria.	Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	Básico	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio													
			Avanzado													
	Seguridad de la información ISO 27001 // consiste en la preservación de su confidencialidad, integridad y disponibilidad, así como de los sistemas implicados en su tratamiento, dentro de una organización.	Confidencialidad	Básico	- Verificar el Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes) para aquellos sistemas que gestionen información clínica,	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio													
			Avanzado													
		Integridad	Básico	-Evaluar si se garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio	-Examinar la información y vigilancia epidemiológica,	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional										
			Avanzado	-Verificar que la información este protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
		Disponibilidad	Básico	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.												
			Intermedio	-Indicador de informes de resultados												
			Avanzado	- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	- Documentos de plan de mejora y educación continua	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
	Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales // es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un entorno laboral, además de fomentar el desarrollo de actividades y	Evaluación	Básico	- Examinar el indicador de porcentaje de supervisiones realizadas	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional										
			Intermedio	- Verificar si se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Avanzado	- Evaluar auditorías internas de procesos	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología ; Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- Reportes de sala situacional y Verificar cumplimiento de porcentaje de auditorías establecidas										
		Análisis	Básico	- Verificar si el establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,	Documentos de plan de mejora	Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio	- Verificar si se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional que se contemplan en el plan de mejora										



		medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo	Verificación	Avanzado															
				Básico	- Verificar el número de profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
				Intermedio															
				Avanzado															
		Protocolos BRC y BRC-IOP // Representa una norma enfocada a asegurar la implantación de un sistema de Gestión de la calidad en la industria alimentaria. Este estándar ha sido desarrollado con el fin de garantizar un sistema uniforme de calidad y seguridad ya que las exigencias legales y de los consumidores Cada vez eran, y cada vez los son más exigentes.	Reforzamiento de medidas de seguridad	Básico	- Verificar si se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,	- Unidad de seguridad	- El Hospital cuenta con el Plan de prevención de violencia y Normas de seguridad												
				Intermedio															
				Avanzado															
			Implantación y mejora de norma	Básico	- Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
				Intermedio															
				Avanzado															
		Protocolo IFS // Norma de seguridad alimentaria reconocida por la Global Food Safety Initiative (GFSI) para auditar empresas que fabrican alimentos o a empresas que empaquetan productos alimentarios a granel. Se centra en la seguridad y calidad alimentaria de los productos procesados.	Transparencia	Básico	- Examinar si la alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,	Informe de departamento de alimentación y dietas (menús de cocinas)	Informe de uso de Normas de seguridad												
				Intermedio															
				Avanzado															
			Comparabilidad	Básico	- Monitorear los procesos de consulta externa,	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico												
				Intermedio															
				Avanzado															



				disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,																	
			Intermedio	- Verificar si se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad															
			Avanzado	- Evaluar el protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electro medicina.	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad															
		Responsabilidad Social // Es el compromiso, obligación y deber que poseen los individuos, miembros de una sociedad o empresa de contribuir voluntariamente para una sociedad más justa.	Principios y prácticas relacionadas con la sociedad	Básico	- Evaluar las actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad														
				Intermedio																	
				Avanzado																	
			Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	Básico	-El establecimiento promueve la participación ciudadana como un elemento de mejora continua.																
				Intermedio	- Verificar si existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	Revisar actas de socialización	Revisar Libro de actas de reunión														
				Avanzado	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados sobre su tratamiento farmacológico																
			Identificación y el compromiso con los grupos de interés	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento que asegure que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Revisar Plan Operativo Anual Institucional														
				Intermedio																	
				Avanzado																	
			Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización	Básico	- Verificar la presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Informe de unidad de relaciones publicas														
				Intermedio																	
				Avanzado																	
		Contribución de la organización con el desarrollo sostenible	Básico	- Verificar el desarrollo de estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor	- Unidad de investigación institucional	- Revisar la unidad de investigación institucional															
			Intermedio																		
			Avanzado																		
		Gestión de ONG'S // Para dotar y reforzar a estas organizaciones con información	Organización abiertas y transparentes	Básico	- Verificar si se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional														
				Intermedio																	
				Avanzado																	
		Coherencia con la	Básico	- Evaluar los grupos de innovación y	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan															

	y herramientas para su adecuada gestión y cumplimiento de sus compromisos internos y externos	Misión y valores		mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,		Operativo Anual										
			Intermedio													
			Avanzado													
		Mejora continua	Básico	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,												
			Intermedio	- Evaluar el indicador de informes de resultado por servicio final	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional										
			Avanzado	-Indicador de informes de resultados	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional										
		Innovación social	Básico	- Verificar si el establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio	- Evaluar los grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Avanzado													

Tabla 140. Plataforma de área sala de operaciones

Sala de operaciones

Área de indicadores a evaluar para acreditación						Área de auditor								
Área	Campos	Aspectos de certificación	Requisitos por campo	Nivel	critérios de verificación	Ayuda General	Documento de Apoyo	Si	No	Observaciones	Nivel de cumplimiento			
Sala de operaciones	Calidad	Gestión de la Calidad ISO 9001 //Es una norma internacional que toma en cuenta las actividades de una organización, sin distinción de sector de actividad. Esta norma se concentra en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer	Desarrollo de la documentación	Básico	- Verificación de estado de cumplimiento de estrategias para que los profesionales cumplan los objetivos en materia de seguridad de los pacientes	- Revisar Libro de actas de reunión y planes de educación continua.	- Revisar actas de socialización							
				Intermedio	- Verificar los documentos escritos, que incluyen políticas, procedimientos y programas se gestionan de forma uniforme y coherente	Verificar documentos de acuerdo de control debidamente registrado.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Avanzado	- Examinar si las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad rectora se describen en un documento escrito - Comprobar si el liderazgo del establecimiento está identificado y es responsable colectivamente de la definición de la misión del establecimiento y de la creación de los programas y las políticas que se	-Documento de acuerdo debidamente registrado. - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Revisar Plan Operativo Anual Institucional							

productos y servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización.	Formación	Básico	necesitan para cumplir con la misión. - Chequear si se fomenta la investigación de los profesionales en temas relacionados con la seguridad de pacientes	- Unidad de investigación institucional	- Revisar Documentos y proyectos de investigación											
		Intermedio	- Chequear si el liderazgo del establecimiento identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios atendidos en el establecimiento	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional											
		Avanzado	- Comprobar la disponibilidad un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes	- Documentos de plan de mejora.	- Revisión de listado de asistencia y protocolo de inducción.											
		Toma de datos	Básico	- Identificar las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y verificar la relación en la seguridad de los pacientes.	- Unidad de archivo.	- Revisar expediente clínico y de plan de mejora										
			Intermedio	- Monitorear los procesos de consulta externa.	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico										
			Avanzado	- Identificar y verificar cumplimiento de procesos críticos	-Revisar Algoritmo de atención de pacientes.	-Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades) y el historia clínica de máxima urgencia.										
		Implantación	Básico	- Chequear si se dispone de algún sistema de administración visual que permita a las personas de la organización, conocer el grado de consecución de sus objetivos y la relación con los objetivos estratégicos de la organización  - Verificar el pacto de objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y el plan de mejora	- Revisar Gestión visual - Revisar Plan Operativo Anual de los servicios y el consenso en libros de actas.										
			Intermedio	- Chequear la disponibilidad de un sistema para la identificación inequívoca de los pacientes  -Comprobar implantación de un sistema de notificación y análisis de eventos adversos/incidentes, anónimo, no punitivo y ágil  -Verificar implantación de un protocolo de calidad de las historias clínicas que refleje los aspectos relacionados con la seguridad de pacientes -Examinar implantación de un protocolo	- Revisar registro de pacientes - Unidad de Documentos médicos y epidemiología -Unidad de Documentos médicos y epidemiología -Unidad de Documentos médicos y epidemiología -Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Reportes de sala situacional	- Revisar expediente clínico - Revisar libro de novedades -Revisar auditorías de expediente clínico -Revisión de protocolos de seguridad - Revisar los expedientes clínicos - Revisar Plan Operativo Anual Institucional										

				de prevención de caídas de pacientes - Examinar implantación de un protocolo para la identificación y conciliación de tratamientos previos de los pacientes - Examinar el Indicador de informe de implementación										
			Avanzado	- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	- Documentos de plan de mejora y educación continua	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
		Auditoria interna	Básico	- Examinar el indicador de porcentaje de supervisiones realizadas	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional								
			Intermedio	- Evaluar auditorías internas de procesos	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología ; Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- Reportes de sala situacional y Verificar cumplimiento de porcentaje de auditorías establecidas								
			Avanzado	-Verificar si se logra y mantiene la mejora en la calidad y la seguridad  -Examinar el Indicador de informes de resultados de los estándares	-Documentos de plan de mejora - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Reportes de sala situacional								
		Revisión por la dirección	Básico	- Examinar el indicador de morbilidad  - Examinar el indicador de muertes maternas  - Examinar el indicador de muertes por tumores y neoplasias (C00.0 – D09.9)  - Examinar el indicador de muertes por insuficiencia renal crónica (N18.0 – N18.9) - Examinar el indicador de defunciones por hipertensión arterial esencial (I10)  - Examinar el indicador de muertes por Diabetes Mellitus (E10 – E14)  - Examinar el indicador de muertes por lesiones de causa externa debida a accidentes de tránsito (V01-V89.9)  - Examinar el indicador de cirugía electiva  - Examinar el indicador de pacientes recibidos de otras instituciones  - Examinar el indicador de pacientes referidos a otras instituciones  -Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas -Examinar el indicador de Porcentaje de	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Revisar hoja de reporte operatorio - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Revisar censo de pacientes - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional								

				<p>cirugías mayores electivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias</li> <li>-Examinar el indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano</li> <li>Examinar el indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano</li> <li>- Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas</li> <li>-Examinar el indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando</li> <li>- Examinar el indicador de número de trasplantes realizados</li> <li>-Examinar el indicador de Tasa bruta de mortalidad</li> <li>- Examinar el indicador de Tasa neta de mortalidad</li> </ul> <p>- Examinar el indicador de porcentaje de auditorías de egresos de pacientes fallecidos</p>	<p>médicos y epidemiología</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<p>situacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>							
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar si una estructura organizativa define, revisa y actualiza de forma sistemática la política de seguridad de pacientes</li> <li>-Examinar la estrategia de dotación de personal se revisa constantemente y se actualiza, según sea necesario</li> <li>-Verificar si después de una nueva adquisición o la contratación de un nuevo servicio, se evalúan los resultados obtenidos con relación a los resultados esperados y reflejados contractualmente</li> <li>-Verificar si los pacientes están correctamente identificados durante todo el proceso de hospitalización</li> <li>- Examinar el número de pacientes sometidos a cirugía errónea</li> <li>- Examinar el número de pacientes con pruebas diagnósticas y/o intervención quirúrgica suspendidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Plan Operativo Anual Institucional</li> <li>-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH</li> <li>-Revisión de reporte de inventario</li> <li>-Revisar registro de pacientes</li> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> <li>- Revisar hoja de reporte operatorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar organigrama institucional</li> <li>-Revisión de planillas</li> <li>- Revisar informe mensual de adquisiciones</li> <li>-Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>							
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el absentismo laboral en profesionales</li> <li>-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar libro de registro diario del personal</li> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar hoja de marcación y registro</li> <li>- Hoja de evaluación del personal de salud</li> </ul>							
	Gestión de la calidad en productos	Gestión de riesgos	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> <li>- Unidad de Documentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> <li>- Reportes de sala</li> </ul>							

		<p>sanitarios ISO 13485 // Es la norma referida al sistema de gestión de la calidad aplicable para dispositivos médicos</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar el indicador de Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico</li> <li>- Examinar el indicador de porcentaje de adherencia de lavado de manos</li> </ul>	<p>médicos y epidemiología</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<p>situacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>						
				Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la participación en actividades de mejora relacionadas con la seguridad de los cuidados</li> <li>- Verificar la implantación un protocolo de información a pacientes y familiares con implicación en los cuidados sobre los riesgos sanitarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libro de actas de reunión</li> <li>-oficina por derecho a la salud institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registro de actas de socialización en protocolos</li> <li>- Revisar hoja de Consentimiento informado</li> </ul>						
				Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la disponibilidad un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes</li> <li>-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de plan de mejora.</li> <li>- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de listado de asistencia y protocolo de inducción.</li> <li>- Hoja de evaluación del personal de salud</li> </ul>						
			Gestión de la cadena de proveedores	Básico	-Examinar el indicador de nivel de abastecimiento de medicamentos	- Revisión de inventario	- Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos						
				Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Chequear los pacientes con efectos adversos relacionados con la administración de medicamentos</li> <li>-Chequear los pacientes que sufren alergias medicamentosas, alimentarias y de contacto previamente establecidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoja de reporte de eventos adversos asociado al fármaco</li> <li>- Hoja de reporte de eventos adversos asociado al fármaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>						
				Avanzado									
			Gestión de datos clínicos	Básico	-Verificar si se tiene establecida una estrategia de control de la variabilidad en la práctica clínica,	- protocolo de atención sanitaria	- hoja de control de calidad y flujo grama de procesos						
				Intermedio	-Comprobar la implantación de guías de control de la infección para la protección de pacientes y profesionales	-Documentos de plan de mejora	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional						
				Avanzado	- Examinar los procedimientos para la recolección e identificación de muestras para el Laboratorio Clínico del Centro, así como para su transporte, manipulación, almacenamiento, conservación y utilización	-libros de registro de laboratorio	-hoja de control de muestras						
			Control de la producción	Básico	- Verificar si el establecimiento tiene implantado un sistema de control y gestión de almacenes que permite la disponibilidad de existencias para prestar la asistencia sanitaria,	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar informes de Control de stock y reportes de almacén</li> <li>-Revisar Algoritmo de atención de pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisión de reporte de inventario</li> <li>-Revisar hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a</li> </ul>						



				<p>optimizando costes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y verificar cumplimiento de procesos críticos</li> </ul>		<p>sus necesidades) y el historia clínica de máxima urgencia.</p>							
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar la fomentación el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por los profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de inventario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de medicamentos regulados</li> </ul>							
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar si se emplea un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal sanitario sean congruentes con las necesidades de los usuarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar registro de recurso humano y plan educación continua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de planillas y actas de capacitaciones</li> </ul>							
		Sistema de vigilancia del producto	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar si está implantado un protocolo de identificación, toma, manejo y traslados de muestras biológicas</li> <li>-Verificar si el establecimiento realiza de manera sistemática y normalizada la conciliación de la medicación de sus usuarios hospitalizados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- libros de registro de laboratorio</li> <li>-Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hoja de control de muestras</li> <li>- Reportes de almacén y informes e indicadores relacionados al abastecimiento y cobertura de medicamentos</li> </ul>							
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Examinar cuantos pacientes perciben seguridad clínica en los profesionales responsables de sus cuidados</li> <li>-Verificar si se establecen los procedimientos para el control, protección y prevención de las infecciones nosocomiales,</li> <li>-Examinar cuantos pacientes sufren efectos adversos relacionados con transfusiones sanguíneas o hemoderivados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Revisión de normas de atención sanitarias</li> <li>- Hoja de reporte de banco de sangre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> <li>- hoja de control de calidad</li> <li>- Revisar los expedientes clínicos</li> </ul>							
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar si está implantado un sistema de trazabilidad para el almacenamiento, dispensación y administración de sangre y hemoderivados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de protocolos de banco de sangre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de informes</li> </ul>							
		Orientación a resultados	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar si el establecimiento usa códigos de diagnóstico estandarizados, códigos de procedimientos, símbolos, abreviaciones y definiciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar censo diario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar Hoja de registro diario</li> </ul>							
			Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verificar si el establecimiento emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los usuarios</li> <li>-Comprobar la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oficina por derecho a la salud institucional</li> <li>- Revisar actas de socialización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar el estándar de calidad</li> <li>- Revisar Libro de actas de reunión</li> </ul>							
			Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar el indicador de porcentaje de cumplimiento de meta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>							
	Calidad de servicio	Credibilidad	Básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidad de Documentos médicos y epidemiología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reportes de sala situacional</li> </ul>							

		// Es un concepto que deriva de la propia definición de Calidad, entendida como satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente o también expresado como aptitud de uso.			pacientes con los de otros hospitales similares															
			Intermedio		- Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	-Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	-Revisión de planillas													
			Avanzado		- Examinar disponibilidad de una historia de salud sin errores, y durante todo el procesos asistencial.	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos													
	Compresión del cliente		Básico		- Examinar programa de atención a los malos tratos	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisión de reportes trimestrales													
			Intermedio		- Verificar si se analiza la satisfacción percibida por sus usuarios y si se implantan mejoras para obtener los mejores resultado	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)													
			Avanzado		-Examinar la evaluación del desempeño de aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	- Hoja de evaluación del personal de salud													
	Fiabilidad		Básico		- Verificar que los líderes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los usuarios mediante la participación en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al usuario específico del departamento /servicio.	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional													
			Intermedio																	
			Avanzado																	
	Comunicación		Básico		- Verificar si se comunica a los pacientes y/o familia la política y estrategias de seguridad de los pacientes	- oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar hoja de Consentimiento informado													
			Intermedio		- Examinar si el liderazgo del hospital asegura la comunicación eficaz en todo el establecimiento	-Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión													
			Avanzado		- Verificar que se contemple la actuación a realizar en caso de situación terminal o fallecimiento de la persona atendida,	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos													
	Accesibilidad		Básico		-Chequear la admisión en el establecimiento de salud	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y registro de pacientes	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional y hoja de registro diario													
			Intermedio		- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información, -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.g">http://publica.gobiernoabierto.g</a>	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional													

			dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios	ob.sv/										
		Avanzado	- Verificar que el establecimiento tenga definida, actualizada y accesible su cartera de servicios	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional									
	Cortesía	Básico	-Chequear la atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, -Verificar si existe un protocolo para la identificación de pacientes	- oficina por derecho a la salud institucional -registro de pacientes	- Revisar los expedientes clínicos - Revisar expediente clínico									
		Intermedio	- Evaluar si los pacientes reciben trato correcto y empático de los profesionales	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)									
		Avanzado	-Chequear la admisión en el establecimiento de salud -Verificar si se identifica correctamente a los usuarios,	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y registro de pacientes - registro de pacientes	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional y hoja de registro diario - Revisar expediente clínico									
	Capacidad de respuesta	Básico	-Examinar el indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva -Examinar el indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos									
		Intermedio	-Examinar el indicador de Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano - Examinar el indicador de Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional									
		Avanzado	-Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores realizadas -Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas -Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias - Examinar el indicador de Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas -Examinar el indicador de Porcentaje de quirófanos funcionando	- Revisar hoja de reporte operatorio - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar censo de pacientes - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional									
	Seguridad	Básico	-Evaluar si los profesionales perciben la carga de trabajo excesiva para garantizar la seguridad de los pacientes - Verificar si los profesionales participan en los objetivos de seguridad de los	- Revisar comisiones hospitalarias - Revisar comisiones hospitalarias - Documentos de plan de	- Revisar actas - Revisar actas - Revisar los expedientes clínicos									

					pacientes -Comprobar si el establecimiento identifica los riesgos para la seguridad del usuario	mejora									
				Intermedio	- Verificar el pacto de objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios  - Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes - Verificar si el establecimiento implanta y evalúa medidas para garantizar la seguridad y la calidad en las transfusiones sanguíneas - Verificar el protocolo de seguridad del paciente quirúrgico y/o sometido a procesos invasivos intervencionistas  - Verificar protocolo de actuación para las situaciones emergentes graves de los pacientes	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y el plan de mejora -Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal -Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Revisión de normas de atención sanitarias - Revisión de normas de atención sanitarias	- Revisar Plan Operativo Anual de los servicios y el consenso en libros de actas. -Revisión de planillas - Revisar el estándar de calidad - Revisión de protocolo de atención -Revisión de protocolo de emergencias								
				Avanzado	- Verificar si los profesionales están satisfechos con la acogida y la formación recibida sobre seguridad de pacientes	-Revisar comisiones hospitalarias	- Revisar actas								
		Cartas de servicio // Son documentos que explican los servicios que ofrecen las organizaciones	Ampliación y optimización de gestiones	Básico	- Chequear que se evalúa de manera periódica el cumplimiento de los indicadores clave identificados, e incorporan mejoras	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar el estándar de calidad								
				Intermedio	- Evaluar el indicador de porcentaje de dependencias que cumplieron - Verificar la actualización de un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes  -Se ha establecido un sistema de organización y turnos que le permiten dar una respuesta adecuada a su cartera de servicios.	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología -Documentos de plan de mejora -Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Documentos de plan de mejora - Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
				Avanzado	- Verificar que se actualice la metodología de mejora continua que permita optimizar recursos, - Chequear que se evalúa periódicamente el nivel de calidad y cumplimentación de las historias de salud, - Evaluar el indicador de porcentaje de cumplimiento de la carta iberoamericana	- Documentos de plan de mejora - oficina por derecho a la salud institucional - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisar el estándar de calidad - Documentos de plan de mejora								
				Horario de atención	Básico	- Examinar el indicador de Tiempo promedio (días) de espera para cirugía	- oficina por derecho a la salud institucional	- Hoja de triage y revisar los expedientes							

				electiva -Examinar el indicador de Tiempo de espera para Cirugía de Subespecialidad	- oficina por derecho a la salud institucional	clínicos - Hoja de triage y revisar los expedientes clínicos							
				Intermedio									
				Avanzado									
			Tiempo de espera	Básico	- Indicador de Tiempo de espera para ingreso hospitalario (horas)								
				Intermedio	- Examinar cómo se controla la demora en la asistencia de sus servicios.	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos						
				Avanzado									
			Atención de los ciudadanos	Básico	-Chequear la atención atenta y respetuosa con valores y creencias, a los usuarios y familiares, - Evaluar si los pacientes reciben trato correcto y empático de los profesionales	-oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	-Revisar los expedientes clínicos - Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)						
				Intermedio	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento - Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	- - Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal	- Revisión de planillas						
				Avanzado	- Evaluar la continuidad de la atención -Verificar si existe un protocolo para la identificación de pacientes  - Verificar si se definen los perfiles profesionales y las competencias necesarias para dispensar cuidados seguros	- Revisar hoja de registro -registro de pacientes -Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	- Revisar los expedientes clínicos - Revisar expediente clínico -Revisión de curriculum de personal						
			Oficina de información ciudadana	Básico	- Evaluar la política de recursos humanos si es adecuada para la prestación de cuidados seguros a los pacientes	- Revisión de registros del RRHH con respectivos curriculum de personal	- Revisión de planillas						
				Intermedio	-Comprobar que exista una política centralizada y homogénea para la adquisición de material, basada en la evidencia científico-técnica y en la seguridad en la que participen los diferentes colectivos profesionales y tenga en cuenta la información sobre eventos adversos	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional						
				Avanzado	- Verificar que los sistemas de información del Centro Hospitalario estén integrados con la historia de salud de la persona,	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Revisar los expedientes clínicos						
		Buenas practicas //toda experiencia que	Relativos a la participación de la alta dirección	Básico	- Se analiza el clima laboral como un elemento de desarrollo organizativo de su servicio,	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional						

		<p>se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.</p>		Intermedio	- Se utilizan los mapas de competencias para la selección de profesionales y la asignación de puestos,	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH	- Revisar el documento de nombramiento de personal de salud							
				Avanzado	- Se difunde la política de seguridad de pacientes en el hospital desde un enfoque no punitivo de mejora continua	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Relativos a los registros de formación de empleados	Básico	- Comprobar la disponibilidad un plan de formación e integración de los profesionales de nueva incorporación en materia de seguridad de pacientes que incluya información sobre los riesgos más frecuentes - Examinar el indicador de curso gerencial realizado	- Documentos de plan de mejora. -Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisión de listado de asistencia y protocolo de inducción. - Revisar Plan Operativo Anual Institucional						
				Intermedio	- Examinar los Planes de Formación Individual de sus profesionales en función de la evaluación de las competencias , - Evaluación del conocimiento adquirido sobre las necesidades y características de la población atendida ,	- Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH. - Documentos de plan de mejora	- Hoja de evaluación del personal de salud y Revisión de curriculum de personal - Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Avanzado	- Examinar la estrategia de desarrollo profesional para sus profesionales,	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
			Relativos a la fabricación del producto	Básico	- Verificar que se actualice la metodología de mejora continua que permita optimizar recursos,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Relativos a los proveedores	Básico	- Verificar la certificación de calidad de la empresa y de los productos .	-Documentos de plan de mejora	- Informes de análisis de almacenes e insumos							
				Intermedio	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	-Documentos de requisiciones							
				Avanzado										
			Relativos al sistema de gestión e calidad	Básico	- Verificar cuantos pacientes perciben que han sido correctamente informados al alta sobre la continuidad de cuidados  - Verificar cuantos pacientes dados de alta sin informe de continuidad de cuidados	- oficina por derecho a la salud institucional - oficina por derecho a la salud institucional	- Revisar hoja de Consentimiento informado - Revisar los expedientes clínicos							
				Intermedio	-Quejas, reclamaciones judiciales,	- oficina por derecho a la salud	- Entrevistas, encuestas							

				demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	institucional	o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)							
			Avanzado	- Examinar la elaboración y evaluación del plan que garantice la continuidad asistencial intra e inter-niveles	- Revisión de sistema RIIS	- Revisar hoja de registro							
		Relativos a infraestructura y mantenimiento	Básico	-Verificar la actualización de las zonas con instalaciones estratégicas están señalizadas y tienen garantizado su acceso restringido solo a personal autorizado,	- Revisión de protocolos de seguridad	- Revisión de protocolo y lista de verificación							
			Intermedio	-Verificar si se el plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos	-Protocolo de mantenimiento							
			Avanzado	-Verificar la adquisición del equipamiento en criterios básicos de seguridad, mantenimiento y durabilidad, como la información de usuario, la formación de los profesionales y las condiciones de conservación,	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos	- Protocolo de mantenimiento							
		Relativos a control de contaminación	Básico	- Verificar el protocolo de lavado de manos	- Revisión de protocolo y lista de verificación	- Revisión de protocolos de higiene							
			Intermedio	- Verificar la actualización de un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
			Avanzado										
		Relativos a la medición y supervisión	Básico	- Examinar el Cuadro de Mando para la monitorización de los indicadores clave de desempeño (KPIs,)	- Reportes de sala situacional	- Revisar la Hoja de evaluación del personal de salud							
			Intermedio	- Examinar e desarrollo de líneas propias de investigación,	- Unidad de investigación institucional	- Revisar la unidad de investigación institucional							
			Avanzado	-Verificar la innovación y la generación de conocimiento en la atención al dolor	- Documentos de plan de mejora	- Revisar los expedientes clínicos							
Medio Ambiente	Gestión ambiental ISO 14001 // Ayuda a su organización a identificar, priorizar y gestionar los riesgos	Plan de manejo ambiental	Básico	- Verificar el protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	Documentos de plan de mejora	Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
			Intermedio										
		Objetivos y metas ambientales	Básico	- Verificar la actualización de un programa de optimización energética, donde se contempla la adecuación de	-Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							

		ambientales, como parte de sus prácticas de negocios habituales.			recursos alternativos y la sustitución de equipos poco eficientes o contaminantes por sistemas más eficientes																	
				Intermedio																		
				Avanzado																		
			Políticas y procedimientos	Básico	- Evaluar la determinación por año del impacto de las mejoras de prioridad en todo el establecimiento, en cuanto al costo y la eficiencia.	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional															
				Intermedio																		
				Avanzado																		
			Responsabilidades definidas	Básico	- Evaluar a la persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los usuarios en el establecimiento.	- Documentos de plan de mejora	-Cronograma de actividades como parte del plan de mejora continua															
				Intermedio																		
				Avanzado																		
			Documentación	Básico	- Examinar la planificación estratégica documentada y coherente con su misión, priorizando sus objetivos,	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional															
				Intermedio																		
				Avanzado																		
			Capacitación del personal	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento que asegure que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	Revisar Plan Operativo Anual Institucional															
				Intermedio																		
				Avanzado																		
			Sistema de control	Básico	- Verificar cuantas quejas, reclamaciones judiciales, demandas patrimoniales presentadas por pacientes/ familias, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la asistencia	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)															
				Intermedio	- Evaluación de la actuación ante las quejas, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del usuario y del derecho del usuario	- oficina por derecho a la salud institucional	- Entrevistas, encuestas o mediciones orientadas a la satisfacción del usuario (debidamente aprobadas por la Dirección)															
				Avanzado																		
			Verificación de informes de emisiones // es una norma internacional	Documentación	Básico	- Verificar si se adoptan las medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal, conforme a lo establecido en la normativa vigente,	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional														
					Intermedio																	



		conforme a la cual se verifican voluntariamente los informes de emisiones		Avanzado															
			Presentación de informe	Básico	- Evaluar el indicador de informes de resultado por servicio final	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional												
				Intermedio	-Examinar el Indicador de informes de resultados de los estándares	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional												
				Avanzado	- Evaluar el indicador de informes con resultados de la evaluación	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional												
			Resultados de verificación	Básico	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información														
				Intermedio															
				Avanzado															
			Revisión	Básico	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional												
				Intermedio															
				Avanzado															
Seguridad		Gestión de seguridad y salud laboral OSHAS 18001 // Es un estándar desarrollado en el Reino Unido para ayudar a toda la empresa a mejorar de forma continua la seguridad y la salud en el trabajo que ofrece a sus empleados.	Principios generales	Básico	-Verificar si se transmite la cultura de la organización en relación con la seguridad de los pacientes	- Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión												
				Intermedio	- Evaluar las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de los pacientes - Verificar si se reconoce a los profesionales que se implican en la seguridad de los pacientes	-Documentos de plan de mejora -Revisión de documentos de acuerdo debidamente registrado en RRHH.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional -Revisión de planillas												
				Avanzado	- Comprobar si se comparan los indicadores /estándares de seguridad de pacientes con los de otros hospitales similares  - Verificar si se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología - Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional - Reportes de sala situacional que se contemplan en el plan de mejora												
			Equipos de protección personal	Básico	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	-Documentos de requisiciones												
				Intermedio															
				Avanzado															
			Ergonomía	Básico	- Verificar si el establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	-Unidad de psicología	- Reportes de sala situacional												
				Intermedio															
				Avanzado															
			Condiciones de trabajo	Básico	- Pacientes que sufren eventos adversos relacionados con los cuidados durante su estancia hospitalaria -Verificar el número de profesionales	- Normas de seguridad - Normas de seguridad - Normas de seguridad	- Revisar registro de recurso humano - Revisar registro de												

				que sufren accidentes laborales -Verificar el número profesionales que conocen y consideran adecuados los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos - Verificar el número de pacientes que sufren caídas durante su estancia hospitalaria  - Pacientes que desarrollan lesiones por presión - Pacientes que refieren dolor durante el ingreso - Pacientes con efectos adversos relacionados con la contención física		recurso humano - Revisar registro de recurso humano								
			Intermedio	-Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional								
			Avanzado											
		Seguridad de las maquinas	Básico	-Verificar si se el plan de seguridad para el edificio (catástrofes, incendio, evacuación, señalizaciones, accesos, etc.) y se establece sistemas de mantenimiento preventivos para las instalaciones y aparatos de electro medicina.	-Revisión de contrato con los proveedores de los equipos	-Protocolo de mantenimiento								
			Intermedio											
			Avanzado											
		Seguridad alimentaria ISO 22000 // es una norma internacional que define los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad alimentaria para asegurar la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria.	Fomentar la confianza con las partes interesadas	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios	- Documentos de plan de mejora y educación continua	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Identificar, gestionar y mitigar los riesgos	Básico	- Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Proteger al paciente	Básico	- Monitorear los procesos de consulta externa,	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico							
				Intermedio										
				Avanzado										
			Reducir y eliminar la retirada de productos y las reclamaciones	Básico	- Verificar si los datos se analizan cuando hay tendencias y variaciones evidentes.	- Actas de Sala Situacional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										
		Seguridad de la información ISO 27001 // consiste en la	Confidencialidad	Básico	- Verificar el Plan de Seguridad de los Sistemas de Información, contando con sistemas de respaldo (replicación de información o duplicidad de soportes)	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	Revisar Plan Operativo Anual Institucional							

	preservación de su confidencialidad, integridad y disponibilidad, así como de los sistemas implicados en su tratamiento, dentro de una organización.	Integridad		para aquellos sistemas que gestionen información clínica,												
			Intermedio													
			Avanzado													
		Integridad	Básico	-Evaluar si se garantiza la confidencialidad y custodia de la información clínica y personal	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
		Integridad	Intermedio	-Verificar que la información este protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
		Integridad	Avanzado													
		Disponibilidad	Básico	-Los usuarios son informados acerca de todos los aspectos de su atención médica y tratamiento.												
		Disponibilidad	Intermedio	-Indicador de informes de resultados												
		Disponibilidad	Avanzado	- Evaluar el liderazgo del establecimiento planifica, desarrolla y pone en práctica un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los usuarios - Chequear si el establecimiento dispone de una historia de salud digitalizada en su totalidad.	- Documentos de plan de mejora y educación continua - Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional - Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
		Auditoria reglamentaria de prevención de riesgos laborales // es la disciplina que busca promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificación, evaluación y control de los peligros y riesgos asociados a un entorno laboral, además de fomentar el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos derivados del trabajo	Evaluación	Básico	- Examinar el indicador de porcentaje de supervisiones realizadas	-Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional									
	Intermedio			- Verificar si se incluyen los indicadores de riesgos en el cuadro de mando del hospital para su evaluación, revisión y propuestas de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
	Avanzado			- Evaluar auditorias internas de procesos	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología ; Verificar el plan de supervisión aprobado por la dirección	- Reportes de sala situacional y Verificar cumplimiento de porcentaje de auditorias establecidas										
	Análisis		Básico	- Verificar si el establecimiento analiza los incidentes de seguridad del usuario y pone en marcha las actuaciones oportunas para prevenir su nueva aparición,	Documentos de plan de mejora	Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio	- Verificar si se utilizan los resultados de los indicadores de seguridad de pacientes en las diferentes comisiones del centro como elementos de mejora	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional que se contemplan en el plan de mejora										
			Avanzado													
	Verificación		Básico	- Verificar el número de profesionales y asociaciones de diferentes ámbitos externos al hospital participan en comisiones o reuniones sobre seguridad de pacientes	-Documentos de plan de mejora	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio													

	<p>Protocolos BRC y BRC-IOP // Representa una norma enfocada a asegurar la implantación de un sistema de Gestión de la calidad en la industria alimentaria. Este estándar ha sido desarrollado con el fin de garantizar un sistema uniforme de calidad y seguridad ya que las exigencias legales y de los consumidores Cada vez eran, y cada vez los son más exigentes.</p>	<p>Reforzamiento de medidas de seguridad</p>	Avanzado													
			Básico	- Verificar si se toman medidas para proteger los bienes o las pertenencias de los usuarios ante el robo o la pérdida,	- Unidad de seguridad	- El Hospital cuenta con el Plan de prevención de violencia y Normas de seguridad										
			Intermedio													
		<p>Implantación y mejora de norma</p>	Básico	- Verificar la actualización de los riesgos más frecuentes en materia de seguridad de pacientes y se comunica a los profesionales las acciones de mejora	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
			Intermedio													
			Avanzado													
	<p>Protocolo IFS // Norma de seguridad alimentaria reconocida por la Global Food Safety Initiative (GFSI) para auditar empresas que fabrican alimentos o a empresas que empaquetan productos alimentarios a granel. Se centra en la seguridad y calidad alimentaria de los productos procesados.</p>	<p>Transparencia</p>	Básico	- Examinar si la alimentación a los usuarios se realiza de forma adecuada, teniendo en cuenta la seguridad, el orden cultural y las costumbres,	Informe de departamento de alimentación y dietas (menús de cocinas)	Informe de uso de Normas de seguridad										
			Intermedio													
			Avanzado													
		<p>Comparabilidad</p>	Básico	- Monitorear los procesos de consulta externa,	- Revisar el estándar de calidad institucional	- Revisar expediente clínico										
			Intermedio													
			Avanzado													
<p>Responsabilidad Social</p>	<p>Gestión de la accesibilidad global // Es un conjunto de elementos mutuamente relacionados o</p>	<p>Equidad de uso</p>	Básico	- Examinar si se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad de pacientes	- unidad de formación pedagógica	- plan de mejora y educación continua										
			Intermedio													
			Avanzado													
	<p>Flexibilidad de uso</p>	Básico	- Se dispone de sistemas y tecnologías													

		que interactúan para establecer la política y los objetivos y para dirigir y controlar una organización con respecto a la Accesibilidad.			de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,																	
				Intermedio	- Verificar si el establecimiento facilita apoyo psicológico y emocional a las personas usuarias y acompañantes en situaciones de especial vulnerabilidad.	-Unidad de psicología	- Reportes de sala situacional															
				Avanzado																		
			Simple e intuitivo	Básico	- Evaluar la tecnologías de la información orientadas a la interrelación con las personas, favoreciendo la comunicación, la accesibilidad y la información,	-Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional y verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/</a>	-Revisar Plan Operativo Anual Institucional															
				Intermedio																		
				Avanzado																		
			Información perceptible	Básico	- Evaluar las actuaciones de una correcta gestión de las disfunciones de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación, y se encuentran recogidas en un plan de contingencias,	Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional	Revisar Plan Operativo Anual Institucional															
				Intermedio																		
				Avanzado																		
			Espacio suficiente de aproximación y uso	Básico	- Verificar la existencia de dispensadores de solución hidroalcohólica en las áreas de trabajo destinadas a la atención de los pacientes  - Examinar si se redujo el riesgo de daño al usuario causado por caídas,	-Documentos de plan de mejora -Documentos de plan de mejora	-Revisar normas de seguridad -Revisar normas de seguridad															
				Intermedio																		
				Avanzado																		
			Tolerancia al error	Básico	- Verificar que se hagan públicos los indicadores de resultados del establecimiento	- verificar disponibilidad del informe en la página web del Portal de Transparencia: <a href="http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/">http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/</a> o página ministerial	- Informe de unidad de relaciones publicas															
				Intermedio																		
				Avanzado																		
			Esfuerzo de protección	Básico	-Verificar si el establecimiento gestiona de una manera eficiente sus compras y proveedores para garantizar la disponibilidad de todos los servicios, bienes y equipos necesarios para su normal funcionamiento,	- Documentos de plan de mejora	-Documentos de requisiciones															
				Intermedio	- Verificar si se dispone de mobiliario con sistemas de seguridad y de contención para prevenir las lesiones de los pacientes	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad															
				Avanzado	- Evaluar el protocolo de formación, uso,	- Documentos de plan de	- Revisar normas de															

				manejo y medidas de protección de materiales y aparatos de electro medicina.	mejora	seguridad									
Responsabilidad Social // Es el compromiso, obligación y deber que poseen los individuos, miembros de una sociedad o empresa de contribuir voluntariamente para una sociedad más justa.	Principios y prácticas relacionadas con la sociedad	Básico	- Evaluar las actividades de seguridad del paciente en las que participa el hospital dirigidas a la población	- Documentos de plan de mejora	- Revisar normas de seguridad										
		Intermedio													
		Avanzado													
	Integrar e implementar en la organización y su esfera de influencia	Básico	- Verificar si existen canales de comunicación para que los profesionales puedan hacer sugerencias sobre la seguridad de los pacientes	- Revisar actas de socialización	- Revisar Libro de actas de reunión										
		Intermedio	-Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan												
		Avanzado													
	Identificación y el compromiso con los grupos de interés	Básico	- Evaluar el liderazgo del establecimiento que asegure que haya programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la continuación de la educación de todo el personal.	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
		Intermedio													
		Avanzado													
	Forma de comunicar el compromiso y desempeño de la organización	Básico	- Verificar la presencia del hospital en los medios de comunicación sobre incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	- Informe de unidad de relaciones publicas										
		Intermedio													
		Avanzado													
	Contribución de la organización con el desarrollo sostenible	Básico	- Verificar el desarrollo de estudios de coste y efectividad de los procesos críticos y de soporte que se realizan, y se aplican acciones encaminadas a reducir los despilfarros y las actividades que no aportan valor	- Unidad de investigación institucional	- Revisar la unidad de investigación institucional										
		Intermedio	- Verificar el análisis y el control de las desviaciones presupuestarias que se produzcan con el fin de corregirlas,	- Documentos de plan de mejora	-Revisión de informes de rendición de cuentas										
		Avanzado													
	Gestión de ONG'S // Para dotar y reforzar a estas organizaciones con información y herramientas para su adecuada gestión y cumplimiento de sus compromisos internos y	Organización abiertas y transparentes	Básico	-Se dispone de sistemas y tecnologías de la información y comunicación adaptadas a las necesidades actuales,											
			Intermedio	- Evaluar el indicador de informes de resultado por servicio final	- Unidad de Documentos médicos y epidemiología	- Reportes de sala situacional									
			Avanzado	-Indicador de informes de resultados											
	Coherencia con la Misión y valores	Básico	- Verificar si se contempla en la misión, visión y valores la seguridad de los pacientes	- Desarrollo de los elementos mencionados en POA Institucional.	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional										
		Intermedio													
		Avanzado													
	Mejora continua	Básico	- Evaluar los grupos de innovación y mejora continua formalmente constituidos, que son responsables de												

		externos			analizar los procesos que se desarrollan e impulsar las mejoras									
				Intermedio										
				Avanzado										
			Innovación social	Básico	- Verificar si el establecimiento garantiza la renovación de sus sistemas de información e impulsa la innovación y el desarrollo de nuevas soluciones,	- Documentos de plan de mejora	- Revisar Plan Operativo Anual Institucional							
				Intermedio										
				Avanzado										

### 3.4. PLAN DE ACCIÓN

**Análisis FODA:** Se analiza las fuerzas internas y externas que influyen en el MINSAL, clasificándolas como Fortalezas y Debilidades a las internas, y como Debilidades y Amenazas a las externas, y se parte de estas para formular estrategias que permitan llevar a cabo la implementación de la plataforma de control propuesto en este documento.

#### Matriz FODA

La matriz que se plantea es el resultado de la etapa anterior de Diagnostico.

Tabla 141. Matriz FODA

Componentes Interno		Componentes Externo	
<p style="text-align: center;"><b>Fortalezas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con consejos estratégicos de gestión</li> <li>• Capacidad de reorganización de los recursos técnicos y humanos</li> <li>• Unidades de investigación y formación profesional</li> <li>• Recurso humano y técnicos capacitados</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>Oportunidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de gestión a implantar</li> <li>• Establecer el nivel tecnológico requerido</li> <li>• Mejorar la calidad de atención</li> <li>• Referencia a nivel nacional de acreditación</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>Debilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No poseen técnicas sistemáticas para desarrollar estrategias</li> <li>• Desconocimiento de los aspectos legales y normativos</li> <li>• Heterogeneidad en los criterios de diseño y equipamiento en los ambientes asistenciales</li> <li>• Asignación de los recursos humanos</li> <li>• Poca importancia de los temas administrativos para la investigación y desarrollo institucional</li> <li>• Poca investigación de conveniencia del nivel tecnológico</li> <li>• Falta de incentivo en base a su capacidad de los recursos</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>Amenazas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cambios en los aspectos legales y normativos</li> <li>• Percepción de la capacidad resolutive del sistema publico</li> <li>• Deficiencias en la distribución del presupuesto</li> </ul>	

#### Matriz FODA cruzada

Partiendo de la matriz FODA anterior, se diseñó la siguiente matriz FODA cruzada, en la cual se formulan las estrategias F+O (estrategia ofensiva), F+A (estrategia defensiva), D+O (estrategia de reorientación) y D+A (estrategia de supervivencia) para el MINSAL.



Tabla 142. Matriz FODA cruzada

	Componentes Interno	Componentes Externo
Oportunidades	<b>Fortalezas</b> MAXI-MAXI FO.1 Fortalecimiento del modelo de estratégico de gestión FO.2 Incremento de la capacidad de reorganización de los recursos técnicos y humanos en la calidad de atención FO.3 Generar la referencia a nivel nacional de acreditación	<b>Debilidades</b> MAXI-MINI DO. 1 Disminución del desconocimiento de los aspectos legales y normativos DO. 2 Mayor investigación del nivel tecnológico DO. 3 Certificación de calidad nivel nacional
Amenazas	<b>MINI-MAXI</b> FA. 1 Poseer unidades de investigación que no dejen vacíos en los aspectos legales y normativos FA. 2 Poseer suficiente recurso humano y técnico para el cambio de la percepción de la capacidad resolutoria del sistema publico FA. 3 Mejorar la distribución del presupuesto	<b>MINI-MINI</b> DA. 1 Realizar técnicas sistemáticas para desarrollar estrategias DA. 2 Gestionar el incentivo adecuado en base a la capacidad de los recursos DA. 3 Realizar investigaciones periódicas para conocer los cambios en los aspectos legales y normativos

### Estrategia general para el MINSAL.

Valerse de la experiencia que tiene el MINSAL para brindar servicios de atención hospitalaria de excelencia a los usuarios que visitan los hospitales de tercer nivel, de modo que se satisfagan sus necesidades, haciendo uso eficiente de los recursos con los que cuentan los hospitales y Mejore la calidad de vida de la población salvadoreña. Ejerciendo un mejor control sobre las áreas en estudio permitiendo implementar y mantener en funcionamiento un proceso de mejora continua.

### Objetivos institucionales:

A partir de la estrategia general mostrada y manteniendo siempre la misma orientación de la Misión y Visión de la institución, se formularon los siguientes objetivos institucionales para el MINSAL.

### **Objetivo estratégico:**

Ser la organización líder en proveer servicios de atención de calidad a personas que son reorientadas a hospitales de tercer nivel.

### **Objetivo Táctico:**

Mejorar el proceso de control de servicios de atención del MINSAL en los hospitales de mayor especialidad de modo que se brinde la mejor atención oportuna a los usuarios a la vez que se aprovechen al máximo los recursos disponibles, mediante la implementación de una plataforma de control seccionada por niveles.

### **Objetivos operativos:**

1. Mejorar el Nivel Tecnológico del proceso de control de las áreas generales en estudio mediante la utilización de un software a la medida.
2. Establecer un Sistema de Información Gerencial que asegure el suministro de la información precisa y oportuna para la toma de decisiones en la Unidad de coordinación de hospitales nacionales del MINSAL.
3. Mantener constantemente activo un proceso de mejora continua mediante la capacitación del personal encargado de los hospitales de tercer nivel que permita a los servicios del MINSAL adaptarse a las condiciones cambiantes en su entorno de la mano con la plataforma de control y mejora.

### **Propósito de Plan de Acción**

La planificación estratégica y los indicadores de desempeño son herramientas metodológicas claves para la evaluación que retroalimenta el proceso de toma de decisiones para el mejoramiento de la gestión pública.

Se busca identificar las mejores prácticas, y los errores más frecuentes que complican el camino hacia la excelencia y una futura acreditación. La experiencia muestra que es clave la generación de un ambiente propicio a las reformas, que hagan posible la capacidad de construir una institucionalidad en torno a la aplicación de la plataforma de control y a la evaluación de las actividades de los hospitales de tercer nivel del MINSAL.

El propósito de este plan es examinar las vinculaciones entre la planificación estratégica, los indicadores de desempeño y el proceso de control de los resultados.

A continuación, se presenta el plan de acción general propuesto para la realización de los objetivos planteados anteriormente.

### Objetivo operativo 1:

Mejorar el Nivel Tecnológico del proceso de control de las áreas generales en estudio mediante la utilización de un software a la medida.

Tabla 143. Plan de acción para objetivo operativos 1

<b>Objetivo operativo 1</b>	<b>Meta</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo (semana)</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsable</b>	<b>Indicadores</b>
<i>Mejorar el Nivel Tecnológico del proceso de control de las áreas generales en estudio mediante la utilización de un software a la medida.</i>	Transformar la gestión actual de los procesos de control del MINSAL en periodo de 10 semanas	Adquisición de equipo informático requerido	4	1 personas 1ordenador Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance.
		Realizar conexión de computadoras en red del MINSAL	2	1 personas 1ordenador Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance
		Instalar de software en equipo del MINSAL	2	1 personas 1ordenador Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance
		Creación de usuarios	2	1 personas 1ordenador Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance.
		Seguimiento de reuniones con jefatura	2	3 personas 3ordenador Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance.
		Seguimiento de resultados esperados	4	5 personas 4ordenador Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance.

**Objetivo operativo 2:**

Establecer un Sistema de Información Gerencial que asegure el suministro de la información precisa y oportuna para la toma de decisiones en la Unidad de dirección del tercer nivel del MINSAL.

Tabla 144. Plan de acción para objetivo operativo 2

<b>Objetivo operativo 2</b>	<b>Meta</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo (semana)</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsable</b>	<b>Indicadores</b>
<i>Establecer un Sistema de Información Gerencial que asegure el suministro de la información precisa y oportuna para la toma de decisiones en la Unidad de dirección del tercer nivel del MINSAL.</i>	Tener en funcionamiento un sistema de información gerencial en el MINSAL en un periodo de 12 semanas.	Definir el uso y participantes del SIG	2	1 personas 1ordenador or Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance.
		Programar reunión para entrega del SIG	2	1 personas 1ordenador or Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance
		Llevar a cabo reunión de implementación	2	3 personas 3ordenador or Útiles de oficina Facilitadores Papelería	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance
		Seguimiento de reuniones con jefatura	3	3 personas 3ordenador or Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance.
		Seguimiento de resultados esperados	3	5 personas 4ordenador or Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance.

### Objetivo operativo 3:

Mantener constantemente activo un proceso de mejora continua mediante la capacitación del personal encargado de los hospitales de tercer nivel que permita a los servicios del MINSAL adaptarse a las condiciones cambiantes en su entorno de la mano con la plataforma de control y mejora.

Tabla 145. Plan de acción para objetivo operativos 3

<b>Objetivo operativo 3</b>	<b>Meta</b>	<b>Actividades</b>	<b>Tiempo (semana)</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsable</b>	<b>Indicadores</b>
<i>Mantener constantemente activo un proceso de mejora continua mediante la capacitación del personal encargado de los hospitales de tercer nivel que permita a los servicios del MINSAL.</i>	Poder en funcionamiento la herramienta de control en los hospitales de tercer nivel del MINSAL en periodo de 10 semanas	Definir a los responsables de dar la capacitación	3	3 personas 3ordenador or Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance.
		Invitar al personal correspondiente	3	3 personas 3ordenador or Útiles de oficina	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance
		Entregar a los usuarios los Manuales del usuario	4	Facilidades Útiles de oficina Papelería	Director de unidad de dirección de tercer nivel	Porcentaje de avance

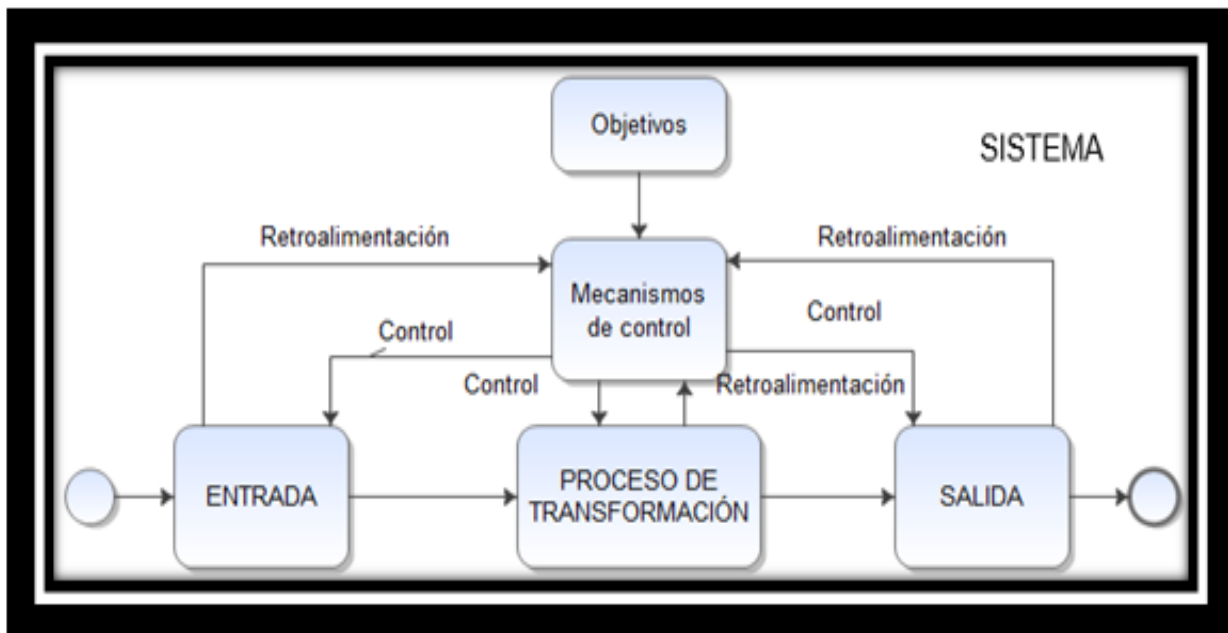
### 3.5. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Para que los gerentes puedan tomar las decisiones convenientes, es necesario contar con una adecuada y oportuna comunicación de objetivos y resultados, a través de la organización. Dicha comunicación se realiza mediante reportes que pueden ser emitidos periódicamente o en forma expresa, en la cual se incluye la información pertinente para cada nivel de decisión. Un sistema de información gerencial adecuado deberá producir los reportes jerárquicamente, empezando con reportes detallados de las operaciones en el nivel de la gerencia operacional y sintetizando la información conforme se asciende en la estructura organizativa, lo que obliga a definir las necesidades de información de los diferentes usuarios. Para definir estas necesidades de información es preciso hacer alusión a la clásica estructura piramidal y los diferentes requerimientos en cuanto a características de la información y estructura de decisión, que existen para los tres niveles de decisión: estratégico, táctico y operacional en el MINSAL.

Otra de las características importantes de los sistemas de información gerencial es que son la forma más común de sistema de apoyo gerencial, ya que suministran a los usuarios finales productos de información que respaldan gran parte de los procesos cotidianos de toma de decisiones, mediante la provisión de informes y presentaciones a la gerencia. Los contenidos de estos productos de información son especificados de antemano por los gerentes de manera que contengan toda la información necesaria. Los sistemas de información gerencial recuperan de las bases de datos información o de informes preestablecidos actualizados sobre operaciones de las empresas y también obtienen a partir de fuentes externas datos del entorno empresarial.

#### 3.5.1. ENTORNO

Imagen 36. Sistema de Información Gerencial



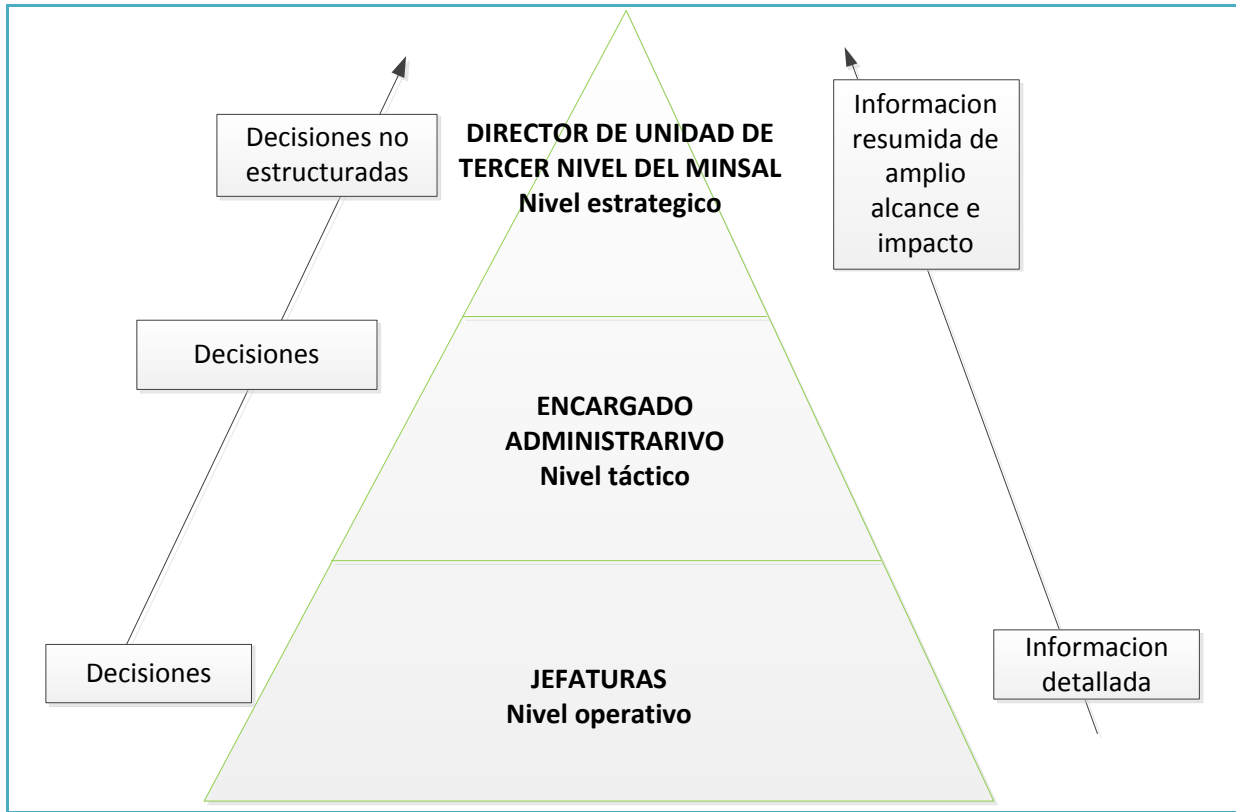


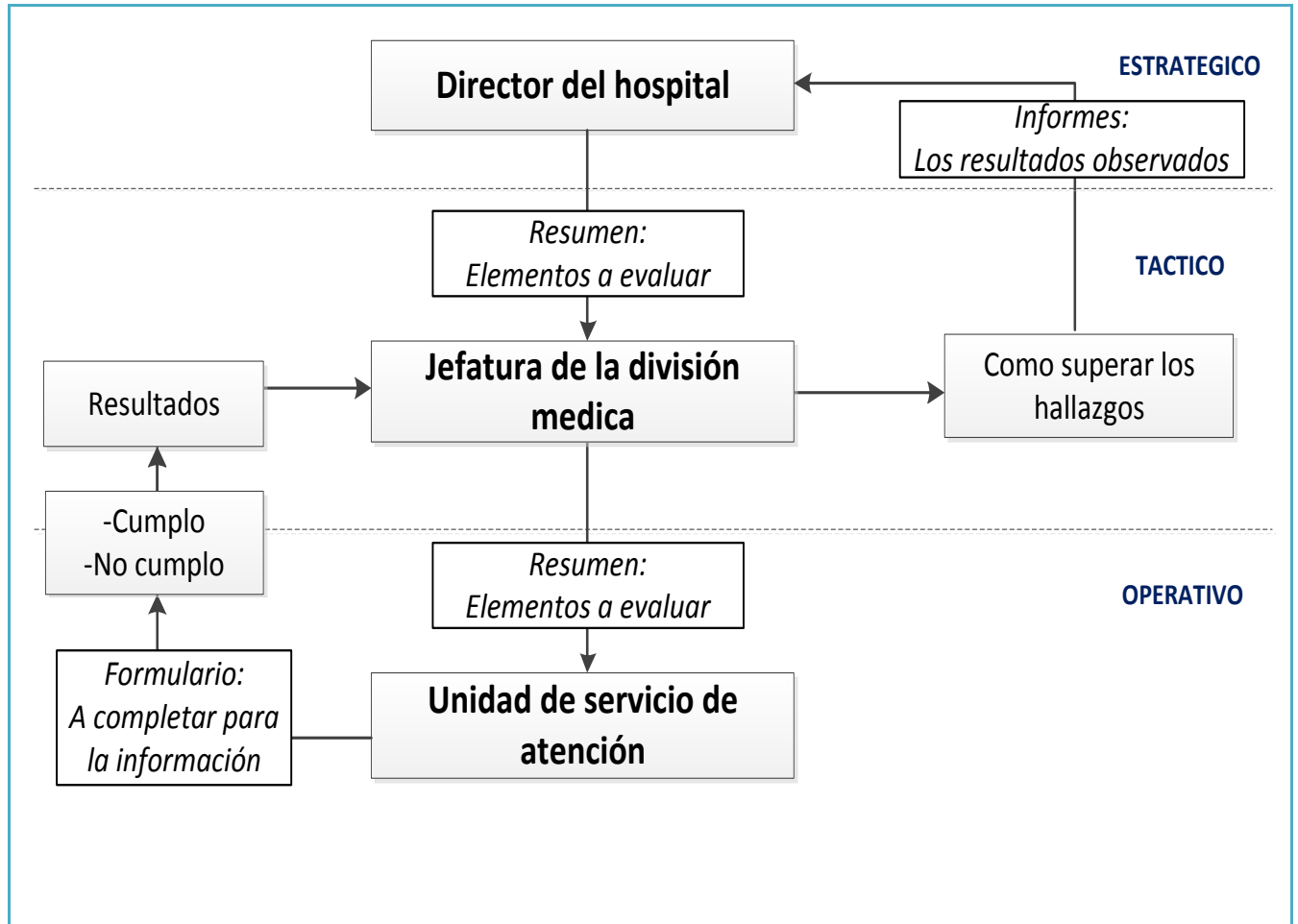
Imagen 37. Niveles de SIG

Las necesidades de información van cambiando según los niveles de la pirámide. Es decir que, en la base las características de la información son de enfoque estrecho, detallado, interno, frecuente e histórico, y cambian a características de amplio alcance, resumidas, externas, ocasionales, progresivas en la cúspide. El nivel gerencial estratégico, requiere: informes, pronósticos, e información externa más resumida y no programada, mientras que las personas que toman decisiones a nivel gerencial operacional, requieren: informes internos con especificaciones, donde se haga énfasis en comparaciones detalladas de datos históricos y actuales, con lo cual la toma de decisiones más estructuradas se da en las operaciones diarias.

### 3.5.2. Metodología general del SIG

Flujo de información desde el nivel operativo hasta el nivel estratégico en el MINSAL

Imagen 38. Flujo de información del Sistema de Información Gerencial



#### Desarrollo del SIG

El sistema de información gerencial es el encargado de transportar los hallazgos encontrados a través de la plataforma, por esta razón se muestra cómo será el viaje de la información.



UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES	CÓDIGO:	MINSAL-001	Página 737 Total 15	<small>COMUNICADO DE PRENSA</small> <small>MINISTERIO DE SALUD</small> <b>EL SALVADOR</b> <small>UNÁMONOS PARA CRECER</small>
	VERSIÓN:	01		
	FECHA:	20/05/2019		
<b>MANUAL DE USUARIO</b>				

## 3.6. MANEJO DE LA PLATAFORMA

### 3.6.1. Manual de Usuario

A continuación se presenta el Manual de Usuario propuesto para los hospitales de tercer nivel del MINSAL



# MANUAL DE USUARIO DEL MINISTERIO DE SALUD

#### ELABORADO POR:

AREVALO ROMERO, JORGE ENRIQUE  
MEJIA ARTIGA, FERNANDO JOSE

#### REVISADO Y APROBADO POR:

ING. ROBERTO IVAN RODAS ESPINOZA  
ASESOR TECNICO DE UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES

## 2019


Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------

UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES	CÓDIGO:	MINSAL-001	Página 738 Total 15	<small>COMUNICADO DE PRENSA</small> <small>MINISTERIO DE SALUD</small> <b>EL SALVADOR</b> <small>UNÁMONOS PARA CRECER</small>
	VERSIÓN:	01		
	FECHA:	20/05/2019		
<b>MANUAL DE USUARIO</b>				

## Contenido del Manual

<b>1.0 INTRODUCCION.....</b>	<b>739</b>
<b>2.0 OBJETIVOS .....</b>	<b>740</b>
<b>3.0 ALCANCE.....</b>	<b>740</b>
<b>4.0 GENERALIDADES .....</b>	<b>741</b>
<b>5.0 MANUAL DEL USUARIO .....</b>	<b>743</b>
MANUAL DE USUARIO .....	743

Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------

UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES	CÓDIGO:	MINSAL-001	Página 739 Total 15	
	VERSIÓN:	01		
	FECHA:	20/05/2019		
MANUAL DE USUARIO				

## 1.0 INTRODUCCION


El presente documento contiene el Manual de Usuario de unidad de coordinación de los hospitales de tercer nivel del Ministerio de Salud de la Republica de el Salvador ( MINSAL), es una herramienta que permite al MINSAL garantizar el control en sus servicios de salud y con ello aumentar la productividad y mejorar la calidad del servicio. La estructura de este manual describe cada botón del sistema, los cuales están conformados por los campos, aspectos y requisitos; indicadores de verificación que se presentan clasificados por niveles, una valoración del nivel de cumplimiento para optar por una acreditación. El control de las 5 áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel permite cumplir los objetivos y principios del MINSAL, ya que permiten determinar los niveles de cumplimiento que se manejan actualmente y dar los primeros esfuerzos en búsqueda de la excelencia y a futuro de una acreditación.

Después de diseñar la plataforma de control seccionado por niveles, y una vez que se procede a su implantación, es imprescindible poner en marcha mecanismos de control y mejora continua que permitan su correcta utilización en la medición del nivel de cumplimiento. Y los resultados deben ser usados como puntos de mejora y dar esfuerzos hacia la excelencia tales como: si los indicadores de resultados o de valoración integral del servicio son satisfactorios, Si los usuarios están satisfechos: se han eliminado espacios en blanco, tiempos de espera innecesarios, si se garantiza la accesibilidad a los clientes y si se escucha la opinión de los profesionales y las personas que intervienen en el desarrollo del proceso consideran que su trabajo ha mejorado. Para poder lograr conocer todos estos aspectos se debe de poner en marcha la implantación de la plataforma de control y mejora continua.

Los pacientes o usuarios de los hospitales de tercer nivel del MINSAL cada día demandan a la Dirección servicios de mayor calidad. Quieren servicios más rápidos, con horarios más amplios, servidos por personal que les tratan con cortesía y respeto”. Al mismo tiempo exigen que la Dirección reduzca sus déficits. Estas demandas de los usuarios no son nuevas, Aunque se pueden dar muchas definiciones de “calidad” y de “servicios de calidad”, el factor clave para lograr un alto nivel de calidad en el servicio es igualar o sobrepasar las expectativas que los usuarios tienen respecto al servicio. Los juicios sobre la alta o baja calidad del servicio dependen de cómo perciben los clientes la realización del servicio en contraste con sus expectativas.

Para ello es preciso adoptar una estrategia de mejora continua en los servicios que se proporcionan a los ciudadanos como piedra angular de la calidad y, por tanto, de la satisfacción de los mismos. Es por eso que este manual servirá como un documento de consulta que provea la información necesaria al personal dirección de los hospitales de tercer nivel del MINSAL para la aplicación de la plataforma de control y poder tener el panorama actual del MINSAL y los posibles puntos de mejora que se tienen actualmente para poder mejorar y encaminar los servicios que lo necesiten hacia la excelencia.

Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------

UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES	CÓDIGO:	MINSAL-001	Página 740 Total 15	
	VERSIÓN:	01		
	FECHA:	20/05/2019		
MANUAL DE USUARIO				

## 2.0 OBJETIVOS

---

### 2.1 OBJETIVO GENERAL

Contar con un documento de consulta que provea información para la aplicación correcta de la plataforma de control aplicable del MINSAL que permita la inspección y verificación de todos los servicios de salud involucrados en las áreas generales en estudio.

### 2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS


1. Monitorizar el nivel de cumplimiento en las áreas generales.
2. Evaluación que define Los niveles de cumplimientos que se tienen en las áreas generales y campos de certificación.
3. Dar soporte a la fase de evaluación para un correcto control de los servicios brindados por el MINSAL.

## 3.0 ALCANCE

---

Este manual va dirigido a las áreas generales que tienen los tres hospitales de tercer nivel que son parte del Ministerio de Salud de El Salvador. Así mismo, se busca que exista un documento técnico completo y adaptado a las exigencias que pide el MINSAL, que establezca un método estándar para la ejecución del control de servicios de salud, y se pueda realizar un seguimiento en la gestión diaria de la organización.

Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------

UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES	CÓDIGO:	MINSAL-001	Página 741 Total 15	
	VERSIÓN:	01		
	FECHA:	20/05/2019		
MANUAL DE USUARIO				

## 4.0 GENERALIDADES

### 4.1 Estructura Interna

El Ministerio de Salud de El Salvador tiene siguiente estructura interna

### 4.2 Presentación de la institución

El MINSAL es el organismo oficial que se encarga de todas las tareas administrativas relacionadas con la salud.

### 4.3 Misión

Somos la instancia del Estado rectora en materia de salud, que garantiza a los habitantes de la República de El Salvador la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida.

### 4.4 Visión

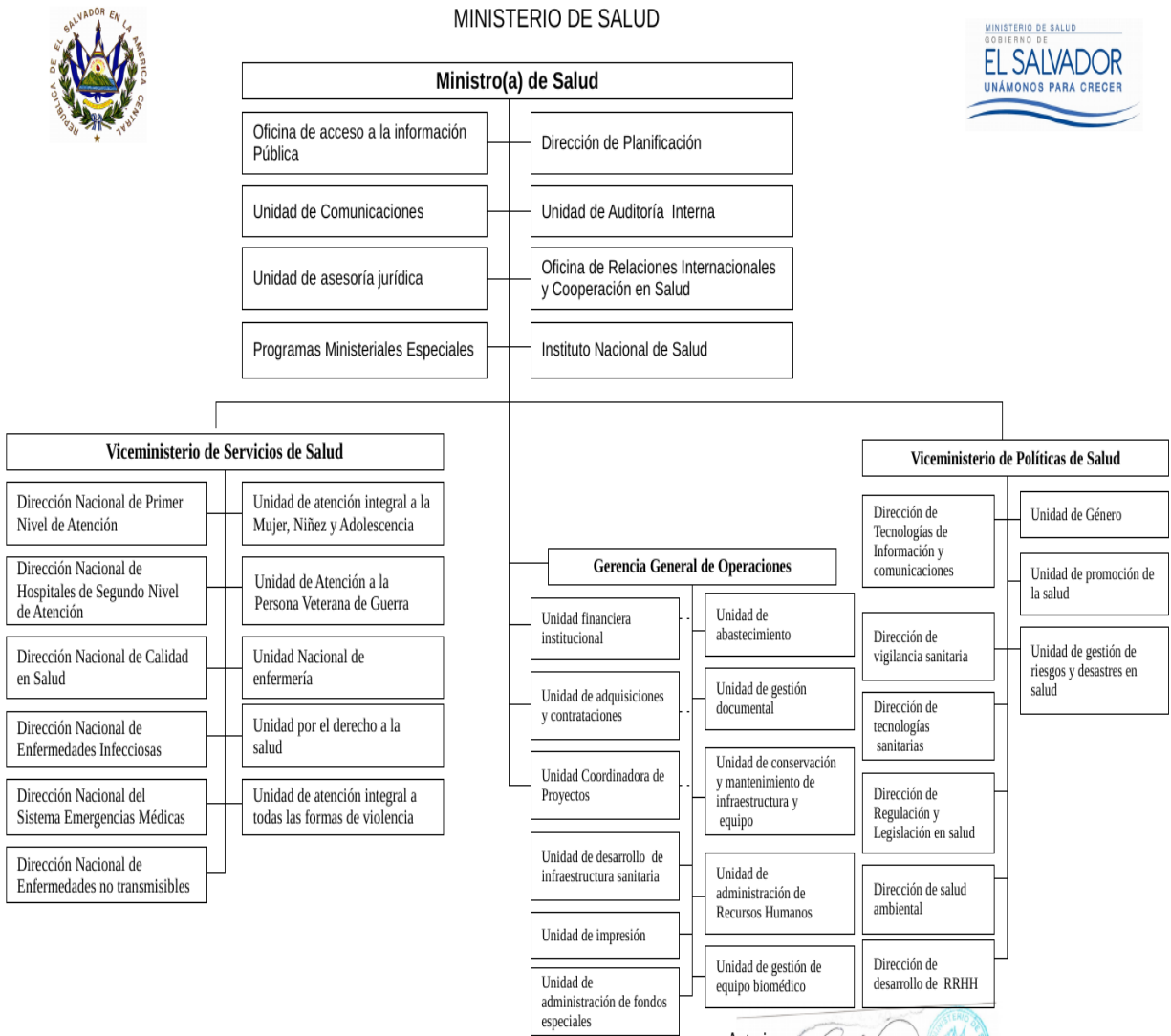
Instancia rectora del sector fortalecida, conduciendo de manera eficiente y efectiva el Sistema Nacional de Salud y garantizando a los habitantes de la República de El Salvador servicios integrales de salud en armonía con el ambiente, con equidad, calidad y calidez, para la conservación y restablecimiento de la salud, estimulando para ello la corresponsabilidad y la contraloría social.

### 4.5 Principios

1. Transparencia: Decisiones de cara a la población y rendición de cuentas como premisas de buen gobierno, rectitud fiscal, sostenibilidad, honestidad y responsabilidad.
2. Solidaridad: Colaboración y redistribución para el bien común, unidad de intereses y propósitos.
3. Compromiso: Dar prioridad a la salud de los salvadoreños.
4. Equidad: Para que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar su potencial de salud y no experimenten desigualdades socialmente determinadas, injustas y evitables.
5. Universalidad: En el acceso a los servicios y bienes, en el marco de un sistema de protección social universal para todos los salvadoreños.
6. Gratuidad: Derecho a recibir atención en los servicios de salud del sistema público sin tener que pagar por prestación.
7. Intersectorialidad: Abordaje de los problemas de salud involucrando en su identificación y solución sectores diferentes al sector salud, para enfrentar los factores que los determinan.
8. Participación social: Potenciar el poder de decisión de la población como fuente de soberanía e iniciativa políticas en los asuntos de su salud y en la rendición de cuentas.

Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------

#### 4.6 Estructura Organizativa



DIARIO OFICIAL No. 13, TOMO No. 414  
DE FECHA 19 DE ENERO DE 2017

Autoriza:   
Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante  
Ministra de Salud

San Salvador, 7 de diciembre del 2016

Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------

UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES	CÓDIGO:	MINSAL-001	Página 743 Total 15	
	VERSIÓN:	01		
	FECHA:	20/05/2019		
<b>MANUAL DE USUARIO</b>				

## 5.0 MANUAL DEL USUARIO

### MANUAL DE USUARIO

Manual del usuario del Sistema de control seccionado por niveles, creado para su aplicación en los hospitales de tercer nivel del Ministerio de Salud de El Salvador.

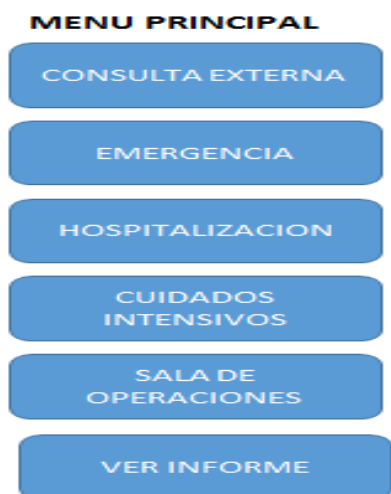
- ✦ Prerrequisitos: Conocimientos básicos de Microsoft de Excel ó el manejo de hojas electrónicas.
- ✦ Lenguaje de Programación: Componente de macros de Excel
- ✦ Herramienta: Microsoft Office 2013
- ✦ Requerimientos Mínimos: Microsoft Office 2007
- ✦ Cliente: Unidad de Coordinación de hospitales nacionales
- ✦ Para utilizar el Software “Plataforma de control” insertamos el CD o USB en la unidad apropiada, y accedemos a ella.

Al insertar el CD o USB en la unidad apropiada se podrá acceder al sistema para su posterior utilización. Una vez abierto el sistema se mostrará la siguiente ventana.

Iniciar el programa desde el ejecutable. Ahora abrimos la aplicación de macros de Excel que tiene el nombre “Plataforma de control” y aparecerá en la pantalla de inicio del programa que nos mostrara el menú principal.

### MENU PRINCIPAL

Aparecerán las opciones del menú principal las cuales son los botones de las Áreas Generales en las que se aplicara la herramienta de control, las cuales son: Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Cuidados Intensivos y Sala de operaciones. Y al final se muestra un botón que sirve de guía para ver los informes de todas las áreas en control, este botón es mostrado como: ver informe.



Al darle clic al botón que desea seleccionar se ingresara al menú de campos de certificación que se analizará adelante. O si se da clic en el botón “ver informe” nos llevara a la tabla general de informe donde están los resultados del nivel de cumplimiento de todas las áreas.

Ahora se describirá que opción se visualiza cuando se abre cualquiera de los botones de un área general, por motivos de explicación se tomara “Consulta Externa como el ejemplo para explicar paso a paso la metodología para hacer efectiva la evaluación de cumplimiento.

Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------

UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES	CÓDIGO:	MINSAL-001	Página 744 Total 15	<small>COMUNICADO DE PRENSA</small> <small>MINISTERIO DE SALUD</small> <b>EL SALVADOR</b> <small>UNÁMONOS PARA CRECER</small>
	VERSIÓN:	01		
	FECHA:	20/05/2019		
<b>MANUAL DE USUARIO</b>				

A continuación se le da clic en “consulta externa “que nos lleva al menú de campos de certificación.

### **MENU DE CAMPOS DE CERTIFICACIÓN**

Una vez abierta este menú al dar clic en un botón de un área general se visualiza el resultando donde aparecerán las opciones del menú de campos de certificación que se deben cumplir; son los botones de: calidad, medio ambiente, seguridad y responsabilidad social; También se muestra un botón al final que sirve para regresar al menú principal nombrado “volver a menú principal”



El despliegue de este menú se da cuando se haga clic sobre cualquiera de las cinco áreas generales donde se implantara esta herramienta, ya que se comparten los mismos campos de certificación para cada una de ellas.

Al ingresar en cualquiera de las opciones de los campos de certificación se despliegan todos los aspectos de certificación que corresponden a ese campo.


También si se ingresa en el último botón “volver a menú principal” se regresara al menú donde se presentan los botones para ingresar a las áreas generales y el botón “ver informe”

Ahora se describirá que opción se visualiza cuando se abre cualquiera de los botones de un campo de certificación, por motivos de explicación se tomara “Calidad y medio ambiente” como ejemplos para explicar paso a paso la metodología para hacer efectiva la evaluación de cumplimiento. Y demostrar las pequeñas diferencias que hay entre los campos de certificación.

A continuación se le da clic en “calidad” que nos lleva al menú de aspectos de certificación; después se visualizara el resultado cuando se da clic en “medio ambiente”.

Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------



UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES	CÓDIGO:	MINSAL-001	Página 745 Total 15	
	VERSIÓN:	01		
	FECHA:	20/05/2019		
MANUAL DE USUARIO				

## MENU DE ASPECTOS DE CERTIFICACION DEL CAMPO SELECCIONADO

A continuación se visualiza el resultado cuando se ingresa en el botón Calidad del menú de campos de certificación del área de Consulta Externa; en orden sería desde menú principal: selección de Consulta externa y selección de Calidad.

GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001

GESTION DE LA CALIDAD EN PRODUCTOS SANITARIOS ISO 13485

CALIDAD DE SERVICIO

CARTAS DE SERVICIO

BUENAS PRACTICAS

VOLVER A MENU CONSULTA EXTERNA

Se despliega el menú de aspectos de certificación del campo de Calidad, en esta nueva ventana podemos visualizar diferentes botones los cuales son:

- Gestión de la calidad ISO 9001
- Gestión de la calidad en productos sanitarios ISO 13485
- Calidad de servicio
- Cartas de servicio
- Buenas practicas


También se muestra un botón al final que sirve para regresar al menú de campos de certificación nombrado “volver a menú consulta externa”

Los botones de los aspectos de certificación al darles clic nos llevarían a un desglose del aspecto de certificación seleccionado donde se muestran los requisitos del campo de certificación o también llamado “menú de requisitos por campo de certificación”

También si se ingresa en el último botón “volver a menú consulta externa” se regresara al menú donde se presentan los botones para ingresar a los campos de certificación y el botón “volver a menú principal”

A continuación se muestra si se selecciona el campo de medio ambiente en el menú de campos de certificación en lugar de calidad, lo que nos lleva al menú de aspectos de certificación del campo medio ambiente.

Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------

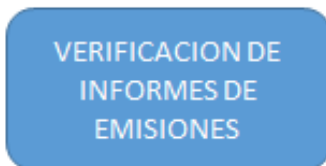
UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES	CÓDIGO:	MINSAL-001	Página 746 Total 15	
	VERSIÓN:	01		
	FECHA:	20/05/2019		
MANUAL DE USUARIO				

A continuación se visualiza el resultado cuando se ingresa en el botón Medio ambiente del menú de campos de certificación del área de Consulta Externa; en orden sería desde menú principal: selección de Consulta externa y selección de Medio Ambiente.

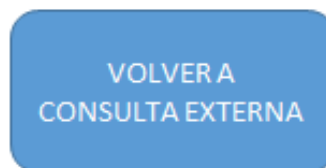


Se despliega el menú de aspectos de certificación del campo de Medio Ambiente, en esta nueva ventana podemos visualizar diferentes botones los cuales son:

- Gestión Ambiental ISO 14001
- Verificación de informes de emisiones



También se muestra un botón al final que sirve para regresar al menú de campos de certificación nombrado “volver a menú consulta externa”




Los botones de los aspectos de certificación al darles clic nos llevarían a un desglose del aspecto de certificación seleccionado donde se muestran los requisitos del campo de certificación o también llamado “menú de requisitos por campo de certificación”

También si se ingresa en el último botón “volver a menú consulta externa” se regresara al menú donde se presentan los botones para ingresar a los campos de certificación y el botón “volver a menú principal”

Ya se mostraron el despliegue de botones que resulta de seleccionar el campo de calidad o medio ambiente, que son los aspectos de certificación respectivo a cada campo, estamos en estos dos ejemplos, si ingresamos en algún botón de los aspectos de certificación se abrirán los requisitos por campo que debe cumplir cada aspecto de certificación.


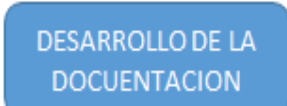



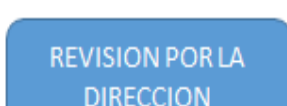

A continuación se le da clic en “Gestión de la calidad ISO 9001” en el campo de Calidad que nos lleva al menú de requisitos por campo de certificación; después se visualizara el resultado cuando se da clic en “Gestión ambiental ISO 14001” en el campo de medio ambiente”.

Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------

UNIDAD DE COORDINACION DE HOSPITALES NACIONALES	CÓDIGO:	MINSAL-001	Página 747 Total 15	
	VERSIÓN:	01		
	FECHA:	20/05/2019		
MANUAL DE USUARIO				

## MENU DE REQUISITOS POR CAMPO DE CERTIFICACION

A continuación se visualiza el resultado cuando se ingresa en el botón Gestión de la calidad ISO 9001 del menú de aspectos de certificación , dentro de Calidad del menú de campos de certificación del área de Consulta Externa; en orden sería desde menú principal: selección de Consulta externa , selección de Calidad y selección de Gestión de la calidad ISO 9001.

	<p>Una vez abierta este menú de requisitos por campo se visualiza el despliegue de diferentes botones, que son los requisitos que se deben cumplir por el aspecto de certificación seleccionado, en esta ocasión se despliegan:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de datos</li> <li>• Desarrollo de la documentación</li> <li>• Formación</li> <li>• Implantación</li> <li>• Auditoria interna</li> <li>• Revisión por la dirección</li> </ul>
	
	
	<p>También se muestra un botón al final que sirve para regresar al menú de aspectos de certificación nombrado “volver a menú Calidad”</p>
	<p>Este orden de botones nos muestra todos los requisitos que se deben cumplir en el aspecto de certificación del campo de calidad para la gestión de la calidad ISO 9001.</p>
	<p>Los botones de los requisitos de certificación al darles clic nos llevarían a un desglose del requisito de certificación seleccionado donde se muestran los indicadores de verificación del requisito de certificación o también llamado “menú de indicadores de verificación”.</p> <p>También si se ingresa en el último botón “volver a menú calidad” se regresara al menú donde se presentan los botones para ingresar a los aspectos de certificación y el botón “volver a consulta externa”</p>

A continuación se muestra que ventana y botones se despliegan al seleccionar el botón de Gestión ambiental ISO 14001 en el menú de aspectos de certificación del campo de medio ambiente, en lugar del botón de gestión de la calidad ISO 9001 en el menú de aspectos de certificación del campo de calidad.

A continuación se visualiza el resultado cuando se ingresa en el botón Gestión ambiental ISO 14001 del menú de aspectos de certificación, dentro de Medio ambiente del menú de campos de certificación del área de Consulta Externa; en orden serie desde menú principal:

Elaboró: AR11026, MA11004	Revisó: Ing. Jeannette de Pocasangre	Aprobó: Ing. Roberto Rodas
------------------------------	---	-------------------------------

Selección de consulta externa, selección de medio ambiente y selección de Gestión ambiental ISO 14001.

PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

OBJETIVOS Y METAS AMBIENTALES

POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS

RESPONSABILIDADES DEFINIDAS

CAPACITACION DE PERSONAL

DOCUMENTACION

SISTEMA DE CONTROL

VOLVER A MEDIO AMBIENTE

Una vez abierta este menú de requisitos por campo se visualiza el despliegue de diferentes botones, que son los requisitos que se deben cumplir por el aspecto de certificación seleccionado, en esta ocasión se despliegan:

- Plan de manejo ambiental
- Objetivos y metas ambientales
- Políticas y procedimientos
- Responsabilidades definidas
- Capacitación de personal
- Documentación
- Sistema de control

También se muestra un botón al final que sirve para regresar al menú de aspectos de certificación nombrado “volver a medio ambiente”

Este orden de botones nos muestra todos los requisitos que se deben cumplir en el aspecto de certificación del campo de medio ambiente para la gestión ambiental ISO 14001.

Los botones de los requisitos de certificación al darles clic nos llevarían a un desglose del requisito de certificación seleccionado donde se muestran los indicadores de verificación del requisito de certificación o también llamado “menú de indicadores de verificación”.

También si se ingresa en el último botón “volver a medio ambiente” se regresara al menú donde se presentan los botones para ingresar a los aspectos de certificación y el botón “volver a consulta externa”

A continuación se mostrara que botones y que ventana se despliega al momento de dar clic en “Toma de datos” que se encuentra en el menú de requisitos de certificación, dentro del aspecto de certificación de la gestión de la calidad ISO 9001, dentro del campo de calidad en el área de consulta externa, después se visualizara el resultado cuando se da clic en “Plan de manejo ambiental” que se encuentra en el menú de requisitos de certificación, dentro del aspecto de certificación de la gestión ambiental ISO 14001, dentro del campo de medio ambiente en el área de consulta externa.

## MENU DE INDICADORES DE VERIFICACION

A continuación se visualiza el resultado cuando se ingresa en el botón “toma de datos” del menú de requisitos por campos de certificación; en orden sería desde el menú principal: selección de Consulta externa, selección de Calidad, selección de gestión de la calidad ISO 9001 y selección de Toma de datos:

En este punto se despliega la tabla de indicadores como se muestra a continuación:

### ISO 9001

#### TOMA DE DATOS

NIVEL	INDICADORES	AYUDA	CUMPLE	OBSERVACIONES
Básico	-Indicador de consulta externa	Revisar el Censo diario de pacientes y libro de consulta externa	<input type="checkbox"/>	
Intermedio	-Se identifican las expectativas y necesidades de todos los grupos de interés y se les implica en relación a la seguridad de los pacientes.	Revisar expediente clínico y Documentos de plan de mejora	<input type="checkbox"/>	
Avanzado	-Monitorización de procesos,	- Revisar expediente clínico y el estándar de calidad institucional	<input type="checkbox"/>	
	-Identificación, protocolización y monitorización de procesos de soporte y estratégicos,	- Revisar Algoritmo de atención de pacientes, hoja de triage (clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades), el historia clínica de máxima urgencia y el estándar de calidad.	<input type="checkbox"/>	

Volver a menú ISO 9001

Ver informe

Se visualizara el cuadro del “plan de manejo ambiental” y luego se procederá a explicar cada parte de la tabla de indicadores ya que los cuadros de indicadores de verificación, sin importar el campo o aspecto de certificación al que pertenecen, siempre tendrán el mismo formato.

Para la correcta utilización de herramienta de control, se debe entender y describir cada una de las partes de la tabla de indicadores y sus botones. Para poder implementar correctamente la plataforma de evaluación de cumplimiento.

A continuación se visualiza el resultado cuando se ingresa en el botón “plan de manejo ambiental” del menú de requisitos por campos de certificación; en orden sería desde el menú principal: selección de Consulta externa, selección de Medio ambiente, selección de gestión ambiental ISO 14001 y selección de Plan de manejo ambiental:

ISO 14001

PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

NIVEL	INDICADORES	AYUDA	CUMPLE	OBSERVACIONES
Básico	Está implantado un protocolo que contemple el impacto medioambiental del hospital (eliminación, separación de residuos y consumos energéticos)	Documentos de plan mejora	<input type="checkbox"/>	
Intermedio				
Avanzado				

Volver a menú ISO  
14001

Ver informe

Todas las tablas de indicadores de verificación tienen el mismo formato como se menciona antes, se comenzara a describir todas las partes con las que se cuentan en esta ventana.

Se tendrá en la parte de superior el nombre del aspecto de certificación al que pertenece, seguido del requisito al que pertenece.

Después sigue un cuadro de 5 columnas para la evaluación de cumplimientos

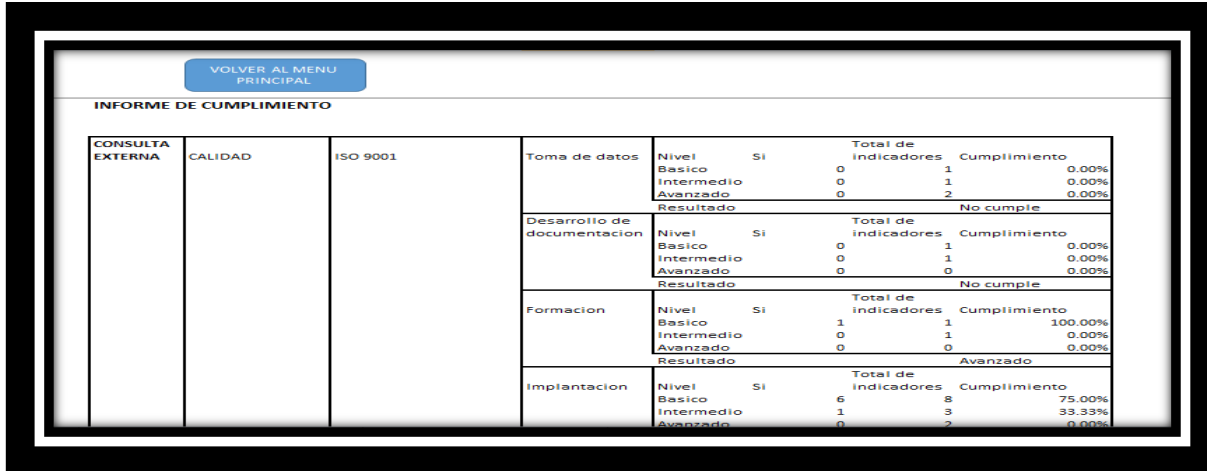
- En la primera columna se muestran los niveles de indicadores que se están manejando en esta herramienta que son tres: básico, intermedio y avanzado.
- En la segunda columna se sitúan los indicadores que se deben cumplir en este requisito de certificación.
- En la tercera columna se ubica la Ayuda que es una herramienta para una correcta implementación de auditoria interna al momento de aplicar la plataforma, ya que guía al auditor a la documentación o área de donde podrá encontrar la información de cumplimiento que se busca con cada indicador.
- En la cuarta columna se ubica un cuadro de selección para la aprobación del cumplimiento de los indicadores, cada indicador se evaluara de manera separada y se selecciona el cuadro un cheque si cumple o se deja vacío si no cumple.
- En la quinta columna se ubican el espacio para las observaciones que el auditor desee expresar sobre cada indicador.

En la parte inferior del cuadro se encuentran 2 botones:

- El primer botón es para volver al menú anterior, en este caso siempre será el menú del requisito de certificación
- El segundo botón es el de informe que nos llevara a ver el informe de cumplimiento del estudio

## TABLA GENERAL DE INFORME

Después de hacer clic en cualquier botón “ver informe” que están colocados en todo el programa, este despliega una ventana donde se podrá visualizar el informe de cumplimiento



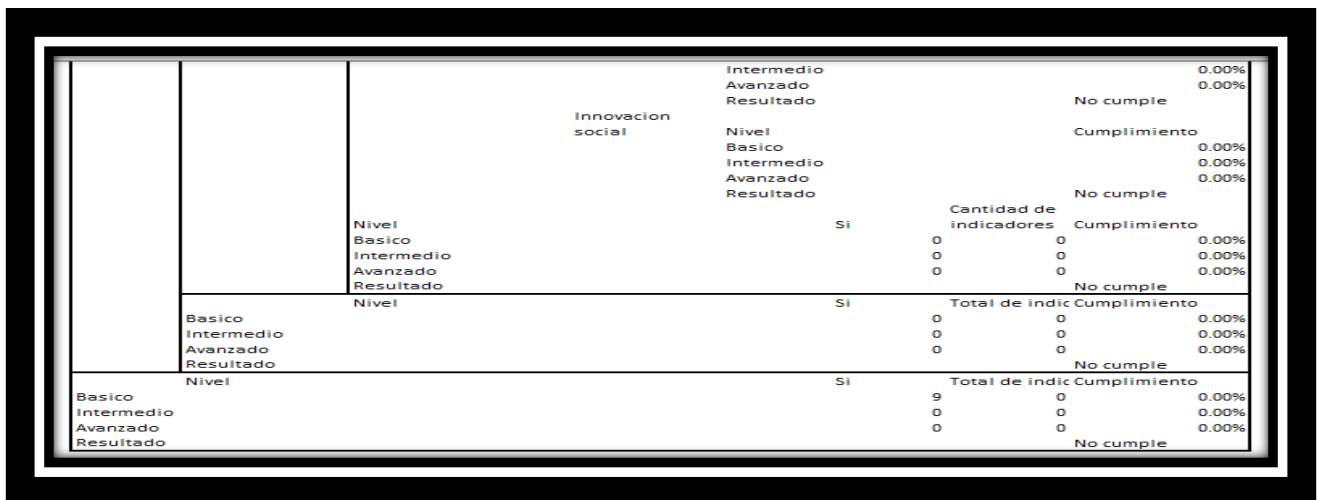
VOLVER AL MENU PRINCIPAL						
INFORME DE CUMPLIMIENTO						
CONSULTA EXTERNA	CALIDAD	ISO 9001	Toma de datos	Nivel	Si	Total de indicadores Cumplimiento
				Basico	0	1 0.00%
				Intermedio	0	1 0.00%
				Avanzado	0	2 0.00%
			Resultado	No cumple		
			Desarrollo de documentacion	Nivel	Si	Total de indicadores Cumplimiento
				Basico	0	1 0.00%
				Intermedio	0	1 0.00%
				Avanzado	0	0 0.00%
			Resultado	No cumple		
			Formacion	Nivel	Si	Total de indicadores Cumplimiento
				Basico	1	1 100.00%
				Intermedio	0	1 0.00%
				Avanzado	0	0 0.00%
			Resultado	Avanzado		
			Implantacion	Nivel	Si	Total de indicadores Cumplimiento
				Basico	6	8 75.00%
				Intermedio	1	3 33.33%
				Avanzado	0	2 0.00%

correspondiente por cada aspecto, requisito, campo de certificación y al final se da el resultado del nivel de cumplimiento por el área que se está evaluando.

La tabla que se visualiza en el informe de cumplimiento calcula el porcentaje de indicadores que se cumplen, los clasifica por el nivel del indicador y dicta un resultado en el nivel de cumplimiento.

También se cuenta con un botón de “ volver al menú principal”, donde se muestran los botones que dan el enlace con las áreas generales donde se aplicara la herramienta.

Aquí se puede visualizar como está distribuido todos los resultados de evaluación, por cada requisito de certificación, aspecto de certificación, campos de certificación y área general.



			Intermedio		0.00%
			Avanzado		0.00%
			Resultado	No cumple	
		Innovacion social	Nivel	Cumplimiento	
			Basico	0.00%	
			Intermedio	0.00%	
			Avanzado	0.00%	
			Resultado	No cumple	
			Nivel	Cumplimiento	
			Basico	0	0 0.00%
			Intermedio	0	0 0.00%
			Avanzado	0	0 0.00%
			Resultado	No cumple	
			Nivel	Cumplimiento	
			Basico	9	0 0.00%
			Intermedio	0	0 0.00%
			Avanzado	0	0 0.00%
			Resultado	No cumple	

## **CAPITULO IV: EVALUACIONES**

### **4.1. EVALUACIONES REQUERIDAS PARA EL PROYECTO**

#### **Evaluaciones requeridas para el proyecto**

A continuación, se presenta las evaluaciones que se considera necesarias para el proyecto del Análisis comparativo de la normativa de acreditación hospitalaria propuesta por el MINSAL con normas internacionales en búsqueda de la excelencia, siendo este un proyecto de índole social.

##### **1. Evaluación económica financiera:**

Se centra en medir los beneficios de carácter económico y la selección de las posibles fuentes de financiamiento que se tienen para la contraparte que desea implementar un proyecto.

En el caso del MINSAL, la evaluación económica y financiera tendrá un enfoque limitado, pues el proyecto en cuestión es sin fines de lucro, por lo tanto, se limitará a determinar los costos de implementar el proyecto.

La medición de los beneficios que este proyecto otorgue desde el punto de vista de ahorro de recursos, atención en el verdadero rol que juegan el tercer nivel de atención, siendo el mejor uso de recursos el beneficio interno más visible para el MINSAL, puesto que el financiamiento de las operaciones del mismo es limitado y depende únicamente del presupuesto que le es asignado anualmente por el Gobierno.

##### **2. Evaluación social:**

Evaluación Social es el proceso de identificación, medición, y valorización de los beneficios y costos de un proyecto, desde el punto de vista del Bienestar Social, tanto de los usuarios internos como externos de la entidad de salud en cuestión.

Esta evaluación es fundamental para este proyecto y para el MINSAL, puesto que el objetivo principal de los hospitales de tercer nivel es brindar la atención en salud para una especialidad y atender casos de alta complejidad donde se adapta a las necesidades de los pacientes o usuarios.

##### **3. Evaluación medioambiental:**

Esta consiste en identificar, prevenir e interpretar los impactos ambientales que serán consecuencia de la implementación y operación de un proyecto, a fin de que una administración competente decida aceptar o rechazar su implementación.

En el caso del MINSAL, no se realizará evaluación medioambiental para la implementación de la plataforma seccionada por niveles, puesto que este implica cambios de índole administrativo principalmente.



## 4.1.1. EVALUACION ECONOMICO

La evaluación económica y financiera tendrá un enfoque limitado donde se determinara los costos de implementar el proyecto y de su funcionamiento.

Para realizar la implantación correcta de la plataforma de control en los hospitales de tercer nivel del MINSAL es necesario contar con recurso humano calificado en esta área de la acreditación, técnico y financiero, así también disponer de tiempo para llevarlo a cabo. Es importante que cada uno de los recursos a utilizar en la implantación sea cuantificado y asignados de la mejor manera para obtener los resultados deseados hacia la excelencia.

El cálculo de los recursos se realizó en escenario normal contando la experiencia que se cuenta en la unidad de dirección de tercer nivel. La cuantificación de dichos recursos se muestra a continuación:

### 4.1.1.1. Inversiones

#### Inversión inicial

**Inversión tangible fija** Todo lo que está sujeto a depreciación, amortización u obsolescencia, como terrenos, infraestructura, mobiliario, equipo de oficina y materiales.

**Inversión intangible fija** Son todos los gastos necesarios durante la fase operativa que no pueden ser identificados de forma física o tangible, lo que incluye capacitaciones y software.

#### Inversiones tangibles:

Para el caso de la implementación de la plataforma seccionada por niveles en los hospitales de tercer nivel del MINSAL la inversión fija tangible no contemplara bienes inmuebles, puesto que ya se cuenta con ellos, de modo que la inversión fija tangible para este proyecto se reduce a lo siguiente:

- Equipos informáticos (ordenadores, servidores y redes) para las jefaturas y los nuevos puestos (Comité de aseguramiento de la calidad y auditoría interna).
- Red (Cableado y modem que) que permite interconectar dos o más computadoras.

#### Equipos informáticos.

En este apartado se consideran todo aquello que pueda servir para llevar a buen término en la implantación, y que se portan cada vez que se realizan las visitas e inspecciones a los hospitales para el ingreso de información pertinentes y datos relevantes, se han considerado el uso de celular con cámara y una computadora donde estará instalado el software.

Tabla 146. Inversión en equipo informático

Tipo de equipo	Características básicas necesarias	Cantidad	Costo unitario	Costo total
<b>Celular con cámara</b>	Pantalla: 6.15 pulgadas (LCD) Resolución: 2,312x1,080 pixel Procesador: Kirin 710 (4x2.2GHz + 4x1.7GHz) Almacenamiento: 128GB RAM: 4GB o 6GB Cámaras traseras: 24 MP+ gran angular y detección de profundidad de 8 MP Cámara frontal: 32 MP Ranura microSD: Sí Sistema operativo: Android Pie (EMUI 9.1) Batería: 3,340mAh Dimensiones: 152.9x72.7x7.4mm Conector de audífonos: Sí (3.5mm) Peso: 159 gramos	1	\$200.00	\$200.00
<b>Computadora</b>	Procesador Intel Core 2 DUO T7200 Pantalla de 15 pulgadas LCD Tarjeta gráfica ATI Mobility Radeon X1450 Disco duro de 160 GB SATA Memoria DDR2 Conectividad Ethernet, Wi-Fi y Bluetooth 3 USB, lector de tarjetas de memoria Peso:2.7 kilos	2	\$840.00	\$1680.00
<b>Proyector de cañón</b>	Salidas: S-video, VGA,RS232-COM,RCA,USB,Ranura SD,HDMI Fuente de luz: LED 100w Tamaño de la imagen: 180'' Resolución nativa de 1280*800 Reproduce hasta 1080p Brillo de 3500 LUMENS Contraste de 10000:1 30.000 horas de vida util 1,07 billones de colores 23 lenguajes Proyecta de 35 a 180 pulgadas (Distancia de 1,07 a 5.08 metros) Parlante integrado Homologado y certificado en Argentina Medidas: 28cm x 22cm x 10cm Peso: 2,200 kg Consumo de energía: 200W	1	\$800.00	\$800.00
			<b>Total</b>	<b>\$2,680.00</b>

### Red

A continuación, se presenta la inversión necesaria para la conexión en la red de computadoras del MINSAL, lo cual permitirá una mejor comunicación entre áreas y dirección.

Tabla 147. Presupuesto de materiales de red

Material	Descripción	Cantidad	Costo unitario	Subtotal
Red Inalámbrica	Instalación de modem que permita interconectar dos o más computadoras, para la creación de una conexión estable para el pasado de datos del proyecto, mejorando la comunicación con la junta directiva.	1	\$25.00	\$25.00
			Total	\$25.00

### Resumen de inversión fija tangible.

A continuación, se presenta el resumen de la inversión fija tangible del proyecto

Tabla 148. Resumen de inversión fija tangible

Rubro	Monto
Equipos informáticos	\$2,680.00
Red	\$25.00
<b>Total de inversión fija tangible</b>	<b>\$2,705.00</b>

### Inversión fija intangible:

A continuación, se presenta los costos de inversión que caben dentro de este rubro para este proyecto.

### Inversión en consultoría para el diseño de la plataforma seccionada por niveles para su utilización en el MINSAL.

En este rubro es donde se desglosa el costo de los diseñadores de la herramienta de control esto, incluye, la determinación de los indicadores, de áreas generales, campos de certificación, entre otros. También aquí se presenta el costo del diseño del manual de usuario. El diseño de la plataforma estuvo a cargo de estudiantes que optan al título de ingeniero industrial en la Universidad de El Salvador.

A continuación, se presenta los costos de inversión que caben dentro de este rubro para este proyecto.

Tabla 149. 1Inversión por diseño de la plataforma

<b>Etapas</b>	<b>Duración en meses</b>	<b>Costo mensual por consultor</b>	<b>Cantidad consultores</b>	<b>de</b>	<b>Subtotal</b>
<b>Anteproyecto</b>	2	\$500	2		\$2,000.00
<b>Diagnostico</b>	8	\$500	2		\$8,000.00
<b>Diseño</b>	2	\$500	2		\$2,000.00
<b>Desarrollo de evaluaciones</b>	1	\$500	2		\$1,000.00
			<b>Total</b>		<b>\$13,000.00</b>

### **Inversión en documentación de la plataforma.**

En este apartado se incluye el costo para fabricación y entrega de los diferentes manuales y documentos necesarios para la correcta utilización de la herramienta.

Tabla 150. Inversión en documentación de la Plataforma

<b>Documento</b>	<b>Cantidad de paginas</b>	<b>Costo por pagina</b>	<b>Costo por copia</b>	<b>Encuadernado</b>	<b>Cantidad de copias</b>	<b>Subtotal</b>
<b>Manual de uso</b>	20	\$0.12	\$2.40	\$2.50	20	\$98.00
<b>Manual de software</b>	15	\$0.12	\$1.80	\$2.50	20	\$86.00
<b>Guías de gestión</b>	20	\$0.12	\$2.40	\$2.50	20	\$98.00
<b>Metodología</b>	25	\$0.12	\$3.00	\$2.50	20	\$110.00
<b>Guías de estructura</b>	15	\$0.12	\$1.80	\$2.50	20	\$86.00
<b>Manual de proceso</b>	10	\$0.12	\$1.20	\$2.50	20	\$74.00
					<b>Total</b>	<b>\$552.00</b>

### **Inversión en software**

En este apartado se incluye la Plataforma de control seccionado por niveles en versión digital. Ya programado a la medida, adaptado a todas las necesidades que el MINSAL y funcional.

Tabla 151. Inversión en software

<b>Recurso</b>	<b>Descripción</b>	<b>Subtotal</b>
<b>Diseño digital</b>	Diseño de las ventanas que proporcione la plataforma para expresar una extremadamente intuitivo y de fácil comprensión	\$750.00
<b>Data</b>	Datos individuales como áreas, campos, aspectos, requisitos, criterios a calificar su cumplimiento.	\$900.00
<b>Ingreso de</b>	Es la programación de los cálculos que se tendrán que efectuar	\$1,250.00

<b>información</b>	de manera automática para poder obtener la calificación de nivel de cumplimiento que se obtiene por cada área, campos, aspecto, requisito que se estarán evaluando. Programación de un software adaptado a las medidas expuestas por los expertos en la junta directiva.	
<b>Drivers</b>	Es el controlador del dispositivo y se define como el programa informático que posibilita al sistema operativo entrar en conectividad con el software de la plataforma, creando una abstracción del hardware y permitiendo una interfaz que puede estar estandarizada a fin de utilizar el dispositivo.	\$1,250.00
<b>Total</b>		<b>\$4,150.00</b>

### Costos de capacitaciones iniciales

En este apartado se incluyen todas las capacitaciones programadas para preparar al personal al uso y manejo correcto de la plataforma; también se desarrolla al personal en el tema de gestión empresarial. Los costos de estas capacitaciones se detallan a continuación, basados en el abono que se le brindara al encargado impartir estas sesiones de desarrollo de personal.

Tabla 152. Costos de capacitaciones iniciales

Recursos	Sesiones	Duración por sesión	Costo por sesión	Subtotal
<b>Capacitaciones de gestión empresarial</b>	5	3 horas	\$300.00	\$1,500.00
<b>Capacitación de uso de la plataforma</b>	1	3 horas	\$300.00	\$300.00
<b>Total</b>				<b>\$1,800.00</b>

### Encargados de implementar el proyecto

Los costos de la administración del proyecto incluyen los salarios de los encargados de la misma, entendiéndose como todo personal que participara para la implementación de la plataforma, desde el nivel gerencial hasta el nivel operativo. Este se calcula a 3 meses empezando desde que se recibe el Software Digital. Dichos costos se detallan a continuación.

Tabla 153 Inversión en administración del proyecto.

Costos de Administración del proyecto	Duración del proyecto (meses)	Salario base mensual	Número de personas	Costo por administración del proyecto
<b>Junta directiva</b>	6	\$2,500.00	3	\$45,000.00
<b>Consejo de calidad</b>	6	\$1,200.00	5	\$36,000.00
<b>Encargado de campo/medicina</b>	6	\$900.00	4	\$21,600.00
<b>Total</b>				<b>\$102,600.00</b>

## Resumen de inversión fija intangible

A continuación, se presenta el resumen de la inversión fija intangible para el proyecto.

Tabla 154 Resumen de inversión fija intangible

<b>Rubro</b>	<b>Monto</b>
Diseño de plataforma	\$13,000.00
Inversión en documentación	\$552.00
Software a la medida	\$4,150.00
Capacitaciones	\$1,800.00
Administración del Proyecto	\$102,600.00
<b>Total de inversión Fija intangible</b>	<b>\$122,102.00</b>

## Inversión inicial total

A continuación, se resumen los costos totales de la inversión inicial total de

Tabla 155 Resumen de inversión inicial del proyecto

<b>Inversión fija tangible</b>	
<b>Rubro</b>	<b>Monto</b>
<b>Equipos informáticos</b>	\$2,680.00
<b>Red</b>	\$25.00
<b>Total de inversión fija tangible</b>	<b>\$2,705.00</b>
<b>Inversión fija intangible</b>	
<b>Rubro</b>	<b>Monto</b>
<b>Diseño de plataforma</b>	\$13,000.00
<b>Inversión en documentación</b>	\$552.00
<b>Software a la medida</b>	\$4,150.00
<b>Capacitaciones</b>	\$1,800.00
<b>Administración del Proyecto</b>	\$102,600.00
<b>Total de inversión Fija intangible</b>	<b>\$122,102.00</b>
<b>Subtotal de inversión</b>	\$124,807.00
<b>Imprevistos (5%)</b>	\$6,240.35
<b>Total de inversión</b>	<b>\$131,047.35</b>

#### 4.1.1.2. Costos operativos del proyecto

Puesto que es un proyecto sin fines de lucro, que se enfoca en implementar y dejar en funcionamiento una plataforma seccionada por niveles para el control, los costos del mismo solo tomaran en cuenta los rubros que permitan mantenerlo funcionando, los cuales se detallan a continuación.

#### **Costos operativos del proyecto.**

Estos costos serán los siguientes durante los próximos 5 años.

1. Recurso humano
2. Material de oficina
3. Mantenimiento de equipos
4. Consumo de electricidad
5. Depreciación y amortización de inversiones.

#### **1. Recurso Humano**

Este rubro comprende un puesto nuevo a abrir en el MINSAL, a saber, un Auditor interno que se contratará para la coordinación de la aplicación correcta de la plataforma. Los costos por el salario de esta plaza se detallan a continuación:

- Auditor interno

**Salario base:** \$1000.00

A continuación, se desglosa los egresos en planilla del MINSAL para el nuevo puesto.

Dado que el Aguinaldo debe corresponder a 9 días de trabajo durante los primeros 3 años de labores y de 19 días de trabajo después de tres hasta 10 años, los costos mensuales y anuales por RRHH de la gestión empresarial del MINSAL son los siguientes:

#### **Durante los primeros 3 años de funcionamiento de la plataforma**

Tabla 156 Egresos por salarios del modelo de gestión durante los primeros 3 años

<b>Puesto</b>	<b>Auditor interno</b>
Salario base mensual	\$1,000.00
Salario base diario	\$33.33
Salario base anual	\$12,000.00
Vacaciones (15 días de salario + 30% de 15 días)	\$649.93
Aguinaldo (15 días)	\$499.95
<b>Salario anual devengado</b>	<b>\$13,149.88</b>
ISSS (3%)	\$394.50
AFP (7.25%)	\$953.37
<b>Desembolso en concepto de salario anual</b>	<b>\$14,497.75</b>
<b>Desembolso mensual</b>	<b>\$1,208.15</b>

## Durante los años 4 y 5

Tabla 157 Egresos por salarios de la plataforma de control durante los años 4 y 5

<b>Puesto</b>	<b>Auditor interno</b>
Salario base mensual	\$1,000.00
Salario base diario	\$33.33
Salario base anual	\$12,000.00
Vacaciones (15 días de salario + 30% de 15 días)	\$649.93
Aguinaldo (19 días)	\$633.27
<b>Salario anual devengado</b>	<b>\$13,283.20</b>
ISSS (3%)	\$398.50
AFP (7.25%)	\$963.03
<b>Desembolso en concepto de salario anual</b>	<b>\$14,644.73</b>
<b>Desembolso mensual</b>	<b>\$1,220.39</b>

A continuación, se presenta un resumen de los egresos de 5 años correspondientes al salario del nuevo puesto.

Tabla 158 Resumen de costos anuales y mensuales de mano de obra del Modelo

<b>Año</b>	<b>Auditor interno</b>
<b>1</b>	\$14,497.75
<b>2</b>	\$14,497.75
<b>3</b>	\$14,497.75
<b>4</b>	\$14,644.73
<b>5</b>	\$14,644.73

## 2. Materiales de oficina.

En este apartado se incluyen todos aquellos recursos que son transformados, puede ser por medio del equipo de trabajo, entre los recursos en este grupo están: impresiones, fotocopias.

Tabla 159. Material de oficina.

<b>Materiales</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Subtotal</b>
<b>Impresiones</b>	1000	\$0.10	\$100.00
<b>Fotocopias</b>	1000	\$0.05	\$50.00
		<b>Total</b>	<b>\$150.00</b>

## 3. Costos por mantenimiento de equipos y programa

En este rubro se incluye los costos de los insumos necesarios para dar mantenimiento a los equipos que serán adquiridos para el funcionamiento adecuado de la plataforma seccionada por niveles, lo cual consiste en la limpieza a fondo de los mismos.



También se cuenta el mantenimiento del software, que es la modificación de la plataforma digital después de la entrega, para corregir errores, mejorar el rendimiento y atributos. La fase de mantenimiento es la fase que viene después del despliegue (implementación) del software en el campo.

Primero se muestra a continuación el costo unitario de mantenimiento de un equipo (Hardware y Software)

Tabla 160 Costos unitarios de mantenimiento

Insumos para mantenimiento	Costo unitario	Rendimiento en cantidad de mantenimientos	Costo unitario de mantenimiento de equipos
<b>HARDWARE</b>			
Limpiador de contactos	\$35.00	7	\$5.00
Pasta térmica para procesadores	\$4.00	1	\$4.00
<b>SOFTWARE</b>			
Corrección de defectos	\$75.00	1	\$75.00
Mejoras de las capacidades	\$25.00	1	\$25.00
Eliminación de funciones obsoletas	\$25.00	1	\$25.00
Optimización	\$25.00	1	\$25.00
<b>costo total unitario por mantenimiento</b>			<b>\$159.00</b>

A continuación, se muestra los costos totales de mantenimiento de los equipos informáticos del MINSAL

Tabla 161 Costos por mantenimiento

Equipo	Cantidad	Mantenimientos anuales por equipo	Costo de mantenimientos	Costo anual por mantenimiento de equipos informáticos	Costo mensual
Ordenador portátil	2	2	\$159.00	\$636.00	\$53.00

#### 4. Costos por consumo de electricidad

La Implantación de la plataforma de control requiere el uso de dos nuevos ordenadores, un servidor y un proyector de los cuales se presenta a continuación el consumo eléctrico esperado.

Tabla 162 Consumo eléctrico de equipos informáticos

<b>Equipo</b>	<b>Servidor</b>	<b>Ordenador</b>	<b>Proyector</b>	<b>Totales</b>
Cantidad	1	2	1	
Potencia absorbida (kW)	0.3	0.25	0.5	1.05
Horas diarias	8	8	3	19
Consumo diario	2.4	2	1.5	5.9
Horas mensuales	160	160	36	356
Consumo unitario mensual	48	40	18	106
<b>Consumo mensual</b>	<b>48</b>	<b>80</b>	<b>18</b>	<b>146</b>
<b>Consumo anual kWh</b>	<b>576</b>	<b>960</b>	<b>216</b>	<b>1,752</b>

Tabla 163 Resumen de consumo de electricidad

<b>Consumo mensual de equipos informáticos (kWh)</b>	<b>146</b>
<b>Consumo anual de equipos informáticos (kWh)</b>	<b>1,752</b>

A continuación, se presenta el costo por consumo eléctrico de los equipos.

Tabla 164 Costos mensuales y anuales por consumo de electricidad

<b>Costos por consumo eléctrico</b>	<b>por Tipo</b>	<b>Tasa</b>	<b>Consumo mensual</b>	<b>Costo por consumo</b>
<b>Cargo de comercialización:</b>	Fijo	\$0.95	\$146.00	\$0.95
<b>Cargo por energía:</b>	Variable	\$0.13	\$146.00	\$18.98
<b>Cargo por distribución:</b>	Variable	\$0.05	\$146.00	\$7.30
<b>Costo mensual por electricidad</b>				<b>\$27.23</b>
<b>Costo anual por electricidad</b>				<b>\$326.76</b>

## 5. Costos por depreciación

A continuación, se presenta los costos por depreciación de los equipos adquiridos para el funcionamiento de la gestión empresarial en los hospitales de tercer nivel del MINSAL.

La depreciación se calculará en base a la siguiente ecuación.

$$D = \frac{C - R}{V}$$

Donde

D: Depreciación anual

C: Costo inicial

R: Valor de recuperación

V: Vida útil del bien

De manera que la depreciación para el Modelo de Gestión por Procesos del CAL será la siguiente:

Tabla 165 Costos por depreciación

<b>Equipo</b>	<b>Cntd.</b>	<b>Valor inicial</b>	<b>Vida útil</b>	<b>Valor de recuperación</b>	<b>Depreciación anual</b>	<b>Depreciación mensual</b>
<b>equipos informáticos</b>	4	\$2,680.00	5	0	\$536.00	\$44.67

De la misma manera se calcula el costo de las amortizaciones de la inversión fija intangible.

Tabla 166 Costos por amortizaciones

<b>Concepto</b>	<b>Monto inicial</b>	<b>Años</b>	<b>Amortización anual</b>	<b>Amortización mensual</b>
Diseño del modelo de gestión	\$13,000.00	5	\$2,600.00	\$216.67
Inversión en documentación	\$78.00	5	\$15.60	\$1.30
Software a la medida	\$750.00	5	\$150.00	\$12.50
Capacitaciones	\$1,800.00	5	\$360.00	\$30.00
Administración del proyecto	\$85,500.00	5	\$17,100.00	\$1,425.00
<b>Total de amortización</b>			<b>\$20,225.60</b>	<b>\$1,685.47</b>

### **Resumen de costos operativos**

A continuación, se presenta el resumen de costos operáticos anual y mensual para los primeros 5 años de funcionamiento del modelo.

#### Resumen mensual de costos

Tabla 167 Resumen mensual de costos operativos

<b>Rubro</b>	<b>Monto mensual Año 1</b>	<b>Monto mensual Año 2</b>	<b>Monto mensual Año 3</b>	<b>Monto mensual Año 4</b>	<b>Monto mensual Año 5</b>
Recurso humano	\$1,208.15	\$1,208.15	\$1,208.15	\$1,220.39	\$1,220.39
Material de oficina	\$150	\$150	\$150	\$150	\$150
Mantenimiento	\$53.00	\$53.00	\$53.00	\$53.00	\$53.00
Electricidad	\$27.23	\$27.23	\$27.23	\$27.23	\$27.23

Depreciación	\$44.67	\$44.67	\$44.67	\$44.67	\$44.67
Amortizaciones	\$1,685.47	\$1,685.47	\$1,685.47	\$1,685.47	\$1,685.47
<b>Total costo operativo mensual</b>	<b>\$3,168.52</b>	<b>\$3,168.52</b>	<b>\$3,168.52</b>	<b>\$3,180.76</b>	<b>\$3,180.76</b>

### Resumen anual de costos

Tabla 168 Resumen anual de costos operativos

Resumen anual de costos operativos	Monto anual Año 1	Monto anual Año 2	Monto anual Año 3	Monto anual Año 4	Monto anual Año 5
Recurso humano	\$14,497.75	\$14,497.75	\$14,497.75	\$14,644.73	\$14,644.73
Material de oficina	\$1,800	\$1,800	\$1,800	\$1,800	\$1,800
Mantenimiento	\$636.00	\$636.00	\$636.00	\$636.00	\$636.00
Electricidad	\$326.76	\$326.76	\$326.76	\$326.76	\$326.76
Depreciación	\$536.00	\$536.00	\$536.00	\$536.00	\$536.00
Amortizaciones	\$20,225.60	\$20,225.60	\$20,225.60	\$20,225.60	\$20,225.60
<b>Monto operativo total anual</b>	<b>\$38,022.11</b>	<b>\$38,022.11</b>	<b>\$38,022.11</b>	<b>\$38,169.09</b>	<b>\$38,169.09</b>

#### 4.1.1.3. Costo del proyecto

A continuación, se resumen los costos de inversión y los costos operativos, para conocer el Costo Total de la implementación de la plataforma

Tabla 169 Costo de la propuesta

<b>INVERSIÓN</b>	
<b>IMPREVISTOS (5%)</b>	\$6,240.35
<b>TOTAL DE INVERSIÓN</b>	<b>\$131,047.35</b>
<b>COSTOS OPERATIVOS</b>	
<b>COSTOS MENSUALES</b>	<b>\$3,168.52</b>
<b>COSTOS OPERATIVOS EN LOS 6 PRIMEROS MESES DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>\$19011.12</b>
<b>COSTO DEL PROYECTO</b>	
<b>COSTO DE LA PROPUESTA</b>	<b>\$150,058.47</b>

#### **4.1.1.4. Financiamiento del proyecto**

Los recursos monetarios para que la unidad de dirección de hospitales realice la inversión necesaria para el funcionamiento del proyecto deben de obtenerse a través de financiamientos.

Las fuentes de financiamiento pueden ser internas, que se representan por el presupuesto destinado al tercer nivel y externas; las cuales venir en forma de préstamos, donaciones, fondos reembolsables u otros.

En este apartado se explicaran dos tipos de financiamiento:

- Financiamiento Interno
- Financiamiento Externo

A continuación se profundiza en cada uno de ellos:

#### **A. Financiamiento Interno**

##### **Prioridades en la asignación de recursos por hospital**

#### **Hospital Nacional Rosales**

La asignación presupuestaria se destinará a la atención oportuna de emergencias por diferentes causas sobre todo las prioridades especializadas tanto en cirugía como en medicina, emergencias causadas por accidentes de tránsito, heridas por arma de fuego, arma blanca, enfermedades de diferente índole tales como infartos de corazón, accidentes cerebrovasculares; así como a la atención de consulta externa de diferentes especialidades tales como: cirugía cardiovascular, nefrología, hematooncología, cirugías electivas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida y otras patologías propias de nuestro perfil epidemiológico. Proporcionar además cobertura financiera para disponer del recurso humano necesario que permita brindar oportunamente los servicios de salud, a la dotación y mantenimiento de equipo en buenas condiciones, así como a la adquisición de medicamentos, reactivos de laboratorio y otros insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la Institución.

#### **Hospital Nacional de La Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"**

Los recursos serán orientados principalmente a proporcionar una atención integral a la paciente y al recién nacido, así como el fortalecimiento y desarrollo en el área médica, paramédica y administrativa.

#### **Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom"**

Atender de manera oportuna la demanda de atención especializada en servicios médico-hospitalarios de la población infantil salvadoreña.

Utilización eficiente y oportuna de los recursos asignados que permitan cumplir con los objetivos institucionales para brindar una atención de calidez y calidad al paciente ingresado y usuarios de los servicios médico-hospitalarios.

Para poder apreciar todos los ingresos por hospital y asignación de recursos ir a anexo 7.

**Presupuestos votados, modificaciones, modificado y el devengado periodos 2017-2018 y 2019, TERCER NIVEL DE ATENCION- SEGÚN LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

## TODAS LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tabla 170 Fuentes de financiamiento del tercer nivel

Tercer nivel de atención	2017				2018				2019
	Presupuesto votado	Modificaciones al presupuesto	Presupuesto o modificado	Ejecución	Presupuesto o votado	Modificaciones al presupuesto	Presupuesto o modificado	Ejecución	Presupuestado Votado
Hospital Nacional Rosales	43791,19 1.00	- 1883,591.0 0	41907,600. 00	41280,005. 51	45394,725. 00	-5,266.00	45389,459. 00	44591,388. 96	49594,440.00
Hospital Nacional " Benjamín Bloom"	29980,92 8.00	789,774.43	30770,702. 43	30599,669. 00	31121,470. 00	-826,997.00	30294,473. 00	30084,807. 56	36860,275.00
Hospital Nacional de la Mujer " Doctora María Isabel Rodríguez"	16847,73 6.00	777,002.00	17624,738. 00	17605,742. 89	17513,045. 00	1221,458.0 0	18734,503. 00	18684,989. 08	19066,790.00
<b>TOTAL</b>	90619,85 5.00	-316,814.57	90303,040. 43	89485,417. 40	94029,240. 00	389,195.00	94418,435. 00	93361,185. 60	105521,505.00

## 1. FONDO GENERAL

Tabla 171 Fondo General

Tercer nivel de atención	2017				2018				2019
	Presupuesto votado	Modificaciones al presupuesto	Presupuesto modificado	Ejecución	Presupuesto votado	Modificaciones al presupuesto	Presupuesto modificado	Ejecución	Presupuesto Votado
<b>Hospital Nacional Rosales</b>	40517,711 .00	- 1900,319.22	38617,391 .78	38509,439 .15	42121,245 .00	- 1996,262.82	40124,982 .18	39851,971 .52	46303,140.0 0
<b>Hospital Nacional " Benjamín Bloom"</b>	28480,928 .00	106,176.00	28587,104 .00	28573,951 .70	29621,470 .00	-826,997.00	28794,473 .00	28720,715 .39	35360,275.0 0
<b>Hospital Nacional de la Mujer " Doctora María Isabel Rodríguez"</b>	16817,736 .00	777,002.00	17594,738 .00	17584,586 .90	17483,045 .00	1221,458.00	18704,503 .00	18662,020 .89	19036,790.0 0
<b>TOTAL</b>	85816,375 .00	- 1017,141.22	84799,233 .78	84667,977 .75	89225,760 .00	- 1601,801.82	87623,958 .18	87234,707 .80	100700,205. 00

## 2. RECURSOS PROPIOS

Tabla 172 Recursos Propios

Tercer nivel de atención	2017				2018				2019
	Presupuesto votado	Modificaciones al presupuesto	Presupuesto modificado	Ejecución	Presupuesto votado	Modificaciones al presupuesto	Presupuesto modificado	Ejecución	Presupuesto Votado
Hospital Nacional Rosales	3273,480.00	16,728.22	3290,208.22	2770,566.36	3273,480.00	386,112.17	3659,592.17	3419,598.32	3291,300.00
Hospital Nacional " Benjamín Bloom "	1500,000.00	683,598.43	2183,598.43	2025,717.30	1500,000.00	0.00	1500,000.00	1364,092.17	1500,000.00
Hospital Nacional de la Mujer " Doctora María Isabel Rodríguez "	30,000.00	0.00	30,000.00	21,155.99	30,000.00	0.00	30,000.00	22,968.19	30,000.00
<b>TOTAL</b>	<b>4803,480.00</b>	<b>700,326.65</b>	<b>5503,806.65</b>	<b>4817,439.65</b>	<b>4803,480.00</b>	<b>386,112.17</b>	<b>5189,592.17</b>	<b>4806,658.68</b>	<b>4821,300.00</b>



### 3. PRESTAMOS EXTERNOS

Tabla 173 Préstamos Externos

Tercer nivel de atención	2017				2018				2019
	Presupuesto votado	Modificaciones al presupuesto	Presupuesto modificado	Devengado	Presupuesto votado	Modificaciones al presupuesto	Presupuesto modificado	Devengado	Presupuesto Votado
Hospital Nacional Rosales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1604,884.65	1604,884.65	1319,819.12	0.00
Hospital Nacional " Benjamín Bloom"	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Hospital Nacional de la Mujer " Doctora María Isabel Rodríguez"	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>TOTAL</b>	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1604,884.65	1604,884.65	1319,819.12	0.00

Los hospitales de tercer nivel al ser entidades dependientes del Ministerio de Salud, podrán a través de la Unidad de Dirección, gestionar el financiamiento de la inversión del proyecto a través de los Fondos propios con los que cuentan los hospitales de tercer nivel del MINSAL, para que el proyecto se ingrese y se agregue al presupuesto destinado para la dirección de los hospitales.

Otra opción, en el caso que el presupuesto destinado para el tercer nivel del MINSAL no soporte un aumento, esto por falta de capital, política de austeridad, etc., se deberá hacer lo siguiente:

1. La dirección de hospitales deberá presentar el proyecto de mejora e inversión ante la Presidencia del Ministerio de Salud (MINSAL).
2. Una vez autorizado el proyecto por presidencia, se deberá coordinar con la Dirección de Planificación, la cual deberá justificar la viabilidad técnica y económica del proyecto.
3. Aprobado el proyecto por la Dirección de planificación, esta deberá ingresar al proyecto en busca de financiamiento al Ministerio de Hacienda, por medio de la Dirección General de Inversión y Crédito Público.
4. Si el crédito o presupuesto de inversión es aprobado, los fondos serán asignados al Fondo General del Ministerio de Salud.
5. El MINSAL, junto con la Dirección de planificación y la Unidad coordinadora de proyectos se gestionara y velara por la ejecución del proyecto. Dejando la dirección de esta inversión a la Unidad de dirección de hospitales.

Este tipo de financiamiento se deberá ingresar al menos con un año de anticipación, y someterse a concurso entre los diferentes requerimientos de otras instituciones o carteras de Estado.

## **B. Financiamiento Externo**

### **Donaciones**

En caso de que el MINSAL no pueda financiarse de manera propia ya sea con recursos propios o proporcionados por el Estado, se podría buscar financiamiento por entidades de cooperación internacional.

Para esto la unidad de dirección de hospitales, deberá realizar lo siguiente:

1. La Unidad de Dirección deberá presentar ante la Presidencia del MINSAL el proyecto de inversión y mejora.
2. Se deberá coordinar con Dirección de Planificación y la Unidad Coordinadora de Proyectos para que esta verifique la viabilidad del proyecto y establezca la factibilidad técnica y económica.

3. Una vez que la Dirección de Planificación y la Unidad Coordinadora de Proyectos dé el visto bueno, se deberá coordinar con la Oficina de Relaciones internacionales y Coordinación de salud junto con la Unidad de Comunicación, se buscara agencias u organismos de cooperación que estén interesados en ejecutar el financiamiento del proyecto.

4. La Dirección de Planificación coordinara con la Unidad de dirección de hospitales el desembolso y el monitoreo del proyecto. Para este tipo de apoyo se tienen antecedentes de cooperación de entidades y/u organismos que han prestado o servido como entes financiadores para proyectos del MINSAL y el tercer nivel de atención, entre ellos tenemos:

Tabla 174 Fuentes de financiamiento externo

<b>ENTIDAD</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>DONACIÓN CHINA TAIWÁN</b>	China Taiwán ha sido un aliado en el sector salud y un fuerte aliado hasta 2018, donde aportaba al presupuesto del MINSAL, uno de los proyectos fue contribuir a asegurar el acceso y cobertura universal a los servicios de salud, apoyando el énfasis del Gobierno Central de El Salvador. Entregando un donativo al MINSAL para fortalecer suministro de medicamentos.
<b>GOBIERNO DE JAPÓN</b>	El Ministerio de Relaciones Exteriores y el Embajador de Japón en El Salvador, Yasuo Minemura, firma e implementa un acuerdo que permitirá la cooperación financiera no reembolsable de equipo médico y tecnológico. Este es uno de muchas otras colaboraciones en el sector salud que esta nación ha brindado al país.
<b>FONDOS MESOAMERICANO DE SALUD - BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)</b>	El Fondo mesoamericano de Salud posee Convenio individual de financiamiento no Reembolsable de inversión con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para financiar y apoyar programas y proyectos del sector salud.  El Banco Interamericano de Desarrollo en sus iniciales BID es una organización financiera internacional con sede en la ciudad de Washington D.C.
<b>COMITÉ FRANCO-SALVADOREÑO</b>	Posee diversos proyectos que apoyan al MINSAL, como es el mejoramiento de la UCSF-B de Jocoatique-Morazán, para beneficiar a 27,781 habitantes; compra de dispositivos electrónicos; y consultoría para el desarrollo de expedientes clínicos electrónicos para dispositivos móviles; y la construcción de la UCSFI de Cojutepeque, para beneficiar a 57,500 habitantes ampliando la oferta de servicios y la calidad de atención.
<b>TABERNÁCULO BÍBLICO BAUTISTA AMIGOS DE ISRAEL CENTRAL UNICEF</b>	Esta institución religiosa ha apoyado al sistema de salud de tercer nivel, como por ejemplo en Remodelación del Albergue para Padres en el HNNBB.  El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o Unicef es una agencia de la Organización de las Naciones Unidas con base en Nueva York y que provee ayuda humanitaria y de desarrollo a niños y madres en países en desarrollo
<b>FOCAP</b>	El Fondo Común de Apoyo Programático al Programa Comunidades Solidarias se establece con el objetivo de apoyar la Estrategia Nacional

<b>MEDICUS MUNDI</b>	<p>de lucha contra la pobreza y exclusión social del Gobierno, a través de la implementación del Programa Comunidades Solidarias, destinado a mejorar las oportunidades y condiciones de vida de familias y personas en situación de extrema pobreza en áreas urbanas y rurales de El Salvador, identificadas en los mapas nacionales de pobreza rural y urbana.</p> <p>Son una asociación de personas que creen que la salud es un derecho universal y trabajan cada día para hacerlo posible.</p> <p>Tienen por objetivo: erradicar la pobreza de forma que cualquier persona pueda vivir dignamente y disfrutar del derecho a la salud.</p> <p>Para ello acompañan a las comunidades, poniendo en marcha proyectos que sirvan para mejorar su salud, y contribuimos con trabajo a la construcción de una ciudadanía global comprometida con el cambio social.</p>
<b>DUCADO LUXEMBURGO</b>	<p><b>DE</b> El consulado de Luxemburgo en San Salvador es la única representación de Luxemburgo en El Salvador.</p> <p>Este relación exterior ha venido evolucionado hasta llegar a una verdadera asociación con el país, basada en el diálogo franco, confianza y respeto mutuo, contribuyendo a la atención de las poblaciones más necesitadas, así como al fortalecimiento de las capacidades de diversas instituciones.</p>
<b>ORDEN DE MALTA EL SALVADOR</b>	<p>Es una asociación privada sin fines de lucro, dedicada a desarrollar programas de ayuda humanitaria y principalmente brindando atención primaria en salud a salvadoreños de escasos recursos económicos.</p>

Es un listado corto de las entidades con historial de ayuda hacia el sector de tercer nivel.

A continuación, se detalla algunas de diferentes instituciones internacionales que han realizado donaciones en El Salvador en áreas relacionadas al sector salud, y las cuales se debe considerar como posible fuente de financiamiento para la implementación de la Plataforma seccionada por niveles en los hospitales de tercer nivel en el MINSAL.

Solo se presenta las organizaciones que se considera las mejores opciones para buscar financiamiento.

Las instituciones que se consideran mejores opciones para financiamiento por los montos y los sectores (sector salud) a los que planean donar son las siguientes, junto a los proyectos y montos planeados para 2018 en El Salvador:

1. Banco Interamericano de Desarrollo
2. Ducado de Luxemburgo
3. Fondo de Conversión de Deuda FrancoSalvadoreño
4. Gobierno de Japón
5. Fondo Común de Apoyo Programático

Tabla 175 Posibles fuentes de financiamiento  
**BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO:**

Institución receptora	Proyecto	Monto programado de donación
RAMO DE SALUD	PROGRAMA SALUD MESOAMÉRICA 2015 - EL SALVADOR	\$ 10,310.00

**DUCADO DE LUXEMBURGO:**

Institución receptora	Proyecto	Monto programado de donación
RAMO DE SALUD	LA CONSTRUCCIÓN DEL INMUEBLE SE ENMARCA DENTRO DEL PROGRAMA DE APOYO A COMUNIDADES SOLIDARIAS RURALES (PACSR)	\$800,000.00
RAMO DE SALUD	AMPLIACIÓN, REMODELACIÓN Y EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BÁSICA UCSF-B EL MOZOTE, MEANGUERA, MORAZÁN	\$36,844.45
RAMO DE SALUD	REMODELACIÓN Y EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BÁSICA BOQUÍN, POLORÓS, LA UNIÓN	\$245,583.32
RAMO DE SALUD	LEVANTAMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE FICHAS FAMILIARES PARA LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR EN 125 COMUNIDADES SOLIDARIAS	\$112.00

**FONDO DE CONVERSION DE DEUDA FRANCO-SALVADOREÑO**

Institución receptora	Proyecto	Monto programado de donación
RAMO DE SALUD	CONSTRUCCIÓN DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE COJUTEPEQUE, DEPARTAMENTO DE CUSCATLÁN	\$176,000.00
RAMO DE SALUD	PROYECTO AGUA	\$2,459,079.72
RAMO DE SALUD	MEJORAS EN LA UCSF-B DE JOCOAITIQUE, MORAZAN.	\$138,670.01

**GOBIERNO DE JAPON:**

Institución receptora	Proyecto	Monto programado de donación
RAMO DE SALUD	PROGRAMA PARA FINANCIAMIENTO DE EQUIPO MÉDICO Y TECNOLÓGICO	\$ 7,000,000.00
RAMO DE SALUD	RENOVACIÓN Y ADQUISICIÓN DE EQUIPO NUEVO DE RESONANCIA MAGNÉTICA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPO MÉDICO, SISTEMA ELÉCTRICO, COSTO DE SEGUIMIENTO TÉCNICO Y RED DE GASES.	\$4,100,000.00

**FONDO COMÚN DE APOYO PROGRAMÁTICO:**

Institución receptora	Proyecto	Monto programado de donación
-----------------------	----------	------------------------------

		<b>donación</b>
<b>RAMO DE SALUD</b>	REMODELACION Y EQUIPAMIENTO DE LA UCSF-B BOQUIN, POLOROS, DEPTO. LA UNION. (FASE CONSTRUCCION).	\$306,825.00
<b>RAMO DE SALUD</b>	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DE LA U.C.S.F BASICA, CANTON SAN JULIAN, MUNICIPIO DE SAN JORGE, DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL, (FASE CONSTRUCCION)	\$174,993.70
<b>RAMO DE SALUD</b>	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR, CACERIO LA PIRRAYA, ISLA SAN SEBASTIAN, USULUTAN.	\$133,034.73

Las instituciones y naciones que se muestran en esta lista han trabajado por años con el Gobierno de El Salvador, por lo que son de mucha importancia y deben ser tomadas en cuenta para el financiamiento de proyectos de índole social en el país, aun si estas no pueden financiar el total del proyecto.

#### **4.1.1.4. Diagnóstico de Eficiencias**

La eficiencia actual es el reflejo de que los recursos necesitan un mayor orden para lograr aumentar el control que tanto necesitan estas instituciones, la eficiencia actual es el reflejo de que los recursos son utilizados por el pueblo salvadoreño, sin embargo su consumo es sin conciencia por parte de la parte de la población, en la mayoría de casos se encuentran en la misma fila pacientes que necesitan una especialidad y adelante el paciente que tiene un simple dolor estomacal, citamos un simple ejemplo para poner a la luz la poca conciencia por parte de la población que asiste con pequeñas emergencias que pueden ser curadas en los primeros dos niveles de salud, a lugares destinados a personas que están tratando de salvar su vida mejorando su salud.

#### **Eficiencia actual**

La eficiencia actual es el reflejo de uno de los mayores retos que tiene el país en materia de salud, es importante destacar que en términos generales que los hospitales atienden a la población salvadoreña sin importar que situación desarrolle, ocupando el espacio que los hospitales de tercer nivel destinan para una persona que está luchando entre la vida y la muerte, entre otras situaciones críticas, esta herramienta busca aumentar el flujo de pacientes que no pertenecen al sistema de tercer nivel a hospitales del respectivo nivel, no podemos negarle la atención al pueblo salvadoreño pero es importante establecer esos puntos de control en los procesos de atención, con la ayuda de la herramienta lograremos poco a poco redirigir a esa población con el propósito de aumentar el servicio en el futuro para la población que pertenece a los hospitales de tercer nivel.

A continuación, se presenta los servicios de los tres hospitales de tercer nivel tomando en cuenta la eficiencia actual de los mismos (tomada del estudio con la dirección de tercer nivel).

#### **Consideraciones en la demanda**

El primer factor a considerar en la Eficacia actual es la demanda que reciben estas instituciones de salud, se presenta la demanda de atención del hospital asistida en el de 2018, las especulaciones son que en el presente año esa población aumento un 5% hasta el momento, se considerara un aumento del 5% cada año, aunque en la realidad seguramente ese número sería mayor, se presenta el escenario que ese porcentaje sea el mismo anualmente.

Tabla 176 Demanda estimada del servicio de tercer nivel sin implementar la herramienta

HOSPITAL	DEMANDA 2019	DEMANDA 2020	DEMANDA 2021	DEMANDA 2022	DEMANDA 2023	DEMANDA 2024
<b>BENJAMÍN BLOOM</b>	926,223	972,534	1021,161	1072,219	1125,830	1182,121
<b>DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ</b>	6975,527	7324,303	7690,518	8075,044	8478,797	8902,736
<b>NACIONAL ROSALES</b>	71,438	75,010	78,760	82,698	86,833	91,175
<b>TOTAL</b>	<b>7973,188</b>	<b>8371,847</b>	<b>8790,439</b>	<b>9229,961</b>	<b>9691,459</b>	<b>10176,032</b>

### **Eficiencia del sistema**

La eficiencia del sistema en el año del 2018 está atada a variables que ya son fijas como la demanda que se cuantifico en 2018 con la capacidad que para ese entonces era de un 10% de la población del país en ese momento.

Tabla 177 Servicios de los hospitales con eficiencia actual

HOSPITAL	EFICIENCIA	CAPACIDAD INSTALADA 2018	DEMANDA 2018
<b>BENJAMÍN BLOOM</b>	0.80	703174.00	882,117
<b>DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ</b>	0.11	703174.00	6643,359
<b>NACIONAL ROSALES</b>	10.34	703174.00	68,036
<b>TOTAL</b>	<b>2.77</b>	<b>2109522.00</b>	<b>7593,512</b>

La eficiencia nos presenta 4 datos significativos:

- El hospital benjamín Bloom está trabajando al 80%, las diferentes situaciones que no pertenecen a esa área genera estancamientos en los procesos de salud para que no se desarrollen labores a una mejor capacidad, tomando en cuenta que ese porcentaje está siendo utilizado por personas que salen de los lineamientos del hospital.
- El hospital de la mujer está trabajando al 11% la eficiencia en los recursos se plantea a un bajo nivel por los distintos casos que no pertenecen a ese nivel, no se puede

lograr el objetivo principal del hospital que es dar los recursos a los lineamientos establecidos, y su consumo inadecuado genera una eficiencia baja.

- El hospital Nacional Rosales atraviesa una etapa caótica y colapsada se encuentra sobre trabajando, se encuentra todo tipo de persona con una dolencia, enfermedad y especialidad todos ubicados en los mismos programas de espera, la situación desde la perspectiva humana es muy buena ya que se le atiende al paciente que llegue pero el costo del paciente por el uso de recursos, la espera de los pacientes que si necesitan el servicio, genera que el hospital tenga un rendimiento elevado pero sin resultados tan significativos como se esperaría su eficiencia es del 1,034 porcentualmente, trabajando diez veces más de lo que su capacidad para pacientes de tercer nivel demanda.

Se proyectara la eficiencia sin cambios en el sistema con la consideración que la demanda de pacientes en cada hospital crezca al menos un 5% por año.

Tabla 178 Eficiencia sin cambios en el sistema

SERVICIO	EFICIENCIA SIN CAMBIOS Y CRECIMIENTO POBLACIONAL									
	eficiencia 2019	2019	eficiencia 2020	2020	eficiencia 2021	2021	eficiencia 2022	2022	eficiencia 2023	2023
BENJAMÍN BLOOM	0.76	926222.85	0.72	972533.99	0.69	1021160.69	0.66	1072218.73	0.62	1125829.66
DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ	0.10	6975526.95	0.10	7324303.30	0.09	7690518.46	0.09	8075044.39	0.08	8478796.60
NACIONAL ROSALES	9.84	71437.80	9.37	75009.69	8.93	78760.17	8.50	82698.18	8.10	86833.09

Lo eficiencia de las tres instituciones va en decadencia, son muchos los factores que afectan estos resultados pero el comenzó de la solución está en atacar los pequeños problemas, los recursos actualmente están en capacidad de sustentar a un porcentaje determinado de la población que cumple para el uso de todos los beneficios que dan estas tres instituciones el rendimiento estaría en lo ideal, pero los efectos de todos problemas se denotan en la caída de la eficiencia que podría suceder a través del tiempo.

### Servicios prestados con las mejoras

A continuación, se presentaran los posibles comportamientos que podría tener la eficiencia de las instituciones al impulsar ese cambio que se busca con la plataforma normativa integrada:

Consideraciones



- Se proyecta que la demanda de pacientes que corresponden al tercer nivel aumente un 10%.
- Se considera que la demanda total de pacientes debe disminuir un 5%.

### **Demanda proyectada de tercer nivel**

Las condiciones por las que atraviesa el país generan el escenario que la población de especialidades y procesos médicos de alta calificación seguramente crezca, en este caso nos ubicaremos en el escenario que esa población aumente un 10%.

A continuación, se presenta la demanda proyectada de los servicios de Tercer nivel para los primeros 5 años de operación del proyecto.

Tabla 179 Demanda proyectada de servicios de atención en tercer nivel para 2019 a 2023

HOSPITAL	DEMANDA 2018	DEMANDA 2019	DEMANDA 2020	DEMANDA 2021	DEMANDA 2022	DEMANDA 2023
<b>BENJAMÍN BLOOM</b>	220,529	242,582	266,840	293,524	322,877	355,165
<b>DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ</b>	1660,840	1826,924	2009,616	2210,578	2431,635	2674,799
<b>NACIONAL ROSALES</b>	17,009	18,710	20,581	22,639	24,903	27,393
<b>TOTAL</b>	<b>1898,378</b>	<b>2088,216</b>	<b>2297,037</b>	<b>2526,741</b>	<b>2779,415</b>	<b>3057,357</b>

Para tener una proyección de la demanda global de personas atendidas por los hospitales de tercer nivel, ya sea un paciente clasificado para una atención de primer, segundo o tercero, se estima tener un decrecimiento del 5% de pacientes que no pertenecen al tercer nivel, esto gracias a los efectos de la plataforma en la correcta ubicación de pacientes que no pertenecen al sistema de pacientes de tercer nivel.

Población global atendida por los hospitales en estudio se muestran a continuación:

Tabla 180 Servicios prestados con la mejora en las eficiencias de los servicios

HOSPITAL	DEMANDA 2018	DEMANDA 2019	DEMANDA 2020	DEMANDA 2021	DEMANDA 2022	DEMANDA 2023
<b>BENJAMÍN BLOOM</b>	882,117	838,011	796,111	756,305	718,490	682,565
<b>DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ</b>	6643,359	6311,191	5995,631	5695,850	5411,057	5140,505

<b>NACIONAL ROSALES</b>	68,036	64,634	61,402	58,332	55,416	52,645
TOTAL	<b>7593,512</b>	<b>7213,836</b>	<b>6853,145</b>	<b>6510,487</b>	<b>6184,963</b>	<b>5875,715</b>

### Eficiencia paciente de tercer nivel

El favorecimiento de variables es el causante de que la eficiencia de los hospitales de tercer nivel tenga cambios favorables, el índice de eficacia objetiva es decir incremento de personas que pertenecen al sistema sean atendidas con respecto al decrecimiento de la población de hospitales de tercer nivel tendría el siguiente comportamiento.

En base a las mejoras propuestas en diseño se establece la siguiente meta de mejora en las eficiencias:

Eficiencia mejorada se calcula con la demanda global de los hospitales entre la demanda de población clasificada para tercer nivel

Eficiencia: Demanda proyectada de servicios de atención/ demanda decreciente de tercer nivel del año.

Tabla 181 Comportamiento de eficiencias durante los primeros 5 años

HOSPITAL	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>BENJAMÍN BLOOM</b>	0.25	0.29	0.34	0.39	0.45	0.52
<b>DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ</b>	0.25	0.29	0.34	0.39	0.45	0.52
<b>NACIONAL ROSALES</b>	0.25	0.29	0.34	0.39	0.45	0.52
TOTAL	0.25	0.29	0.34	0.39	0.45	0.52

Este comportamiento es solamente si el impacto es de la misma magnitud en los tres hospitales, los factores que darán lugar a este escenario son muchos pero se estima que el desempeño humano será de gran nivel y lograremos elevar el porcentaje de eficacia con respecto a la población que pertenece al sistema, esta eficacia es el resultado de como compite los pacientes de tercer nivel contra los pacientes de primero y segundo nivel, se tiene como referencia que en el 2018 solo se logró atender al 25% de la población que pertenecía al tercer nivel, el incremento no es una constante que se mantendrá a través del tiempo, varía con la disminución de pacientes de los tres niveles y el aumento de los pacientes de tercer nivel.

### Eficiencia del sistema

La eficiencia del sistema está atada al comportamiento de los pacientes que asistan en su totalidad a los hospitales de tercer nivel, es decir se evalúa la eficiencia con que el hospital genera soluciones a los pacientes de todos los niveles, con los beneficios del uso de la plataforma y la correcta función del recurso humano que accione en el hospital.

Eficiencia del sistema= Posible expansión de atención en hospitales de tercer nivel/ demanda con servicios de mejora.

Evaluaremos lo útil contra lo teórico es decir la capacidad de los hospitales está en estos momentos a una cantidad que se espera que con el tiempo pueda crecer, que con el desarrollo podamos poseer más recursos en los hospitales, combatiendo de a poco la mala filtración de pacientes que poseen los hospitales de tercer nivel; que al menos un 5% de la población por año logre satisfacer su necesidad de salud en el nivel que deben atender su problemática de salud.

Tabla 182 posible expansión de los hospitales

<b>POSIBLE EXPANSIÓN DE ATENCIÓN EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL</b>					
<b>2018(REGISTRADO)</b>	2019	2020	2021	2022	2023
<b>703174.00</b>	738,332.7	775249.33	814,011.80	854,712.38	897,448.00

Se estima que se pueda lograr avances en el campo médico y la capacidad de los hospitales crezca con el tiempo, esta variable será lo útil y teóricamente tendríamos la demanda de la población hacia los hospitales de tercer disminuyendo (referencia a tabla de tabla Servicios prestados con la mejora en las eficiencias de los servicios)

Se expondrá el posible comportamiento de las eficiencias de los hospitales.

Tabla 183 Comportamiento de eficiencias durante los primeros 5 años

<b>HOSPITAL</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
BENJAMÍN BLOOM	0.890	0.974	1.076	1.190	1.315
DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ	0.117	0.129	0.143	0.158	0.175
NACIONAL ROSALES	11.423	12.626	13.955	15.424	17.047
<b>TOTAL</b>	12.430	13.729	15.174	16.771	18.537

La eficiencia nos presenta 4 datos significativos:

- El hospital benjamín Bloom tendrá un crecimiento de su eficiencia en los primeros 5 años de la gestión del proyecto de 42.5%, empezando el 2019 trabajando al 89% y terminado el último año trabajando al 131.5%, la situación desde la perspectiva humana es excelente ya que se le atiende al paciente que llegue con un ingreso mayor de pacientes que necesitan una atención especializada, el hospital en los primeros 5 años tendrá un rendimiento elevado con resultados significativos como se esperarían su eficiencia es al final de los 5 años trabaja a más de su 100% de capacidad para pacientes de tercer nivel demanda.

- El hospital “Doctora María Isabel Rodríguez “ tendrá un crecimiento de su eficiencia en los primeros 5 años de la gestión del proyecto de 5.8%, empezando el 2019 trabajando al 11.7% y terminado el último año trabajando al 17.5%, el hospital de la mujer mantendrá una buena eficiencia en el uso de los recursos disponibles, ya que tendrá un crecimiento por año, lo que será el efecto de la correcta filtración y la redirección de pacientes que no necesiten una atención de tercer nivel provocando un mejor desempeño en los recursos del hospital, pero aun después de los 5 años el hospital termina con una eficiencia de 17.5% una cifra muy baja para un hospital de referencia nacional, lo que provoca que no se cumpla el objetivo principal del hospital que es dar los recursos a los lineamientos establecidos.
- El hospital Nacional Rosales tendrá un crecimiento de su eficiencia en los primeros 5 años de la gestión del proyecto de 562.40%, empezando el 2019 trabajando al 1,142.3% y terminado el último año trabajando al 1,704.7%, el hospital se encuentra en una etapa de sobre trabajo desde el inicio al final del periodo que se están estudiando, se atiende al paciente que llegue con un ingreso mayor de pacientes que necesitan una atención especializada, el rendimiento del hospital se presenta elevado en el tiempo en estudio y con un crecimiento por año, como al inicio del estudio su eficiencia es mayor a 1,000 por ciento, trabajando once veces más que su capacidad para pacientes de tercer nivel demanda.

Podemos observar un cambio positivo con respecto a la eficiencia de los hospitales de tercer nivel sin cambios. Los claros crecimientos son significativos ya que crece la eficiencia de las instituciones y claro los cambios podrán ser mejores si se logra la colaboración de todos los factores que accionaran en este proyecto hacia la aspiración de una calidad de excelencia.

#### 4.1.1.5. Beneficio económico del proyecto

Este apartado tiene por objetivo identificar los beneficios asociados a la inversión del proyecto antes de su implementación y compararlo con otros modelos o normas que pueden ser aplicables para la solución de la problemática expuesta por el MINSAL en los hospitales de tercer nivel.

El beneficio que este proyecto presenta al MINSAL se puede desglosar en el ahorro y los puntos de mejora que se obtendrán al implementar la herramienta, para tener un panorama se presentan la siguiente tabla donde se comparan las diferentes herramientas al nivel de costo, tiempo, beneficios y ahorro por el uso de la herramienta.

Tabla 184 Comparación de costos de proyectos similares

Nº	Herramienta	Inversión	Tiempo	Beneficios	Ahorro comparativo
1	Plataforma seccionada por niveles	\$156,298.82	6 meses	-Agilización de procesos	\$23,701.18
				-Priorización de criterios	Comparación con opción 2
				-Metodología ágil	\$73,701.18
				-Resultado clasificado por nivel de cumplimiento	Comparación con opción 3
				- Delegación de funciones	
				-Sistema de información claro	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención adecuada a los pacientes</li> <li>-Manuales de uso</li> <li>-Indicadores centrados en las áreas generales de los hospitales de tercer nivel</li> <li>-Reorientación de recursos para el cumplimiento de objetivos del tercer nivel</li> <li>-Aumento de cobertura</li> <li>-Aumento de usuarios rehabilitados</li> <li>-Aumento en el control interno</li> <li>-Fortalecimiento administrativo</li> <li>-Una gestión eficaz y ajustada a los parámetros expuestos por el MINSAL.</li> </ul>	
<b>2</b>	Modelo español	\$180,000.00	6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Modelo de indicadores</li> <li>-enfoque integral de la calidad</li> <li>-Carácter progresivo identificando grados de avance</li> <li>-Transparente donde se publican los principales resultados</li> <li>-Manuales de estándares</li> <li>-Estándares centrados en el usuario</li> <li>-Organización de la gestión sanitaria</li> <li>-Gestión de profesionales</li> <li>-Alianzas y recursos</li> <li>-Mejora Continua</li> <li>-Gestión de resultados</li> <li>-Planificación ágil</li> </ul>	-
					\$50,000.00 Comparación con opción 3
<b>3</b>	ISO 9001	\$230,000.00	15 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Implementación y certificación de calidad</li> <li>-Estandarización de procesos</li> <li>-Demostración de calidad</li> <li>-Satisfacción de los clientes</li> <li>-Fortalecimiento de la estructura del MINSAL</li> <li>-Mejora Continua <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejoramiento de la organización interna</li> <li>- Mejor rendimiento en las actividades de atención.</li> </ul> </li> <li>-Aumento de la satisfacción del cliente <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor control de la administración de las organizaciones</li> </ul> </li> <li>-Aumento del logro de los</li> </ul>	-

En la comparación de herramientas que pueden dar solución a la problemática expuesta por el MINSAL en los hospitales de tercer nivel, se expuso en la tabla anterior tres alternativas donde se evaluó el costo de la inversión, el tiempo de implementarlo, los distintos beneficios y el ahorro que se tiene comparando a las otras alternativas.

La plataforma normativa seccionada por niveles presento el menor costo de inversión que es \$156,298.82, en comparación con las otras opciones da un ahorro del \$23,701.18 en comparación con la opción 2 y \$73,701.18 en comparación con la opción 3.

Los beneficios que brinda la plataforma reforzaran los eslabones más débiles de la cadena de servicios brindados en las áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel, porque cuenta con criterios de evaluación priorizados por el panel de expertos, gracias a esto se pudo brindar una herramienta personalizada a las necesidades expuestas por el MINSAL, brindando así una herramienta de control que será el primer paso hacia el camino de la excelencia en el servicio de salud.

Por estas ventajas que la plataforma seccionada por niveles presenta en comparación a las otras herramientas podemos decir que es factible para el MINSAL invertir recursos para la aplicación de este proyecto o plataforma seccionada por niveles.

## **4.1.2. EVALUACION SOCIAL**

El bienestar social es el objetivo más grande en la evaluación social, en su proceso de identificación, medición y valorización de los beneficios se lograra un impacto en la sociedad, este impacto específicamente tendrá un resultado global.

- ✓ Aumento de los beneficiarios

Esta evaluación es fundamental para este proyecto, puesto que el objetivo principal obedece a las necesidades de sus usuarios.

Tenemos que tener claro que las poblaciones actuales no son las que pertenecen a los hospitales de tercer nivel, la mayoría de casos pertenecen a los primero dos niveles, los usuarios de tercer nivel en su mayoría son especialidades, no situaciones comunes que podrían resolver en otro lugar de mejor jerarquía.

A continuación se presentan los usuarios actuales de los tres hospitales de tercer nivel.

### **4.1.2.1. Usuarios actuales**

La población que los hospitales de tercer nivel atienden pertenece a usuarios que conforman los tres niveles de servicio, es decir del 100% de la población que en este momento se atiende en las instalaciones del Hospital Bloom, Hospital de La mujer y el Hospital Rosales un estimado del 75% de esa población pertenece al primer y segundo nivel en salud.

Es muy difícil expresarle a toda esa gente no pertenece al sector al que pretender asistir pero cada hospital mencionado tiene funciones principales y una responsabilidad específica para la población, especificaremos las funciones y expondremos las poblaciones que en este momento es responsabilidad de las tres instituciones.

### **Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom"**

Funciones principales son 6:

<b>FUNCIONES PRINCIPALES</b>	1	Proporcionar servicios de salud a la población usuaria de servicios especiales de acuerdo a las políticas institucionales.
	2	Garantizar la atención médica a los usuarios de los programas de salud, manteniendo el manejo de protocolos establecidos en el Hospital.
	3	Establecer mecanismos efectivos de comunicación entre los diferentes servicios de apoyo hospitalario que dan atención a los usuarios del programa y cumplen con la normativa existente para la recuperación financiera de los servicios brindados.
	4	Definir una información sencilla y comprensible sobre los cambios y actualizaciones de normativas existentes en los programas de salud atendidos para facilitar la recuperación económica del servicio brindado.
	5	Mantener una coordinación eficaz en el personal del servicio con el fin de evitar errores en la documentación que se realiza para la recuperación de fondos por los servicios brindados.
	6	Lograr una recuperación económica favorable para el Hospital con el apoyo y trabajo de todo el recurso multidisciplinario contratado para la atención del programa de salud.

Estas funciones son específicas ya que no podemos abarcar todas las problemáticas del país sino podemos satisfacerlas todas, estas funciones aplican para una cierta parte de la población.

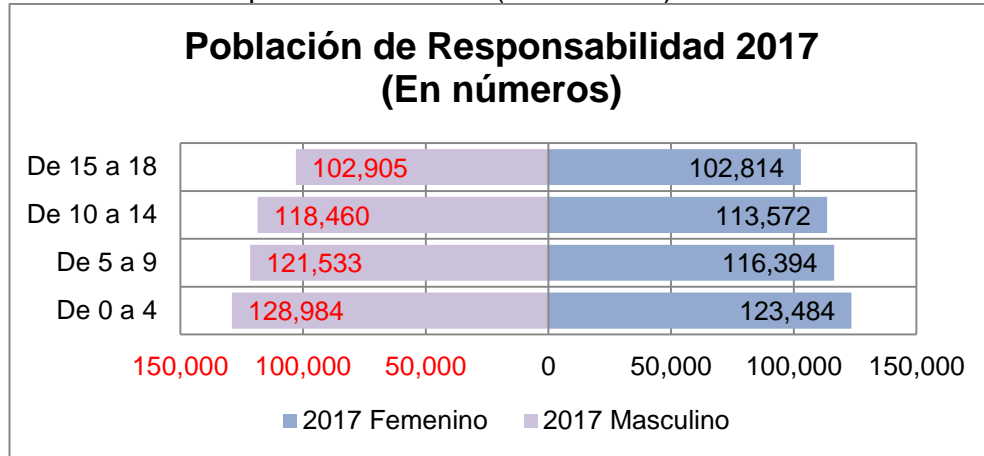
### **Población de Responsabilidad**

La población de responsabilidad del Hospital, son los niños 0 a 12 años, sin embargo según artículo 3 de la LEPINA y lineamientos de categorización de Hospitales Pg 13, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años. Cuando los pacientes adquieren una enfermedad crónica en la infancia, los programas asistenciales de algunas sub especialidades incluyen atención hasta los 18 años de edad.

La población que se estableció como población de responsabilidad del HNNBB para el año 2018 es de 882,117 de los cuales tal como se muestra la próxima tabla, el 51 % es

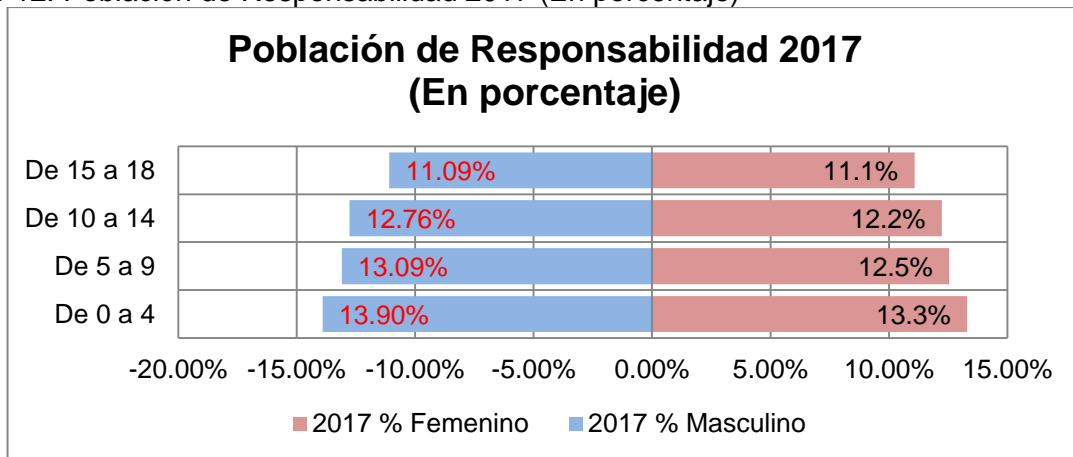
masculino y el 49 % femenino, en este punto es conveniente recordar que el HNNBB, es un Hospital de Referencia Nacional y por tal motivo se dificulta establecer la población específica. Es importante hacer notar, que dentro de la población de responsabilidad se incluyen a todos los niños hasta los 18 años; sin embargo, el Hospital, por definición atiende a pacientes hasta los 12 años, ampliando la edad de atención hasta los 18 años en patologías crónicas, conforme a la necesidad de los pacientes y los recursos del Hospital.

Grafico 11. Población de Responsabilidad 2017 (En números)



Fuente: PAOI Institucional del Hospital Nacional de "Niños Benjamín Bloom 2018

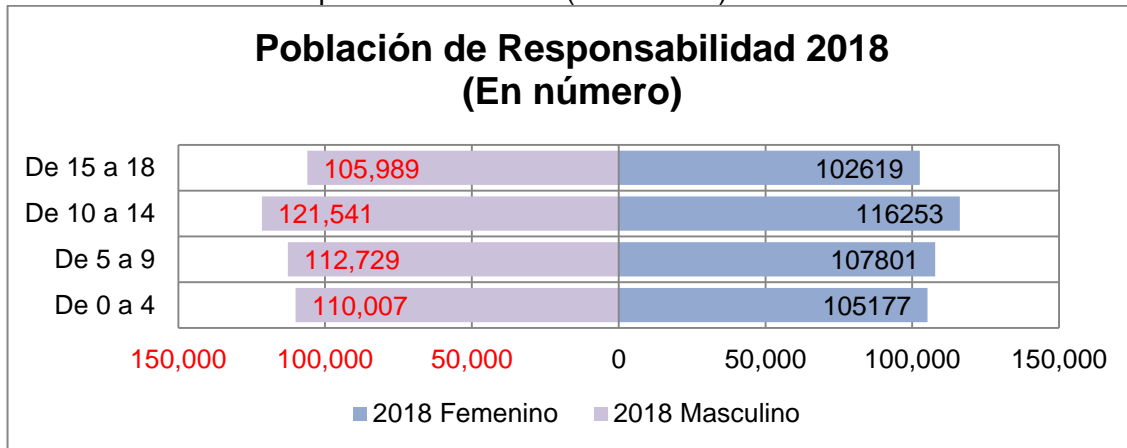
Grafico 12. Población de Responsabilidad 2017 (En porcentaje)



Fuente: PAOI Institucional del Hospital Nacional de "Niños Benjamín Bloom 2018

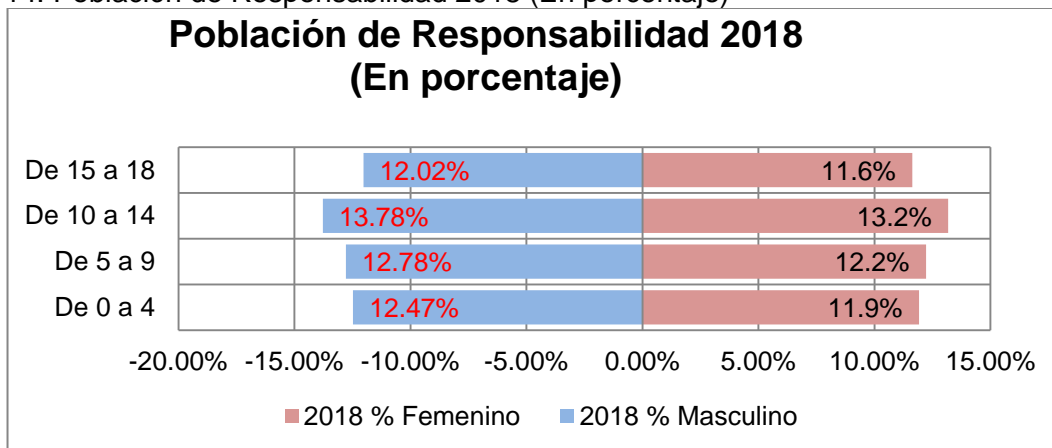


Grafico 13. Población de Responsabilidad 2018 (En número)



Fuente: PAOI Institucional del Hospital Nacional de "Niños Benjamín Bloom 2018"

Grafico 14. Población de Responsabilidad 2018 (En porcentaje)



Fuente: PAOI Institucional del Hospital Nacional de "Niños Benjamín Bloom 20"

## **ANALISIS DE FUNCIONES Y POBLACION**

El resumen de las funciones principales y la población de la cual es responsable el hospital dejan como análisis las siguientes observaciones:

- ✓ Los servicios de salud son específicamente para la población usuaria de servicios especiales.
- ✓ La población de responsabilidad del hospital son las edades entre 0 – 12 años, con excepción de algunas sub especialidades incluyen hasta los 18 años de edad.

### **Hospital Nacional de La Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"**

Funciones principales son 6:

<b>FUNCIONES PRINCIPALES</b>		
	1	Proporcionar atención médica, como centro de referencia nacional a las pacientes con patología ginecológica y obstétrica, en aquellos casos que por su complejidad

		requieran una atención especializada, cumpliendo las normas y protocolos establecidos para el manejo adecuado de los mismos.
	2	Cumplir con lo establecido en el Sistema de Referencia/ Retorno/ Interconsulta.
	3	Participar en la planificación y evaluación de manera conjunta en función de las RIIS nacional, para definir intervenciones que contribuyan a la calidad en el continuo de la atención de los pacientes en las diferentes sub especialidades
	4	Trabajar coordinadamente con el Sistema de Emergencias Médicas.
	5	Realizar actividades de promoción, educación y prevención de salud a los usuarios y personal, y aquellas que sean necesarias, en coordinación con el primer y segundo nivel de atención.
	6	Realizar actividades de docencia e investigación científica en coordinación con los centros formadores de recursos humanos en salud, y en educación en servicio intramural y con sus Ecos en función de la RIIS

Estas funciones son específicas ya que no podemos abarcar todas las problemáticas del país sino podemos satisfacerlas todas, estas funciones aplican para una cierta parte de la población.

### **Población responsabilidad**

La población que actualmente se maneja en el hospital de la mujer presenta ciertas características de genere y edades.

Tabla 185.Población Estimada 2018

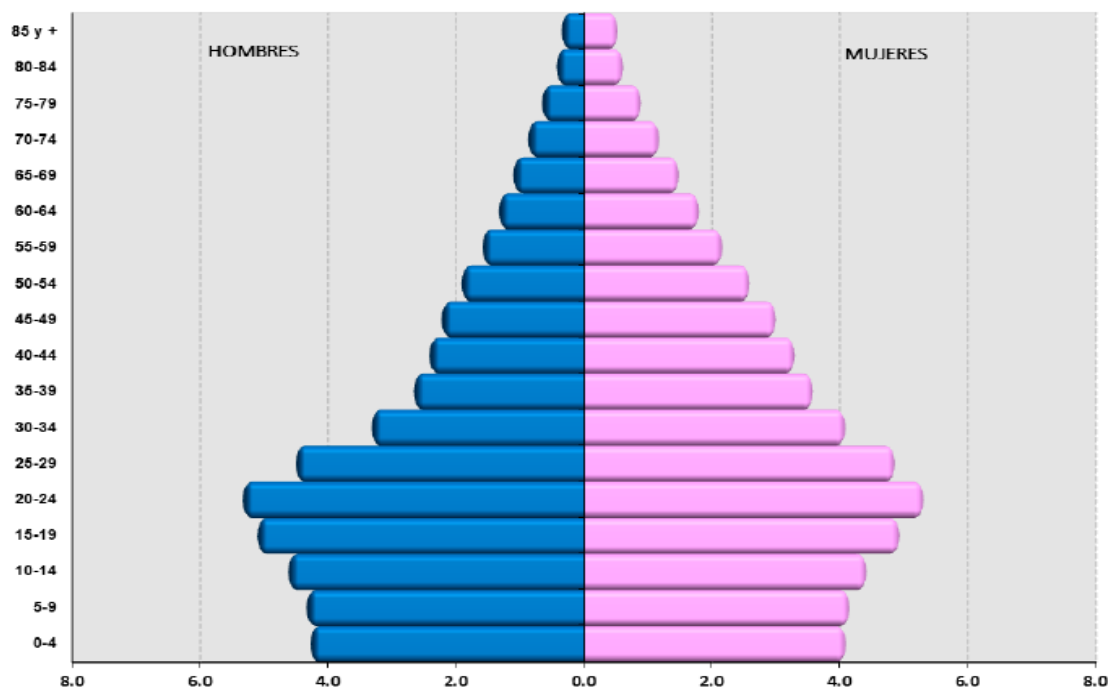
	Total	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	<b>6,643,359</b>	<b>3,127,359</b>	<b>3,516,000</b>
10-14	600,556	307,194	293,362
15-19	666,840	339,400	327,440
20-24	706,877	354,468	352,409
25-29	622,553	299,642	322,911
30-34	491,933	220,655	271,278
35-39	414,348	176,797	237,551
40-44	379,365	160,635	218,730
45-49	347,014	147,934	199,080
50-54	298,953	127,174	171,779
55-59	249,351	105,711	143,640
60-64	207,602	88,409	119,193
65-69	171,903	73,395	98,508
70-74	135,908	57,957	77,951
75-79	102,641	43,486	59,155
80-84	69,371	28,804	40,567
85 y +	58,449	23,353	35,096

Fuente: DIGESTYC (grafico 15)

El 100% de esta población está compuesta por los dos géneros en un 53% sexo femenino y el 47% masculinos.

Gráfico 15. Pirámide poblacional proyectada para el año 2018.

EL SALVADOR  
Estructura por edad y sexo de la población  
Año 2018

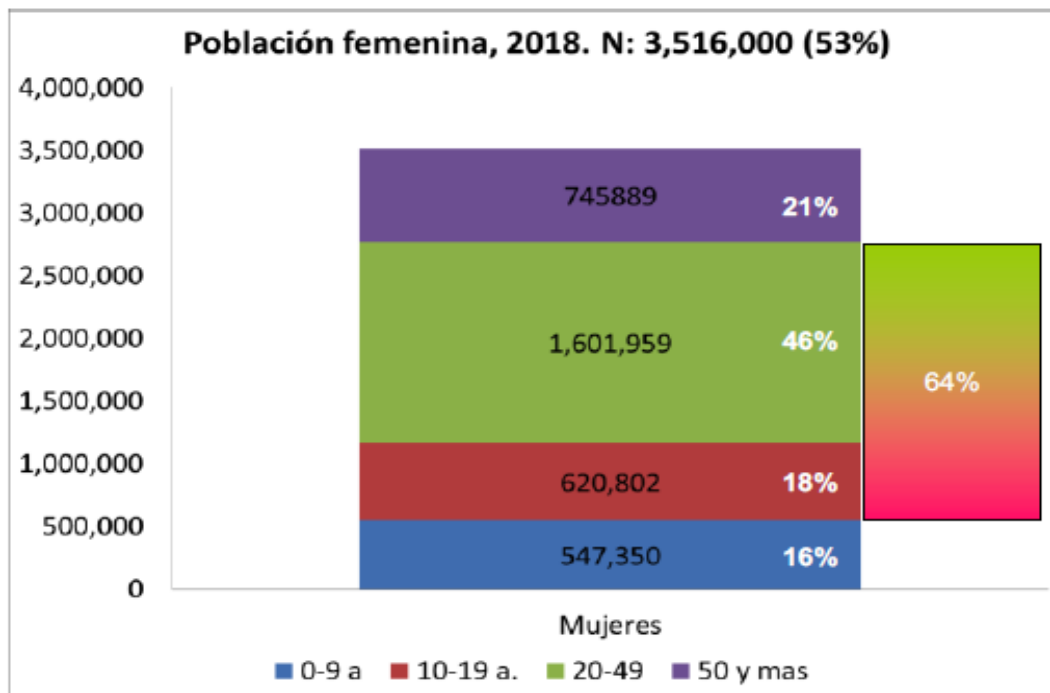


Fuente: DIGESTYC

El primer escenario a analizar corresponde a la estructura poblacional estimada para el 2018. En la tabla 173 se muestra una distribución de frecuencias de la población estimada de acuerdo al sexo y edad; entre las características más relevantes se señalan:

- En el gráfico 15 puede apreciarse que la población femenina es más numerosa y representa el 53% de la población total con dos subconjuntos de interés: a) población de mujeres en edad fértil, que representan el 64% de las cuales el 28% son adolescentes, de la población femenina las adolescentes representan el 18% y b) la población de adultas mayores de 50 años representan el 21% del total de población femenina. Por lo anterior, nuestra gestión será enfocada en la atención materna, perinatal y neonatal, incluyendo a la población de mujeres adultas con padecimientos crónicos, principalmente tumores y neoplasias.

Grafico 16. Población femenina 2018



Fuente: Hospital Nacional de la Mujer

### **ANALISIS DE FUNCIONES Y POBLACION**

Los servicios del Hospital están dirigidos a:

- ✓ La atención de la mujer y su recién nacido.
- ✓ Se incluye la población neonatal que requiere atención, principalmente a la afectada por complicaciones perinatales como la prematurez, la sepsis y la asfixia.

### **Hospital Nacional Rosales.**

Funciones principales son 10:

<b>FUNCIONES PRINCIPALES</b>	1	Planificar, organizar, ejecutar y controlar los procesos médico-quirúrgicos y administrativos que se desarrollan en el Hospital, en coordinación con la Red Nacional Integral del Sistema de Salud, en beneficio de la población mayor de doce años
	2	Participar en la elaboración de la documentación regulatoria que responda a las finalidades, políticas y estrategias del MINSAL, para brindar servicios médico-quirúrgicos de tercer nivel.
	3	Participar en la formulación y elaboración de normas, procedimientos, protocolos para la atención hospitalaria en coordinación con la Dirección de Regulación y Legislación en Salud a través de la Dirección Nacional de Hospitales
	4	Cumplir y hacer cumplir la normativa institucional y lineamientos emanados del nivel central
	5	Gestionar oportunamente los recursos necesarios para el adecuado funcionamiento del hospital.
	6	Administrar de forma oportuna los recursos asignados y disponibles para obtener de ellos la mayor utilidad.
	7	Preparar y ejecutar a nivel hospitalario planes de emergencias y desastres en

		coordinación con la Red Nacional Integral del Sistema de Salud
	8	Promover y asesorar la investigación científica a nivel hospitalario y vinculado a los servicios nacionales de salud.
	9	Ejecutar los convenios y otros mecanismos de cooperación, promovidos y suscritos por el nivel central, para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria y de la formación profesional
	10	Coordinar esfuerzos con las instituciones vinculadas a la atención que se ofrece en las RIIS

Estas funciones son específicas ya que no podemos abarcar todas las problemáticas del país sino podemos satisfacerlas todas, estas funciones aplican para una cierta parte de la población.

### **Población responsabilidad**

La población que actualmente se maneja en el Hospital Nacional Rosales presenta ciertas características de género y edades.

La población a cargo del Hospital Nacional Rosales se ha estimado con base a la información de la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía y los registros de la población que demanda servicios médicos.

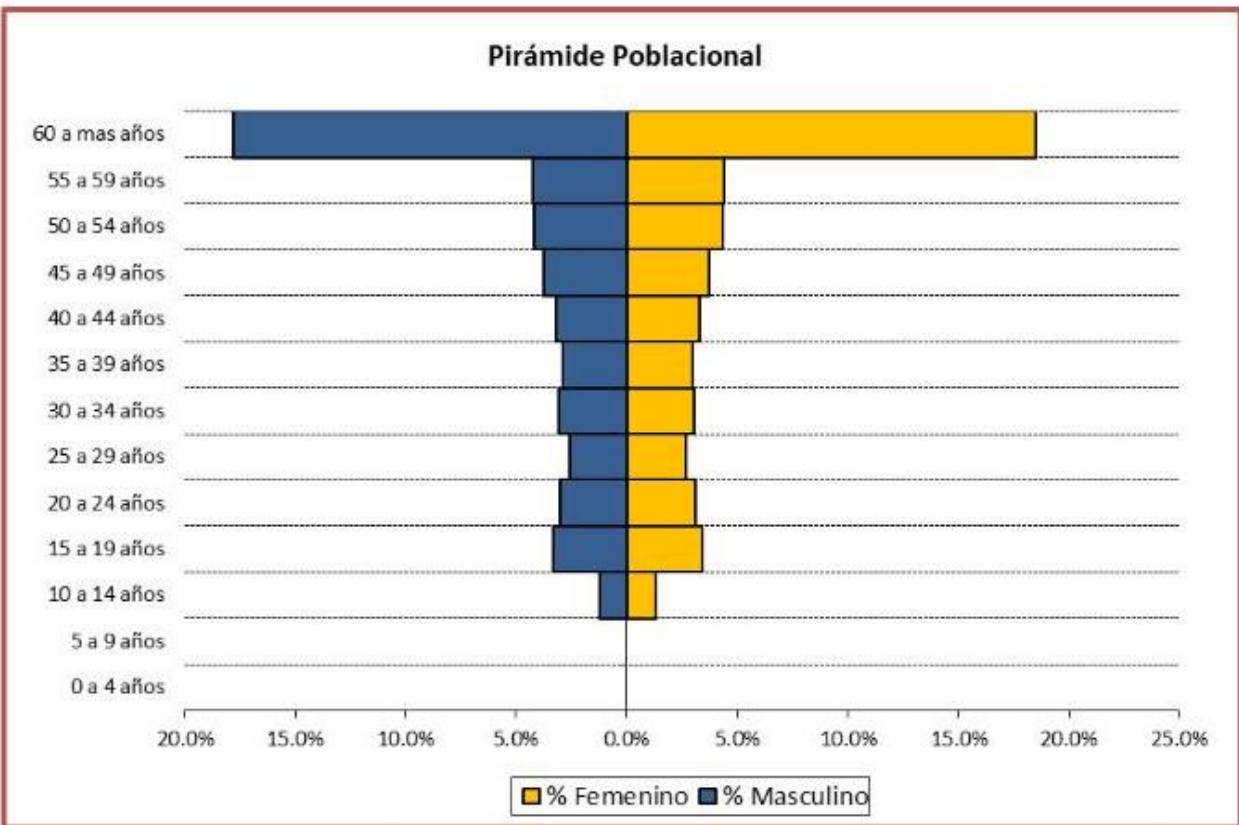
Tabla 186. Población que demanda servicios en 2018  
POBLACION QUE DEMANDA SERVICIOS EN EL HNR 2018

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
10 – 14	844	1.24%	878	1.29%	1721
15 – 19	2238	3.29%	2334	3.43%	4572
20 – 24	2041	3.00%	2123	3.12%	4164
25 – 29	1735	2.55%	1810	2.66%	3545
30 – 34	2089	3.07%	2068	3.04%	4157
35 – 39	1953	2.87%	2027	2.98%	3980
40 – 44	2164	3.18%	2252	3.31%	4416
45 – 49	2551	3.75%	2524	3.71%	5075
50 – 54	2837	4.17%	2953	4.34%	5790
55 – 59	2905	4.27%	3021	4.44%	5926
60 +	12097	17.78%	12593	18.51%	24690
	33453	49.17%	34583	50.83%	68036

FUENTE: Estimaciones con información de la DIGESTYC y registros de servicios prestados en el HNR

NOTA: Se estima que el 1% de la población total de El Salvador hace uso de los servicios médicos especializados

Gráfico 17. Pirámide poblacional de atención para el año 2018, a cargo del Hospital Nacional Rosales.



Fuente: SPME

Siendo especializado, de referencia nacional, se estima que el Hospital Nacional Rosales tiene a cargo el 1% de la población salvadoreña; dato que se aproxima a la cantidad de pacientes atendidos en un año. El detalle reporta que el 49.17% es del sexo masculino y el 50.83% del sexo femenino.

### **ANALISIS DE FUNCIONES Y POBLACION**

Los servicios de este hospital están dirigidos a:

- ✓ Proveer servicios de salud en medicina interna, cirugía y sus especialidades
- ✓ Satisfacer necesidades en salud a la población salvadoreña mayor de 12 años de edad; en emergencias como en hospitalización y consulta externa, y ser uno de los tres principales Hospital Escuela del País.

#### **4.1.2.2. Usuarios que pertenecen al sistema**

El total de usuarios que en este momento pertenecen al sistema (los tres hospitales de tercer nivel).

Tabla 187. Resultados de usuarios y costos

HOSPITAL	POBLACIÓN ACTUAL ANUAL	COSTO TOTAL	COSTO USUARIO AL AÑO
<b>BENJAMÍN BLOOM</b>	882117.00	\$30084,807.56	\$34.11
<b>DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ</b>	6643359.00	\$18684,989.08	\$2.81
<b>NACIONAL ROSALES</b>	68036.00	\$44591,388.96	\$655.41
<b>TOTAL</b>	7593512.00	\$93361,185.60	\$692.33

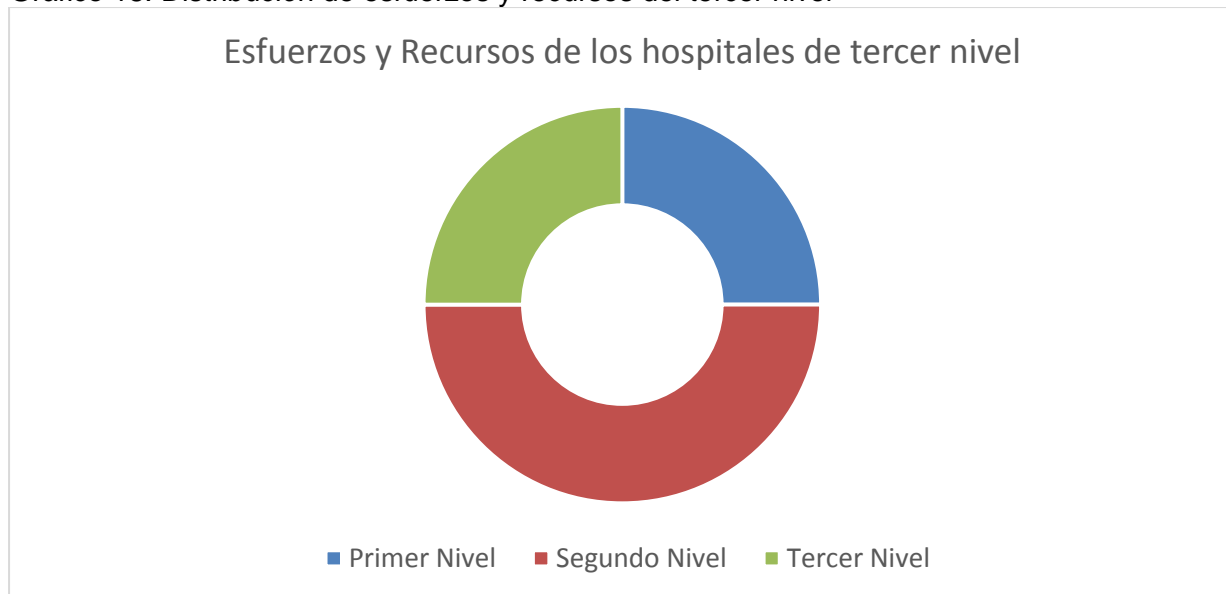
Estos costos son por cada paciente que pueda llegar a tener en el año cualquiera de los tres hospitales, la situación actual es bastante delicada ya que está establecido que el tercer nivel de los hospitales está habilitado para el 10% o 15% de la población, tomando en cuenta que la tasa de crecimiento poblacional en El Salvador es de un 0.05% anualmente, podemos establecer que la mayoría de la población capitalina y de los demás departamentos del país buscan la ayuda especializada para problemas que no pertenecen a ese nivel de salud ya que se sobrepasa por mucho la cifra para la que están diseñados estos tres hospitales, la población en la actualidad está sobre unos 7,031,745 habitantes en promedio no se tienen estudios de la población patentados por parte del gobierno hasta la fecha, en conclusión se tienen más problemas de los que los recursos actuales pueden solucionar.

#### 4.1.2.3. Impacto en la institución

El impacto en la institución estará reflejado en la mayor gestión de los recursos para la sociedad, todo lo que la institución se ahorre será para el beneficio de los usuarios.

Se conoce que en la actualidad la atención brindada a la población se reparte de la siguiente manera.

Gráfico 18. Distribución de esfuerzos y recursos del tercer nivel





Fuente: MINSAL, unidad de dirección de hospitales

Actualmente la distribución de recursos y esfuerzos que se cuenta en los hospitales de tercer nivel es de brindar el servicio de atención a diferentes casos y complejidades que se pueden organizar como:

Casos con nivel de complejidad y especialidad necesaria	Porcentaje
<b>Primer nivel</b>	25%
<b>Segundo nivel</b>	50%
<b>Tercer nivel</b>	25%

En cuanto a la mejora se tendrá después de la aplicación de la plataforma seccionada por niveles basada en los diferentes indicadores y estándares internacionales priorizados por las autoridades del MINSAL , se espera desarrollar una orientación adecuada de las actividades y servicios que brindan las áreas generales de los hospitales brindando un rol de hospital de tercer nivel, teniendo una distribución de recursos y esfuerzos efectivos en la atención de casos con nivel de complejidad y especialidad exclusivamente de tercer nivel.

Podemos concluir que la institución se vería beneficiada al lograr que los pacientes correspondientes al tercer nivel sean atendidos exclusivamente:

Tabla 188. Beneficios para los pacientes

<i>Hospital</i>	<i>Población actual anual</i>	<i>costo usuario al año</i>	<i>Población atendida que pertenece al tercer nivel (25%)</i>	<i>Costo diario/usuario</i>	<i>Beneficio Social</i>
<b>Benjamín Bloom</b>	882117.00	\$34.11	220529.25	\$136.42	\$102.32
<b>Doctora María Isabel Rodríguez</b>	6643359.00	\$2.81	1660839.75	\$11.25	\$8.44
<b>Nacional Rosales</b>	68036.00	\$655.41	17009.00	\$2,621.63	\$1,966.23
<b>Total</b>	7593512.00	\$692.33	1898378.00	2769.31	2076.98

Los ahorros son un estimado no podemos establecer que será un cambio de inmediato pero podemos comenzar el camino hacia este desarrollo, que en consecuencia el pueblo salvadoreño sería el favorecido.

#### **4.1.2.4. IMPACTO EN LA POBLACIÓN**

Los impactos de parte de la herramienta “Plataforma control seccionado por niveles”, tendrán como resultado:

- ✓ Aumento de los beneficiarios
  - Aumento de la cobertura
  - Aumento de usuarios rehabilitados
  - Agilización de procesos

#### **4.1.2.5. AUMENTO DE LOS BENEFICIARIOS**

El aumento de los beneficiarios es una de las dos variable que busca favorecer la herramienta Plataforma de control seccionado por niveles, necesitamos detectar a toda costa los usuarios que pertenecen al sistema de hospitales de tercer nivel y sobre todo darle atención a esa estratificada población ya que las instalaciones, servicios, recurso humano y productos están destinados para ellos, en este momento los usuarios actuales hacen que la capacidad instalada de los hospitales no sea la suficiente, que los recursos no sean suficientes, que el personal sea sobre cargado, etc.

Con la ayuda de esta herramienta se busca comenzar a solucionar esta problemática social, el pueblo salvadoreño que pertenezca al tercer nivel podrá aspirar a calidad en atención en salud para sus problemas, ya que actualmente los beneficiarios del sistema no son los que pertenecen al tercer nivel.

#### **4.1.2.6. Aumento de la cobertura**

Los hospitales de tercer nivel están diseñados para que la población pueda superar problemas de salud que pertenezcan a ese sector, se estima que la población que pertenece al tercer nivel es el 10% de la población un estimado de 703,174 usuarios que cumplen las características para el uso de las instalaciones los demás casos pertenecen al primer y segundo nivel.

Este 10% de la población podrá gozar de atención media adecuada para poder superar el problema de salud que presenten, logrando un promedio como este se puede aumentar la cobertura para un 20% que no pertenezcan al tercer nivel, ya que por distintas situaciones en nuestro país es difícil asistir a centros de salud de primer y segundo nivel, se podrá tomar esa parte de la población para así ayudar lo que se pueda a la población salvadoreña.

#### **4.1.2.7. Aumento de usuarios rehabilitados**

El aumento de los usuarios rehabilitados se estima que podría ser hasta un 5% de crecimiento.



Grafica 19. Crecimiento de usuarios rehabilitados

#### 4.1.2.8. AGILIZACION DE PROCESOS

La población atendida contara con un proceso rápido y eficaz, tomando en cuenta que en la actualidad uno de los mayores retos que se tienen es el tiempo de espera, como consecuencia se genera la demanda insatisfecha ya que son tiempos de espera demasiado largos.

Podríamos destacar esta variable como la primera en ser afectada por la herramienta ya que el comienzo de este gran cambio inicia en esta fase en los procesos de atención donde la herramienta será la causante de la identificación de los niveles de atención que necesitan ajustes.

## 4.2 ADMINISTRACION DEL PROYECTO

### 4.2.1. DESGLOSE ANALÍTICO

A continuación, se presentan las fases contempladas en la Administración del Proyecto que tendrá a su cargo el proyecto en la implementación de la plataforma normativa integrada.

Tabla 189 del desglose analítico

Etapa	Fase	Objetivo
<b>Planeación del proyecto</b>	Estructura de desglose de trabajo (EDT)	Determina cada uno de los entregables del proyecto
	Descripción de entregables	Especificar las funciones de cada paquete de trabajo
<b>Programación del proyecto</b>	Programación de actividades	Programar los tiempos y duración de la ejecución de cada etapa según la planificación del proyecto
	Red de trabajo	Determinar duración, holguras y rutas críticas del proyecto en su implementación
<b>Organización del proyecto</b>	Estructura orgánica del proyecto	Determinar el organigrama, funciones y responsables de la organización del proyecto
	Matriz tarea-responsabilidad	Determinar el nivel de responsabilidad de cada uno de los participantes según el organigrama organizacional.

### 4.2.2. PLANIFICACION DE LA EJECUCION

#### Estructura de desglose de trabajo (EDT)

La EDT es una descomposición jerárquica, orientada al entregable, del trabajo que será ejecutado por el equipo del proyecto, para lograr los objetivos del proyecto y crear los productos entregables requeridos. La EDT subdivide el trabajo en partes más pequeñas.

La estructura EDT es la siguiente:

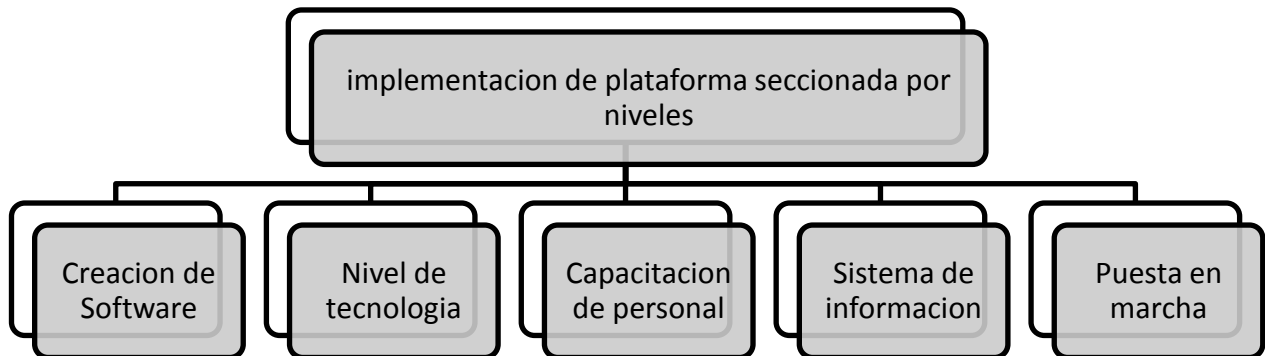


Imagen 39 Estructura Desglosada del Trabajo

#### 4.2.2.1. PLAN DE IMPLEMENTACION

##### Descripción de entregables y paquetes de trabajo

A continuación, se presenta la descripción de los cinco entregables que conforman el proyecto:

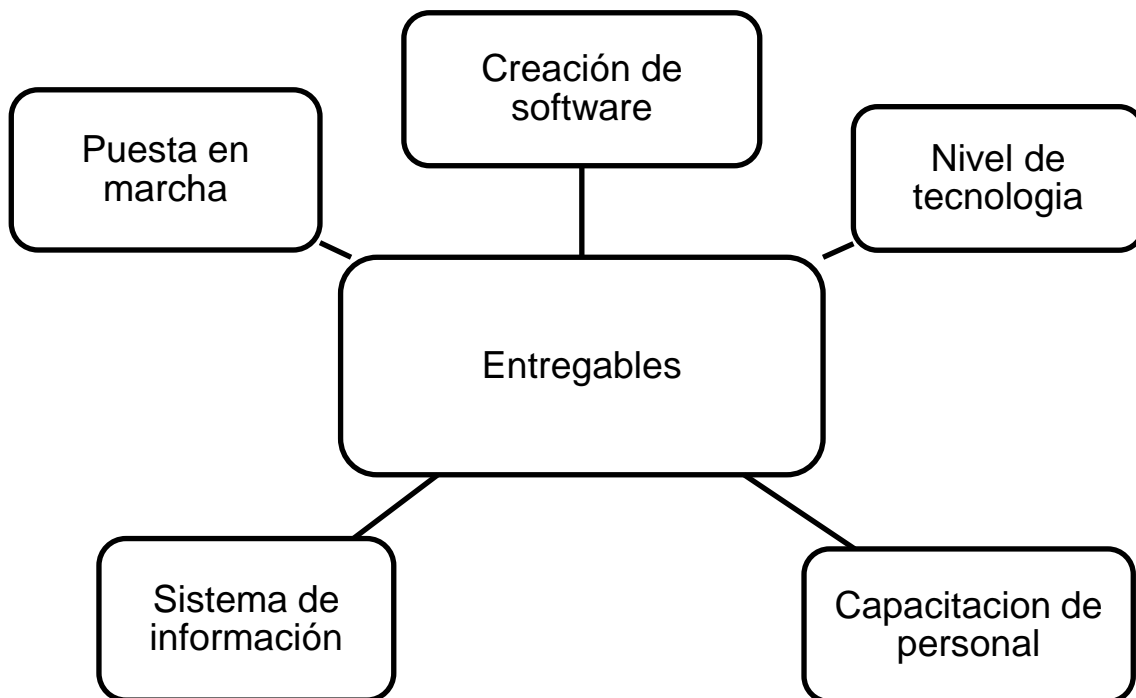


Ilustración 126 Entregables que conforman el proyecto

A continuación, se definirán los entregables del proyecto,

Tabla 190 Descripción de entregables de trabajo

Entregable	Descripción	objetivo
<p><b>Creación de software</b></p>	<p>Una vez aceptado el proyecto por los altos mandos del MINSAL se tendrá que preparar una licitación para recibir ofertas de la creación el software de control que cumpla con todos los requisitos que exige el MINSAL.</p> <p>También abarca el tiempo después que haya sido efectuada la publicación de la convocatoria respectiva, donde todos los interesados podrán presentar sus ofertas.</p> <p>En la licitación pública pueden hacerlo todas las personas que no tengan impedimentos de tipo legal para realizar el suministro, obra o servicio licitado, y que satisfaga los requerimientos de la convocatoria y de las bases respectivas.</p> <p>Los licitantes deberán examinar debidamente el documento base de licitación tomando en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se espera que los licitantes realicen una lectura y análisis cuidadoso del documento base de licitación (instrucciones, especificaciones técnicas, criterios de evaluación, formularios).</li> <li>▪ Se aplica la normativa y procedimientos de LACAP</li> <li>▪ Los plazos se entenderán como semanas calendario.</li> </ul>	<p>Obtener la mejor oferta para la creación del software y recibir la herramienta a la medida.</p>
<p><b>Nivel de tecnología</b></p>	<p>Para poder implementar la herramienta de control en el MINSAL se requiere realizar la creación de usuarios del software de control , la autoevaluación que se aplicaran las áreas generales y la solicitud para la realización de las evaluación por las autoridades de auditoria interna donde se evaluara el nivel de estándar y presentación de resultados.</p>	<p>Preparar los recursos para hacer uso de la herramienta digital, instalando el software en la máquina que se ocupara para las evaluaciones, crear usuarios para la inserción de datos y la primera toma de datos en las áreas generales, para poder tener un punto de partida y presentar esos resultados para poder preparar la capacitación</p>

		del personal.
<b>Sistema de información</b>	Este entregable involucra la implementación del sistema de información, que ayuda a mejorar las comunicaciones y profundizar en los encargados de cada área en el objetivo de brindar el servicio al cliente o paciente con la mejor calidad posible.	Comprobar las comunicaciones de los encargados de cada área, con la unidad de dirección de hospitales del MINSAL y los altos mandos.
<b>Capacitación de Personal</b>	Este entregable involucra la preparación del personal que implementara la herramienta de control y todo el personal encargado de entregar los documentos e información pertinente para la realización correcta del control.	Preparación de todo el personal que estará involucrado en la implementación de la herramienta.
<b>Puesta en marcha</b>	En este apartado se realizan las respectivas gestiones y evaluaciones de la implementación y la entrega de la plataforma ya en funcionamiento a las autoridades respectivas del MINSAL	Preparación de reportes de resultados finales de la implementación, gestión de riesgos y entrega de la plataforma.

A continuación, se definen los paquetes de cada entregable

Tabla 191 Descripción de paquetes

<b>Entregable</b>	<b>Paquete</b>	<b>Descripción</b>
<b>Creación de software</b>	Licitación pública	<p>Una vez aceptado el proyecto por los altos del MINSAL se tendrá que preparar una licitación para recibir ofertas de la creación el software de control que cumpla con todos los requisitos que exige el MINSAL.</p> <p>La licitación Pública es un procedimiento administrativo de preparación de la voluntad contractual, por el que un ente público en este caso el MINSAL en ejercicio de la función administrativa invita a los interesados para que, sujetándose a las bases fijadas en el pliego de condiciones, formulen propuestas de entre las cuales seleccionara la más conveniente.</p>
	Propuesta	<p>Este es el plazo que se les brinda a los licitadores que son todas las persona física o jurídica que quiera participar la licitación y que puedan estudiar la obra y servicio licitado que exige el MINSAL, para que pueda redactar su oferta que es presentado en un lugar y día indicado.</p> <p>La creación de las ofertas es un proceso que puede ser ya sea desorganizado y caótico, o por el contrario, ordenado y sistemático. ¡La redacción de una propuesta es una empresa demoníacamente compleja! Y es porque, entre otras cosas, es necesario:</p> <p>-Expresar cómo se soluciona la necesidad del cliente, a la vez que se debe demostrar que tal solución supera de manera significativa los planteamientos de la competencia.</p>

		<p>-Limitar en ocasiones la extensión de la presentación, ya sea en cantidad de páginas o de palabras.</p> <p>-Abordar un tema de gran complejidad técnica.</p> <p>-A veces, hay que reparar la propuesta en una reducida disponibilidad de tiempo.</p>
	Ofertas	Se refiere a la respuesta del Licitante a la Invitación a Licitación, e incluirá el Formulario de Presentación de la Oferta, el Formulario de Oferta Técnica, el Formulario de Oferta Económica y toda otra documentación pertinente que se requiera en los términos de referencia
	Selección de oferta	Después de recibir y evaluar las ofertas, se evaluarán en los aspectos técnicos y económicos para su posterior calificación y seleccionar a la oferta que brindara mayor beneficio al MINSAL con la creación del Software
	Recepción de software	Es la entrega del software a la medida que cumpla con todos los requerimientos que el MINSAL haya expuesto.
<b>Nivel de tecnología</b>	Manejo del software a la medida	Para que cada usuario con el nivel jerárquico mínimo pueda acceder al programa y sus resultados. También para que el personal encargado de implementar la plataforma pueda realizar las actividades y procesos que le corresponden en sus funciones de trabajo, es necesario que cuenten con un "usuario" y una contraseña para poder acceder al sistema. El administrador del sistema será el encargado de crear los perfiles para cada encargado de la evaluación en cada área general de los tres hospitales de tercer nivel. Este encargado será elegido por la Unidad de Dirección del Tercer nivel del MINSAL
	Evaluación	<p>Para cumplir esta actividad se realiza la evaluación correspondiente en el área en estudio por el encargado de auditoría interna, teniendo como base los resultados generados por la autoevaluación que se realizó con anterioridad.</p> <p>Esto permitirá conocer con mayor precisión la situación actual de la empresa. Y se podrá tener un claro entendimiento del entorno de actuación que se debe tener en el área en evaluación. Dando como resultado un informe de evaluación de resultados.</p>
	Examinar	Esta reunión semanal y mensual será para identificar problemas ocurridos sobre el uso de los manuales y la herramienta.
<b>Capacitación de Personal</b>	Desarrollo de personal	Todos los participantes de la capacitación deberán recibir los manuales y material de apoyo correspondiente a la capacitación que recibirán, estos deberán de ser entregados por el personal que estará encargado de las capacitaciones.
<b>Sistema de información</b>	Implementación del SIG con usuarios	En esta actividad la Unidad de dirección de tercer nivel del MINSAL deberá definir quiénes serán los que usen el SIG y la metodología del mismo.
	Seguimiento del SIG	Esta reunión semanal y mensual será para identificar problemas ocurridos sobre el funcionamiento general del sistema de información gerencial.
<b>Puesta en marcha</b>	Resultados finales	Esta actividad consiste en documentar de manera sistemática todo lo realizado a la fecha de entrega realizando un enfoque comparativo respecto a lo planificado previamente.
	Realización De Balance De Gastos	En esta actividad se hará un reporte, donde se proporcionarán los datos financieros en forma de balance respecto a cierre del proyecto. Se calcularán las desviaciones con respecto a la



		estimación del presupuesto del proyecto.  El documento económico en forma de informe, resumirá los datos contables más significativos del proyecto, permitiendo así que una persona ajena al mismo pueda hacerse una idea del panorama general del mismo.
	Gestión de riesgos	La gestión de riesgos es un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza, a través de una secuencia de actividades humanas que incluyen la identificación, el análisis y la evaluación de riesgo, para luego establecer las estrategias para su tratamiento, utilizando recursos gerenciales.
	Entrega de la plataforma	Esta actividad consiste en la respectiva entrega de la plataforma seccionada por niveles ya en funciones, finalizando así el proyecto.

### 4.2.3. ACTIVIDAD DE CADA PAQUETE Y DURACION

Los recursos de cada uno de los paquetes (costos y tiempos), según sus actividades fueron estimados por medio de cotizaciones y apoyo del Ingeniero Roberto Iván Rodas. Y fueron tomados de inversiones tangibles e intangibles del proyecto.

#### Actividades de cada paquete de trabajo, Duración y precedencia

Tabla 192. Matriz de precedencia

PAQUETE DE TRABAJO	COD	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DURACIÓN (SEMANAS)	PRECEDENCIA
Creación del software	A	Licitación	2	-
	B	Propuestas	3	A
	C	Ofertas	1	B
	D	Selección de oferta	1	C
	E	Recepción de Software	1	D
Manejo de usuarios del software	F	Crear usuarios necesarios para la utilización del software	2	E
	G	Autodiagnóstico	3	F
	H	Solicitar evaluación	1	G,U
Evaluación	I	Establecer nueva situación actual	3	H

	J	Nuevas Metas	1	I
	K	Ajustes de estándares	2	J,M,R
Examinar	L	Programar control semanal con reuniones de jefaturas	1	G,U
	M	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	1	L
Implementación del SIG	N	Definir el uso y participantes del SIG	1	F
	O	Programar reunión para entrega del SIG	1	N
	P	Llevar a cabo reunión de implementación	1	O
Seguimiento del SIG	Q	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	1	P
	R	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	1	Q
Desarrollo de personal sobre plataforma	S	Invitar al personal correspondiente	1	.
	T	Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	1	S
	U	Control de capacitación	1	T
Puesta en marcha	V	Resultados finales	1	K
	W	Realización De Balance De Gastos	1	V
	X	Gestión de riesgos	1	W
	Y	Entrega de la plataforma	1	X

A continuación se presenta el Diagrama de Redes en forma gráfica el orden dentro de las actividades que llevan a la realización del proyecto, para este caso la forma en que las acciones se unen para llegar la implantación de la plataforma normativa.

## Diagrama de Redes

Presentado la Red global del proyecto

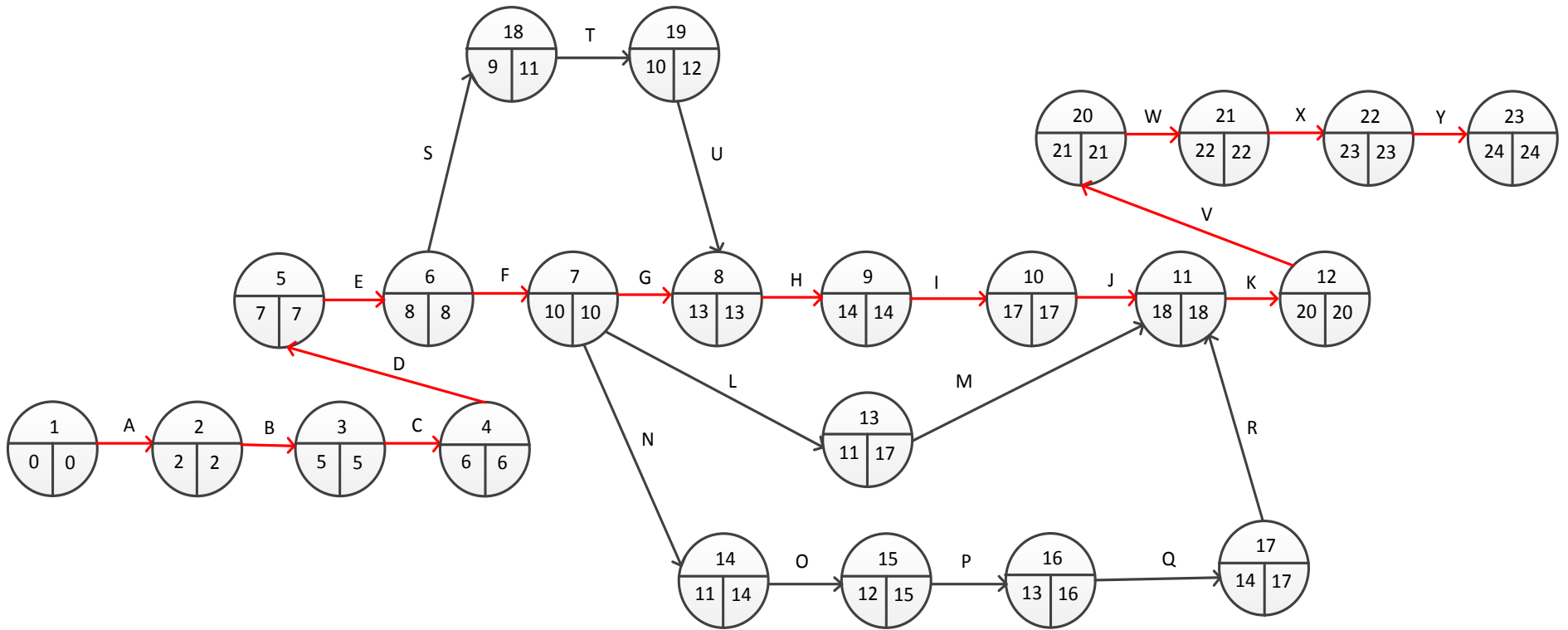


Imagen 40. Diagrama de CPM

Se puede observar la que Ruta Crítica del proyecto está compuesta por: A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,V,W,X,Y

A continuación se presenta el cronograma de desembolsos esperado para el proyecto expresado como un cronograma por cada semana que durara la implementación de la plataforma normativa, permitiendo saber el costo de la realización de cada actividad necesaria para la correcta implementación del proyecto:

Tabla 193 Cronograma de desembolsos semana 1 a 6

			Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana
Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización	1	2	3	4	5	6
Tiempo de implantación	Semana 1	Semana 24						
<b>Creación del software</b>								
Licitación	Semana 1	Semana 2	\$13,792.13	\$396.07				
Propuestas	Semana 2	Semana 5		\$396.07	\$792.13	\$17,892.13	\$396.07	
Ofertas	Semana 5	Semana 6					\$396.07	\$396.07
Selección de oferta	Semana 6	Semana 7						\$2,471.07
Recepción de Software	Semana 7	Semana 8						
<b>Manejo de usuarios del software</b>								
Crear usuarios necesarios para la utilización del software	Semana 8	Semana 10						
Autodiagnóstico	Semana 10	Semana 13						
Solicitar evaluación	Semana 13	Semana 14						
<b>Evaluación</b>								
Establecer nueva situación actual	Semana 14	Semana 17						
Nuevas Metas	Semana 17	Semana 18						
Ajustes de estándares	Semana 18	Semana 20						
<b>Seguimiento</b>								
Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 10	Semana 11						
Programar reuniones mensuales sobre los	Semana 11	Semana 12						

resultados esperados								
Implementación del SIG								
Definir el uso y participantes del SIG	Semana 10	Semana 11						
Programar reunión para entrega del SIG	Semana 11	Semana 12						
Llevar a cabo reunión de implementación	Semana 12	Semana 13						
Seguimiento del SIG								
Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 13	Semana 14						
Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 14	Semana 15						
Desarrollo de personal sobre plataforma								
Invitar al personal correspondiente	Semana 8	Semana 9						
Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	Semana 9	Semana 10						
Control de auditoria	Semana 10	Semana 11						
Puesta en marcha								
Resultados finales	Semana 20	Semana 21						
Realización De Balance De Gastos	Semana 21	Semana 22						
Gestión de riesgos	Semana 22	Semana 23						
Entrega de la plataforma	Semana 23	Semana 24						
Costo Semanal			\$13,792.13	\$792.13	\$792.13	\$17,892.13	\$792.13	\$2,867.13
Costo Acumulado			\$13,792.13	\$14,584.26	\$15,376.39	\$33,268.52	\$34,060.65	\$36,927.78
% de Avance financiero			9.59%	10.14%	10.69%	23.13%	23.68%	25.68%
% de Avance físico			4.17%	8.33%	12.50%	16.67%	20.83%	25.00%

Tabla 194 Cronograma de desembolsos semana 7 a 12

			Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana
Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización	7	8	9	10	11	12
Tiempo de implantación	Semana 1	Semana 24						
<b>Creación del software</b>								
Licitación	Semana 1	Semana 2						
Propuestas	Semana 2	Semana 5						
Ofertas	Semana 5	Semana 6						
Selección de oferta	Semana 6	Semana 7	\$396.07					
Recepción de Software	Semana 7	Semana 8	\$396.07	\$8,039.04				
<b>Manejo de usuarios del software</b>								
Crear usuarios necesarios para la utilización del software	Semana 8	Semana 10		\$8,669.04	\$264.04	\$132.02		
Autodiagnóstico	Semana 10	Semana 13				\$132.02	\$132.02	\$4,473.03
Solicitar evaluación	Semana 13	Semana 14						
<b>Evaluación</b>								
Establecer nueva situación actual	Semana 14	Semana 17						
Nuevas Metas	Semana 17	Semana 18						
Ajustes de estándares	Semana 18	Semana 20						
<b>Seguimiento</b>								
Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 10	Semana 11				\$132.02	\$132.02	
Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 11	Semana 12					\$132.02	\$4,473.03
<b>Implementación del SIG</b>								
Definir el uso y participantes	Semana 10	Semana 11				\$132.02	\$132.02	

del SIG								
Programar reunión para entrega del SIG	Semana 11	Semana 12					\$132.02	\$4,473.03
Llevar a cabo reunión de implementación	Semana 12	Semana 13						\$4,473.03
Seguimiento del SIG								
Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 13	Semana 14						
Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 14	Semana 15						
Desarrollo de personal sobre plataforma								
Invitar al personal correspondiente	Semana 8	Semana 9		\$5,964.04	\$264.04			
Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	Semana 9	Semana 10			\$540.04	\$408.02		
Control de auditoria	Semana 10	Semana 11				\$1,032.02	\$1,032.02	
Puesta en marcha								
Resultados finales	Semana 20	Semana 21						
Realización De Balance De Gastos	Semana 21	Semana 22						
Gestión de riesgos	Semana 22	Semana 23						
Entrega de la plataforma	Semana 23	Semana 24						
Costo Semanal			\$792.13	\$22,672.13	\$1,068.13	\$1,968.13	\$1,692.13	\$17,892.13
Costo Acumulado			\$37,719.91	\$60,392.04	\$61,460.17	\$63,428.30	\$65,120.43	\$83,012.56
% de Avance financiero			26.23%	41.99%	42.73%	44.10%	45.28%	57.72%
% de Avance físico			29.17%	33.33%	37.50%	41.67%	45.83%	50.00%

Tabla 195 Cronograma de desembolsos semana 13 a 18

			Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana
Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización	13	14	15	16	17	18
Tiempo de implantación	Semana 1	Semana 24						
Creación del software								
Licitación	Semana 1	Semana 2						
Propuestas	Semana 2	Semana 5						
Ofertas	Semana 5	Semana 6						
Selección de oferta	Semana 6	Semana 7						
Recepción de Software	Semana 7	Semana 8						
Manejo de usuarios del software								
Crear usuarios necesarios para la utilización del software	Semana 8	Semana 10						
Autodiagnóstico	Semana 10	Semana 13	\$198.03					
Solicitar evaluación	Semana 13	Semana 14	\$198.03	\$198.03				
Evaluación								
Establecer nueva situación actual	Semana 14	Semana 17		\$198.03	\$396.07	\$17,892.13	\$396.07	
Nuevas Metas	Semana 17	Semana 18					\$396.07	\$396.07
Ajustes de estándares	Semana 18	Semana 20						\$396.07
Seguimiento								
Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 10	Semana 11						
Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 11	Semana 12						



Implementación del SIG								
Definir el uso y participantes del SIG	Semana 10	Semana 11						
Programar reunión para entrega del SIG	Semana 11	Semana 12						
Llevar a cabo reunión de implementación	Semana 12	Semana 13	\$198.03					
Seguimiento del SIG								
Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 13	Semana 14	\$198.03	\$198.03				
Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 14	Semana 15		\$198.03	\$396.07			
Desarrollo de personal sobre plataforma								
Invitar al personal correspondiente	Semana 8	Semana 9						
Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	Semana 9	Semana 10						
Control de auditoria	Semana 10	Semana 11						
Puesta en marcha								
Resultados finales	Semana 20	Semana 21						
Realización De Balance De Gastos	Semana 21	Semana 22						
Gestión de riesgos	Semana 22	Semana 23						
Entrega de la plataforma	Semana 23	Semana 24						
Costo Semanal			\$792.13	\$792.13	\$792.13	\$17,892.13	\$792.13	\$792.13
Costo Acumulado			\$83,804.69	\$84,596.82	\$85,388.95	\$103,281.08	\$104,073.21	\$104,865.34
% de Avance financiero			58.27%	58.82%	59.37%	71.81%	72.36%	72.92%
% de Avance físico			54.17%	58.33%	62.50%	66.67%	70.83%	75.00%

Tabla 196 Cronograma de desembolsos semana 19 a 24

			Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana
Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización	19	20	21	22	23	24
Tiempo de implantación	Semana 1	Semana 24						
<b>Creación del software</b>								
Licitación	Semana 1	Semana 2						
Propuestas	Semana 2	Semana 5						
Ofertas	Semana 5	Semana 6						
Selección de oferta	Semana 6	Semana 7						
Recepción de Software	Semana 7	Semana 8						
<b>Manejo de usuarios del software</b>								
Crear usuarios necesarios para la utilización del software	Semana 8	Semana 10						
Autodiagnóstico	Semana 10	Semana 13						
Solicitar evaluación	Semana 13	Semana 14						
<b>Evaluación</b>								
Establecer nueva situación actual	Semana 14	Semana 17						
Nuevas Metas	Semana 17	Semana 18						
Ajustes de estándares	Semana 18	Semana 20	\$792.13	\$17,892.13				
<b>Seguimiento</b>								
Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 10	Semana 11						
Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 11	Semana 12						
<b>Implementación del SIG</b>								
Definir el uso y participantes	Semana 10	Semana 11						

del SIG								
Programar reunión para entrega del SIG	Semana 11	Semana 12						
Llevar a cabo reunión de implementación	Semana 12	Semana 13						
Seguimiento del SIG								
Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	Semana 13	Semana 14						
Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	Semana 14	Semana 15						
Desarrollo de personal sobre plataforma								
Invitar al personal correspondiente	Semana 8	Semana 9						
Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	Semana 9	Semana 10						
Control de auditoria	Semana 10	Semana 11						
Puesta en marcha								
Resultados finales	Semana 20	Semana 21			\$792.13			
Realización De Balance De Gastos	Semana 21	Semana 22				\$792.13		
Gestión de riesgos	Semana 22	Semana 23					\$792.13	
Entrega de la plataforma	Semana 23	Semana 24						\$17,892.13
Costo Semanal			\$792.13	\$17,892.13	\$792.13	\$792.13	\$792.13	\$17,892.13
Costo Acumulado			\$105,657.47	\$123,549.60	\$124,341.73	\$125,133.86	\$125,925.99	\$143,818.12
% de Avance financiero			73.47%	85.91%	86.46%	87.01%	87.56%	100.00%
% de Avance físico			79.17%	83.33%	87.50%	91.67%	95.83%	100.00%

En el cronograma se puede observar los diferentes desembolsos que se tendrán a lo largo de la implantación del proyecto, por entregable, por semana y muestra el costo acumulado que lleva el proyecto. En la parte inferior muestra el porcentaje de avance físico y avance financiero que se tendrá en toda la duración de la implementación.

Podemos desglosar el costo de cada actividad y paquete de trabajo.

Tabla 197 Costo de actividades de cada paquete de trabajo

<b>Paquete de trabajo</b>	<b>actividad</b>	<b>Desglose de costo</b>
<b>Creación del software</b>	Licitación publica	\$14,188.20
	Propuesta	\$19,476.39
	Ofertas	\$792.13
	Selección de oferta	\$2,867.13
	Recepción de software	\$8,435.11
<b>Manejo de usuarios del software</b>	Crear usuarios necesarios para la utilización del software	\$9,065.11
	Autodiagnóstico	\$4,935.11
	Solicitar evaluación	\$396.07
<b>Evaluación</b>	Establecer nueva situación actual	\$18,882.29
	Nuevas Metas	\$792.13
	Ajustes de estándares	\$19,080.33
<b>Seguimiento</b>	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	\$264.04
	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	\$4,605.05
<b>Implementación del SIG</b>	Definir el uso y participantes del SIG	\$264.04
	Programar reunión para entrega del SIG	\$4,605.05
	Llevar a cabo reunión de implementación	\$4,671.07
<b>Seguimiento del SIG</b>	Programar seguimiento semanal con reuniones de jefaturas	\$396.07
	Programar reuniones mensuales sobre los resultados esperados	\$594.10
<b>Desarrollo de personal sobre plataforma</b>	Invitar al personal correspondiente	\$6,228.09
	Entregar a los usuarios los Manuales correspondientes	\$948.07
	Control de auditoria	\$2,064.04
<b>Puesta en marcha</b>	Resultados finales	\$792.13
	Realización De Balance De Gastos	\$792.13
	Gestión de riesgos	\$792.13
	Entrega de la plataforma	\$17,892.13
<b>Sub Total</b>		\$143818.12
<b>Imprevisto</b>		\$6,240.35
<b>Total</b>		\$150,058.47

## **CURVA S**

Antes de realizar la Curva S necesitamos disponer de un presupuesto desglosado a través de todas las actividades en que hemos estructurado el proyecto distribuido en el tiempo. Esta proyección temporal se obtiene en base a dos acciones fundamentales:

1. Programación de todas las actividades del proyecto mediante un diagrama de Gantt.

2. Establecimiento de un criterio para distribuir temporalmente el coste de cada una de las tareas.

La curva de coste planificado acumulado del proyecto o curva S se obtiene a partir de la suma de las siguientes contribuciones:

- Tareas cuya finalización se haya dado en una fecha anterior a la fecha de estado dada que contribuyen con todo su coste planificado al coste planificado acumulado del proyecto.

- Tareas que deberían estar en curso en la fecha de estado dada que contribuyen con su fracción de coste planificado según el modelo de distribución que se haya aplicado.

Como primer paso para la presentación de la Curva S, se realizaran el análisis de las programaciones de desembolso que debe tener el proyecto para cada fecha. A continuación se profundiza en las programaciones.

### **ANALISIS DE LAS PROGRAMACIONES**

Se analiza la tabla 193, donde se puede visualizar los desembolsos por cada tarea y semana planificada para la implementación del proyecto.

Para poder observar mejor el comportamiento de los costos que tiene el proyecto que se distribuyen por cada tarea, Se ha realizado los siguientes cortes en el avance físico de las programaciones, con el fin de analizar la tendencia del costo acumulado por semana a medida que el proyecto avanza:

- Corte 1: 20.83% de avance físico
- Corte 2: 41.67% de avance físico.
- Corte 3: 62.50% de avance físico.
- Corte 4: 83.33% de avance físico.

Estos cortes se pueden visualizar en la parte inferior de la tabla 193 de color morado.

De modo que se obtienen los siguientes resultados:

#### **Programación financiera**

- Al 20.83% de avance físico se tiene un 23.68% de avance financiero, esto equivale a un desembolso de \$34,060.65.
- Al 41.67% de avance físico se tiene un 44.10% de avance financiero, esto equivale a un desembolso de \$63,428.30.
- Al 62.50% de avance físico se tiene un 59.37% de avance financiero, esto equivale a un desembolso de \$85,388.95.

- Al 83.33% de avance físico se tiene un 85.91% de avance financiero, esto equivale a un desembolso de \$123,549.60.

La curva de avance o curva “S”, representa en un proyecto el avance real respecto al planificado en un periodo acumulado hasta la fecha. La curva recibe el nombre de “S” por su forma: al principio del proyecto hay una tendencia de costes acumulados crecientes, mientras que estos costes acumulados decrecen hacia el final.

La primera versión de la Curva S se crea a partir del cronograma vigente y el presupuesto inicial. Posteriormente se puede actualizar conforme se crean las nuevas versiones. El objetivo es detectar las desviaciones existentes y tomar medidas para corregirlas. Esta curva indica que porcentaje de avance físico de trabajo es más bajo al inicio y al final de la actividad. Este hecho se debe a que en el inicio del trabajo, se requiere tiempo para familiarizarse con la documentación, necesidades del cliente y crear el ambiente motivacional sobre el cuál se desarrollará el proyecto

Para la creación de la Curva S del proyecto necesitamos disponer de los datos de % de avance presentados en la parte inferior de la tabla 193.

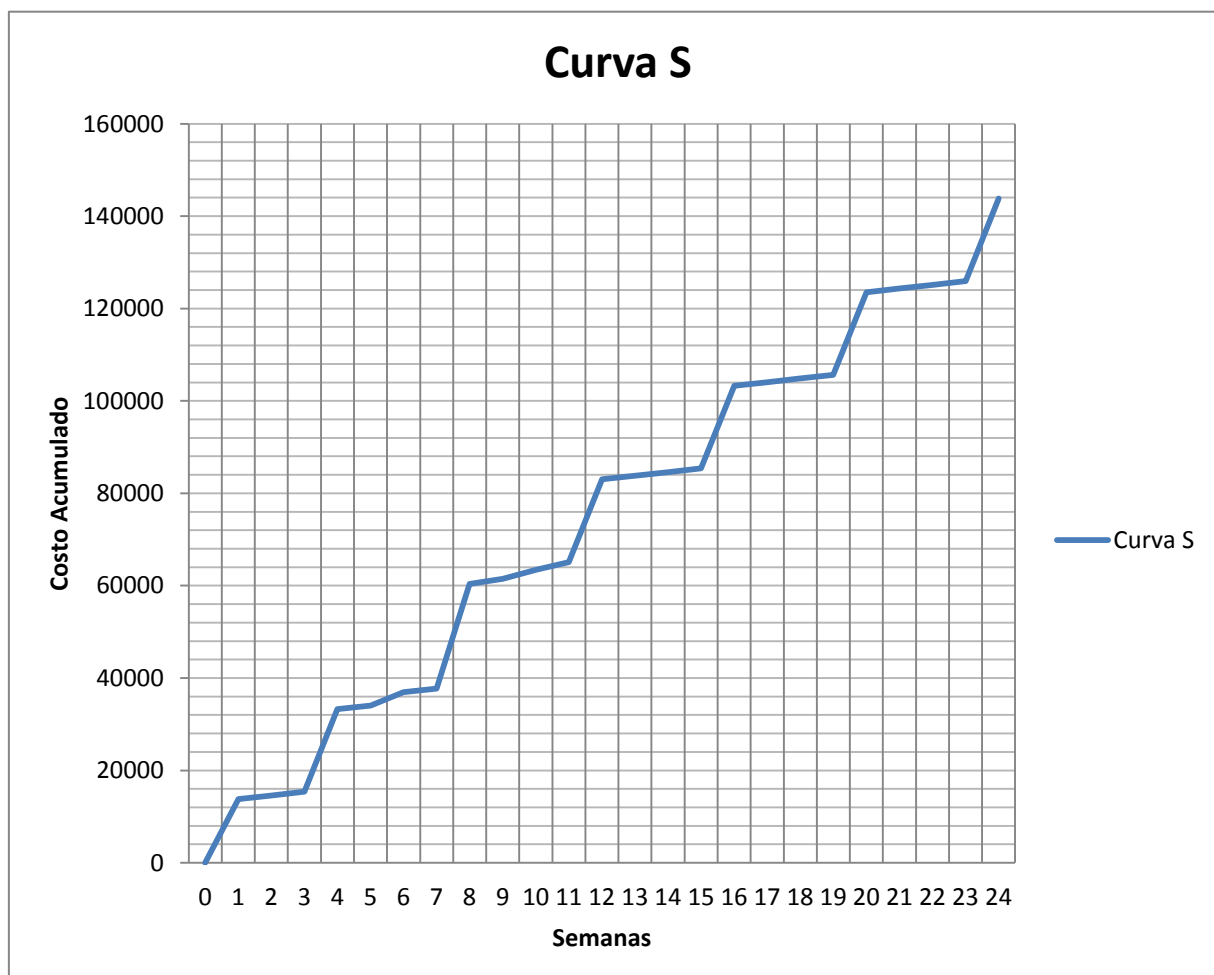
Se presenta la curva “S” del proyecto que se graficó con los siguientes datos extraídos del cronograma de desembolsos.

Tabla 198 Semanas y Costo acumulado

<b>Semanas</b>	<b>Costo acumulado</b>
1	13792.13
2	14584.26
3	15376.39
4	33268.52
5	34060.65
6	36927.78
7	37719.91
8	60392.04
9	61460.17
10	63428.30
11	65120.43
12	83012.56
13	83804.69
14	84596.82
15	85388.95
16	103281.08
17	104073.21
18	104865.34
19	105657.47
20	123549.60
21	124341.73
22	125133.86
23	125925.99
24	143818.12

A continuación se muestra la curva S que tendrá el proyecto a lo largo de la implementación, que durara 24 semanas o 6 meses.

Grafico 20. Curva S



En la curva “S” de la programación financiera, se observa que la curva S tiene un comportamiento irregular a lo largo de la implementación del proyecto con mayor pendiente cada 4 semanas o fin de mes, que es cuando se desembolsan los salarios de los profesionales calificados que están a cargo de la administración del proyecto.

A lo largo de la implementación del proyecto se comienza con el desembolso del costo del Diseño de la plataforma en la semana 1, el software se cancela 50% del costo de la herramienta digital en la semana 6 cuando se elige la oferta que mejor le conviene al MINSAL y se cancela el otro 50% al momento que se hace la recepción del software, así mismo en la semana 8 se desembolsa la inversión fija tangible como la red y el equipo informático donde será instalado la herramienta y puesta en línea, en la semana 9 y 10 se desembolsa el capital necesario para la obtención de la documentación necesaria, en la semana 10 y 11 se desembolsa el capital para poder brindar la capacitación.

Cada uno de estos desembolsos se puede visualizar en la tabla 193 con más detalle.

#### **4.2.3.1. ORGANIZACIÓN PARA LA IMPLANTACION DEL PROYECTO**

La estructura organizacional es fundamental en todas las empresas, define muchas características de cómo se va a organizar, tiene la función principal de establecer autoridad, jerarquía, cadena de mando, organigramas y departamentalizaciones, entre otras.

Las organizaciones deben contar con una estructura organizacional de acuerdo a todas las actividades o tareas que pretenden realizar, mediante una correcta estructura que le permita establecer sus funciones, y departamentos con la finalidad de producir servicios o productos, mediante un orden y un adecuado control para alcanzar las metas y objetivos.

Para poder llevar a cabo la implementación de la plataforma de control normativo, es necesario crear una estructura organizativa que asuma la coordinación y responsabilidad de ejecutar cada uno de los entregables de los que está compuesto el proyecto. Pero para poder alcanzar el éxito del proyecto, se requiere de una excelente y óptima organización de la entidad encargada de llevarlo a cabo, por tanto, este es el factor determinante para la organización, dirección, control y ejecución de cada una de las actividades involucradas y el cumplimiento de objetivos propuestos.

La organización comprende la relación de las diferentes áreas, unidades y direcciones involucradas en la ejecución del proyecto y la forma en que se controlan cada una de sus actividades. Es importante tomar en cuenta que existen factores esenciales para poder determinar el tipo de organización ideal u óptima con la que se lograría alcanzar los objetivos y éxito del proyecto con la mejor eficiencia posible, en ella se establecerán las bases para las asignaciones de los diferentes recursos requeridos para llevar a cabo las actividades a ejecutar.

Para establecer la organización del proyecto es necesario considerar los factores como:

- ✓ Por la naturaleza del proyecto
- ✓ La duración
- ✓ El tamaño
- ✓ El monto de la Inversión

Se desarrollará e implementará por la administración del proyecto una evaluación de los criterios más importantes para determinar el tipo de organización óptima a establecer en el proyecto y con el cual se espera encontrar el modelo de organización que más se adecúe y apegue a la realidad del proyecto.

Para este proyecto se establecerán y evaluarán para su implementación los siguientes



## **Tipos bases de organización:**

### Organización funcional

Este tipo de organización reúne a todos los involucrados en la ejecución de una o varias actividades relacionadas, llamadas funciones, por departamentos en el cual se aplica el principio de la especialización para lograr el alcance de metas establecidas.

Para este tipo de organización, se establecen niveles de organización que por lo general son escalonados y de los cuales se entiende que cada puesto de trabajo posee un responsable superior inmediato, el cual se encarga del control de las diferentes funciones y actividades llevadas a cabo.

Es probable que la organización funcional sea la más lógica y básica para dividir la ejecución y control de actividades, hace posible el aprovechamiento de los recursos especializados disponibles con eficiencia y su correspondiente control directo, al existir una relación y comunicación entre departamentos especializados con mayor fluidez y así poder emplear la toma de decisiones en los puntos imprescindibles para el logro de objetivos y metas.

### Organización matricial

Este tipo de organización basa su estructura en el denominado sistema de mandos múltiples. Se cuentan con dos tipos de estructura simultánea, la estructura de mando vertical o estructura de mando por funciones y la estructura de mando horizontal o estructura de mando por departamentos.

Las cuales tratan de coexistir y dirigir a cada uno de los puestos y actividades de trabajo en base a sus respectivas responsabilidades. Es decir, para cada puesto de trabajo existen dos jefes de los cuales se deben rendir cuentas en cuanto a la realización de actividades asignadas. Con frecuencia, la estructura matricial es un medio eficiente para reunir las diversas habilidades especializadas que se requieren para resolver un problema complejo.

Otra ventaja de la estructura matricial es que concede a la organización una gran flexibilidad para ahorrar costo. Como a cada proyecto sólo se le asigna la cantidad exacta de personas necesarias, se evita la duplicación innecesaria.

### Organización por proyecto

Para este tipo de organización, los miembros o integrantes del equipo del proyecto realizan labores exclusivas al mismo. El proyecto en sí puede ser parte de un proyecto a un más grande, llamado proyecto madre o hacia el mismo proyecto, al cual pertenecen estos integrantes y para el cual están orientados a proyectos que están ubicados en el mismo lugar y se trabaja en base al mandado de un representante o director de proyecto.

Los directores del proyecto destinan la mayoría de los recursos de la organización a la realización de los trabajos del proyecto al cual están involucrados. Por lo general se establecen mediante departamentos y proveen servicios de soporte para múltiples proyectos al cual el director está a cargo.

### **Ventajas y desventajas de los tipos de estructuras organizativas**

<b>Organización</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Desventajas</b>
<b>Funcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay duplicidad de actividades.</li> <li>• Encargados de una misma área funcional que pueden ser empleados en distintos proyectos</li> <li>• Máxima especialización.</li> <li>• Mejor suspensión técnica.</li> <li>• Comunicación directa más rápida. Cada órgano realiza únicamente su actividad específica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta lenta</li> <li>• Carencia de enfoque al cliente</li> <li>• Baja motivación del personal asignado al proyecto</li> </ul>
<b>Matricial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de los recursos</li> <li>• Sensibilidad hacia los clientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo nivel de transferencia de conocimientos entre proyectos</li> <li>• Incertidumbre respecto al futuro de las personas una vez terminado el proyecto.</li> </ul>
<b>Por Proyecto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso eficiente de los recursos.</li> <li>• Experiencia funcional disponible para todos los proyectos.</li> <li>• Enfoque al cliente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de equilibrio de poder.</li> <li>• Complejidad respecto a las responsabilidades y su comportamiento</li> <li>• Relaciones de dependencia dobles.</li> </ul>

Tabla 199 Ventajas de las estructuras organizativas

### **Selección del tipo de estructura organizativa**

Las decisiones de diseño organizacional con frecuencia se relacionan con el diagnóstico de múltiples factores, entre ellos la cultura, el poder, los comportamientos políticos y el diseño de los puestos de una organización. El diseño organizacional representa los resultados de un proceso de toma de decisiones que incluye fuerzas ambientales, factores tecnológicos y elecciones estratégicas. Específicamente, debe:

- Facilitar el flujo de información y de toma de decisiones para satisfacer los altos mandos del MINSAL poder gestionar de mejor manera la implementación de la plataforma normativa.
- Definir con claridad la autoridad y responsabilidad de trabajos, junta directiva, comité de aseguramiento de calidad, auditoría interna.
- Crear los niveles de integración (coordinación) deseados entre trabajos, equipos, departamentos y divisiones construyendo procedimientos para una rápida respuesta a cambios en el ambiente.

### **Factores Claves en el Diseño Organizacional**

Todo diseño organizacional (con mayor descentralización y delegación de autoridad a los empleados) soluciona algunos problemas, pero al mismo tiempo crea otros. Cada diseño organizacional presenta algunos inconvenientes, la clave radica en seleccionar

un diseño organizacional que los minimice. Es posible identificar algunas variables para cada uno de los tres factores primarios: ambientales, estratégicos y tecnológicos, que afectan las decisiones de diseño organizacional. Otros factores (por ejemplo proveedores, consumidores y nuevos competidores) pueden afectar también el diseño organizacional.

### **Factores Ambientales**

Los factores ambientales que directores y empleados necesitan evaluar son:

- las características de los ambientes presentes y posiblemente futuros.
- la forma en que estas características afectan la capacidad de la entidad de salud para funcionar con eficacia.

### **Factores Estratégicos**

Muchos factores estratégicos afectan las decisiones de diseño organizacional. Nos enfocamos en uno de los marcos de estrategias competitivas más conocidos, que fue desarrollado por Michael Porter, de Harvard University, pero tres estrategias parecen esenciales para crear esa ventaja: bajo costo, diferenciación y enfoque:

**Bajo costo:** Una estrategia de bajo costo se basa en la capacidad de la organización para proporcionar un producto o servicio a un costo inferior que sus rivales. Una empresa que elige una estrategia de bajo costo trata de obtener una ventaja significativa en costos sobre otros competidores y beneficiar a los consumidores o en este caso los pacientes que serán atendidos con un servicio de especialidad y experimentan un ahorro por asistir al sistema público de salud, para ganar prestigio a nivel nacional. Este tipo de estrategia se encamina a brindar un servicio de atención de especialidad estandarizada y certificada que resulte confiable para un paciente promedio que necesita un servicio de especialidad para recuperar su salud..

**Diferenciación:** Una estrategia de diferenciación se basa en proporcionar a los clientes algo que sea exclusivo y distinga a los productos o servicios de la organización de los de la competencia. Una organización que escoge una estrategia de diferenciación suele usar un diseño de organización por producto, por el cual cada producto tiene sus propios departamentos de manufactura, comercialización e investigación y desarrollo. En nuestro caso sería el servicio de atención en los tres hospitales de tercer nivel que resaltarán del sistema de salud privado por la certificación y los esfuerzos a la calidad que se tendrán con la implementación de la herramienta.

**Enfoque:** Una estrategia de enfoque se diseña para ayudar a que la organización establezca como meta el aumento en brindar el servicio de atención a los pacientes que se clasifican como pacientes del tercer nivel, una organización que escoge una estrategia enfocada puede utilizar cualquiera de varios diseños de organización que van desde el funcional hasta el de producto y el de red, para satisfacer las prioridades y necesidades de sus pacientes.

### **Factores Estratégicos**

La tecnología es el proceso por el cual una organización convierte insumos en productos o brindar con mayor facilidad un servicio. Aunque hay literalmente cientos de tecnologías, nos concentraremos en la forma en que la tecnología en general se

incluye en el diseño de una organización. La coordinación de equipos, áreas y hospitales, la delegación de autoridad y responsabilidad, y la necesidad de mecanismos formales de integración, están todos influidos por la medida en que las unidades deben comunicarse entre sí para alcanzar sus metas.

### **Organizaciones Mecánicas y Orgánica.**

Una organización mecánica está diseñada para que los individuos y funciones se conduzcan en formas predecibles. Esta organización se caracteriza por fundarse en reglas y disposiciones formales, la centralización de la toma de decisiones, responsabilidades de puesto estrictamente definidas y una rígida jerarquía de autoridad. Se recalca el seguimiento de procedimientos y reglas.

En contraste, una organización orgánica se caracteriza por un uso bajo a moderado de reglas y disposiciones formales, toma de decisiones descentralizada y compartida, responsabilidades de puesto ampliamente definidas y una estructura flexible de autoridad con menos niveles en la estructura.

El grado de especialización de los puestos es bajo; en su lugar, se requiere un amplio conocimiento de muchos diferentes puestos. Se espera el autocontrol y se recalca la coordinación entre empleados. En tiempos recientes, mas organizaciones se están moviendo hacia un enfoque de administración orgánico para promover la eficiencia gerencial y mejorar la satisfacción del personal.

### **Diseños Tradicionales de Organización**

Diseño Funcional: Incluye la creación de puestos, equipos y departamentos con base en las actividades especializadas. El agrupamiento funcional de los empleados es la forma de más amplio uso y aceptación de dividir por departamentos. Este diseño presenta ventajas y desventajas. En el lado positivo permite la identificación y asignación clara de responsabilidades y los empleados lo comprenden con facilidad. Las personas que realizan tareas similares y se enfrentan a problemas parecidos trabajan juntas, con lo que incrementan las posibilidades de interacción y respaldo correspondido. Una desventaja es que el diseño funcional fomenta un punto de vista limitado que centra la atención en un grupo de tareas más estrecho. Los empleados tienden a perder de vista la organización como un conjunto.

Diseño de Lugar: Significa establecer en forma geográfica las unidades principales de una organización, al mismo tiempo que se conservan aspectos importantes del diseño funcional. Todos los grupos funcionales de un área geográfica se encuentran en una sola ubicación.

Este diseño tiene varias ventajas potenciales. Cada departamento o división se halla en contacto directo con los clientes de su localidad y se adapta con mayor facilidad a sus demandas. Una rápida respuesta es una gran ventaja de las organizaciones que usan el diseño de lugar. Es evidente que organizarse de acuerdo al lugar incrementa los problemas de control y coordinación.

Si las unidades regionales cuentan con procedimientos distintos de personal, compras y distribución, la administración pasará dificultades para alcanzar la integración.

Diseño de Producto: Significa establecer unidades auto contenidas, cada una capaz de desarrollar, producir y comercializar sus propios bienes o servicios. La mayoría de

las organizaciones que producen múltiples bienes o servicios, utilizan alguna forma de diseño del producto. Esto reduce la sobrecarga de información que tendrían que enfrentar los administradores con un diseño organizacional sólo funcional.

Diseño Multi divisional: En este las tareas se organizan por divisiones sobre la base del producto o de los mercados geográficos en que se venden los bienes o servicios.  
Diseños Contemporáneos de Organización

Diseño Multinacional: Estas empresas de negocios múltiples se llaman organizaciones multinacionales porque producen y venden productos o servicios en dos o más países. Este diseño trata de mantener la coordinación entre productos, funciones y áreas geográficas. Una complicación adicional que los administradores deben enfrentar es que frecuentemente están separados por cultura y lengua. Un balance perfecto requiere un diseño complejo. Por tanto la mayoría de los diseños multinacionales se concentran en la importancia relativa de que se le debe dar a los diseños organizacionales de lugar y producto.

Diseño de Red: Se enfoca en compartir la autoridad, responsabilidad y recursos entre la gente, departamentos u otras organizaciones que deben cooperar y comunicarse frecuentemente para alcanzar metas comunes. Se deben aplicar varios diseños (funcional, por producto o lugar) en una organización de red conforme cambian metas y tareas.

Para hacer una selección adecuada del tipo de organización que debemos de implementar en el proyecto se realizara una evaluación de criterios, nos ayudará a decidir la estructura que más se adapte al proyecto en estudio, sin embargo, antes de realizar la evaluación de los criterios se definirán algunos aspectos del proyecto que ayudaran a establecer de una mejor manera el tipo de estructura que se deberá aplicar.

Los criterios a utilizar para la selección del tipo de organización más adecuado para la administración del proyecto son los siguientes:

Tabla 200 Factores para la selección del tipo de estructura organizativa

Factor	Descripción
<b>Inversión</b>	Se refiere al monto total que se invertirá en el proyecto para su implementación y uso
<b>Complejidad</b>	Está enmarcado en el grado de dificultad que el proyecto presenta, es decir, que tan difícil es llevarlo a cabo con los recursos disponibles. Puede ser baja, mediana o alta.
<b>Duración</b>	Se refiere al tiempo requerido antes de entregar la obra ya finalizada. Puede ser breve, mediana o prolongada.
<b>Importancia</b>	Se trata del grado de importancia del proyecto en cuanto a los beneficios que se genera.
<b>Tecnología</b>	Se refiere al grado tecnológico utilizado durante todo el proyecto, si es común, compleja o nueva.
<b>Ubicación</b>	Lugar en que está localizado el proyecto.

El tipo de organización que se apega a estos perfiles es la estructura matricial ya que esta involucra cada uno de esto factores pero esta estructura se divide en tres tipos de estructuras de la cual se seleccionara una de ella.

Una vez seleccionada la estructura organizacional matricial, se debe tener en cuenta que estas organizaciones presentan una mezcla de características de las organizaciones funcionales y de las orientadas a proyectos.

- **Las matriciales débiles** mantienen muchas de las características de las organizaciones funcionales, y el director del proyecto es más un coordinador que un director.
- **Las matriciales fuertes** tienen muchas de las características de las organizaciones orientadas a proyectos; pueden tener directores de proyectos a dedicación completa con considerable autoridad y personal administrativo de dedicación completa.
- **Si bien la organización matricial equilibrada** reconoce la necesidad de un director del proyecto, no confiere al director del proyecto autoridad plena sobre el proyecto ni sobre su financiación.

La estructura matricial que más se apega a la administración del proyecto, según las características es la estructura matricial fuerte ya que la autoridad ejercida por la junta directiva será completa, además el presupuesto del proyecto podrá ser manejado en combinación, es decir tendrá una autoridad parcial sobre el proyecto y su financiación. Se podrán autorizar desembolsos.

La estructura organizativa que regirá la administración del proyecto es de tipo matricial, debido a que se utilizarán recursos provenientes del MINSAL y una fuente de financiamiento propia para hacer posible la implementación de la plataforma normativa de control.

Para la administración del proyecto de la implementación de la plataforma seccionada por niveles en áreas generales de los tres hospitales de tercer nivel se establece la siguiente estructura organizativa:

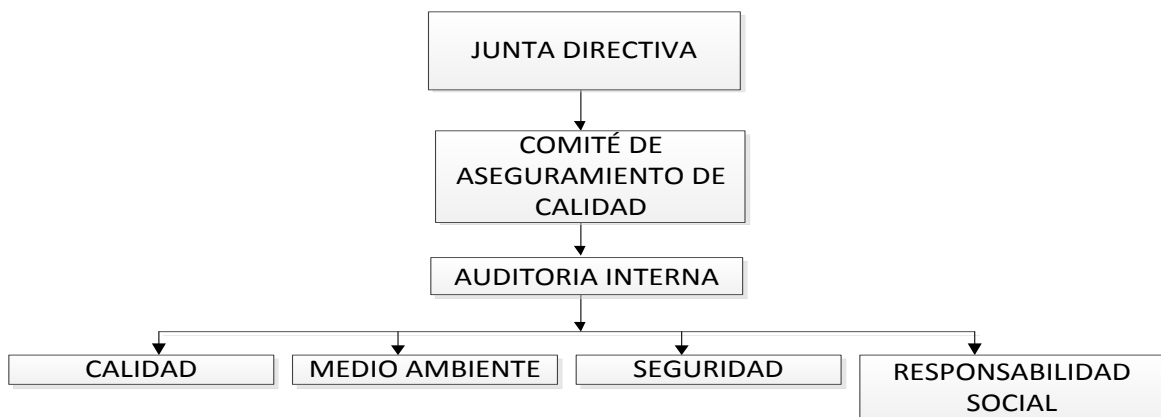


Imagen 41 Estructura orgánica del proyecto

### 4.3 GESTIÓN DE RIESGO

El proceso a seguir en la planificación de riesgos parte de las entradas provenientes del proceso de planificación, como lo son la EDT, las programaciones, los presupuestos, matriz de involucrados, pasando por un proceso en el que se desarrolla la identificación de riesgos, evaluación de riesgos, planificación de respuestas, y el plan de seguimiento y control.

El siguiente esquema muestra el proceso de planificación de riesgos.

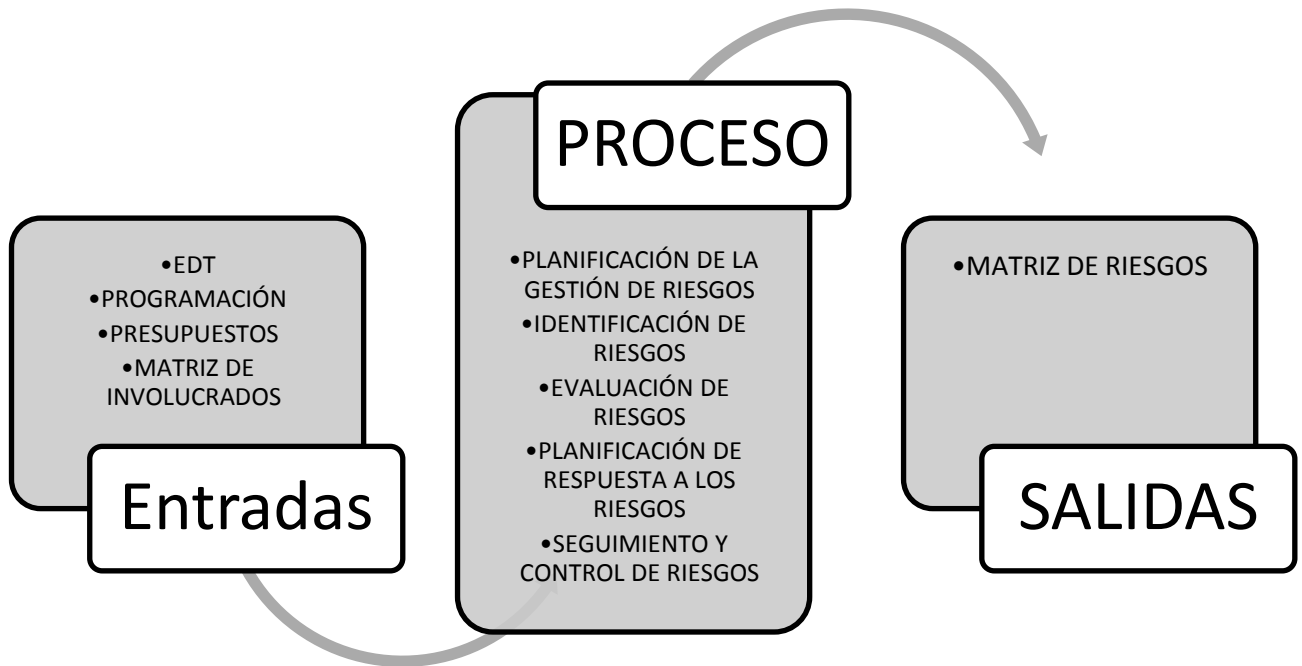


Imagen 42 Proceso de planificación de riesgos

La gestión de riesgos lleva a cabo el desarrollo de los siguientes pasos:

- 1) **Planificar gestión de riesgos:** Consiste en establecer las reglas como se gestionarán los riesgos, como se identificarán, calificarán, cuantificar y cuáles son las respuestas a preparar y seguimiento y control.
- 2) **Identificar riesgos:** Usando la EDT y programación se identificará que eventos podrían presentarse y afectar a los objetivos del proyecto principalmente al alcance a la duración y costo.
- 3) **Análisis de riesgos:** Una vez identificados los riesgos se procede a calificarlos, estableciendo prioridades de atención, para ello el análisis es efectuado de la siguiente manera:
  - a) **Análisis Cualitativo de Riesgos:** Es el proceso que consiste en priorizar los riesgos para realizar otros análisis o acciones posteriores, evaluando y combinando la probabilidad de ocurrencia y el impacto de dichos riesgos.

- b) **Análisis Cuantitativo de Riesgos:** Es el proceso que consiste en analizar numéricamente el efecto de los riesgos identificados sobre los objetivos generales del proyecto.
  
- c) **Planificar respuesta de riesgos:** También conocido como Plan de contingencia, proceso por el cual se desarrollan opciones y acciones para mejorar las oportunidades y reducir las amenazas a los objetivos del proyecto.
  
- d) **Control y monitoreo:** Proceso por el cual se implementan planes de respuesta a los riesgos, se rastrean los riesgos identificados, se monitorean los riesgos residuales, se identifican nuevos riesgos y se evalúa la efectividad del proceso contra riesgos a través del proyecto.

### 4.3.1. METODOLOGIA DE LA GESTION DE RIESGOS

La metodología a seguir en la gestión de riesgos, se realizara de la siguiente manera, observada en el siguiente diagrama:

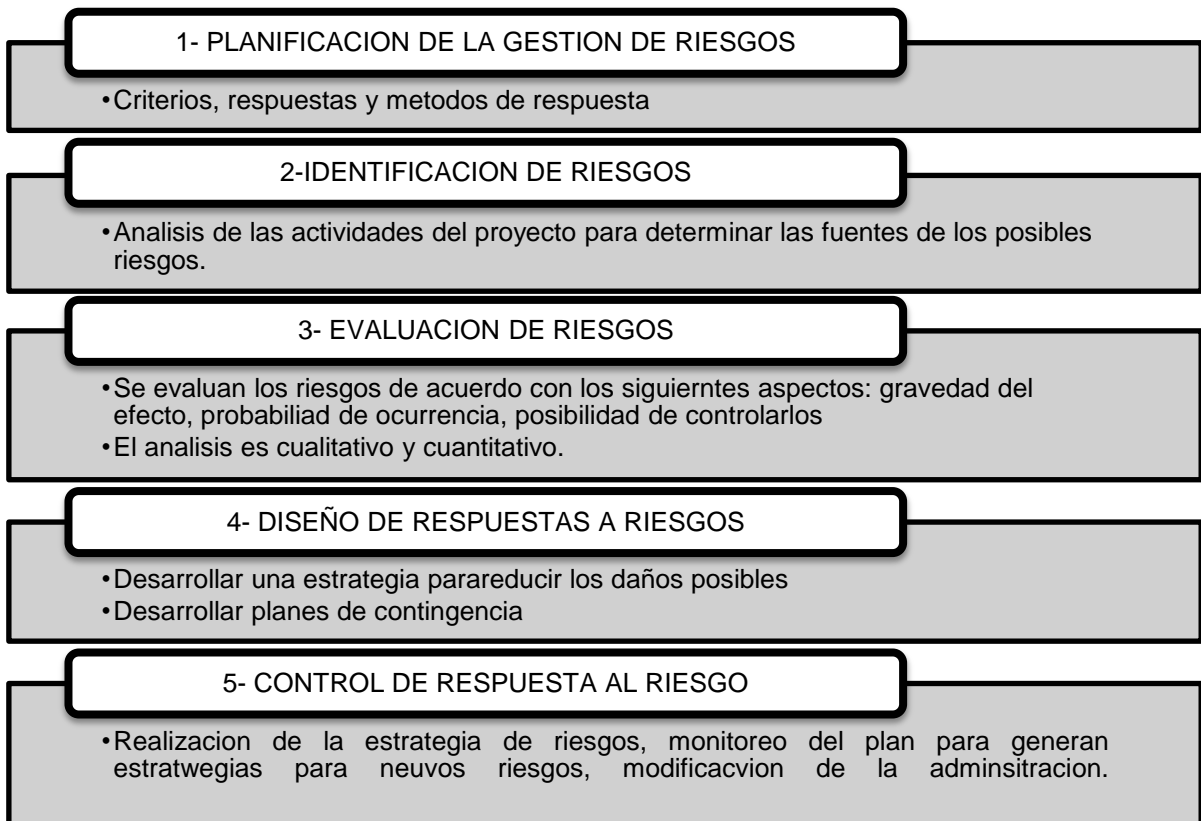


Imagen 43 Metodología de la Gestión de Riesgos



## **PLANIFICACION DE LA GESTION DE RIESGOS**

Se identificará y analizará los riesgos para desarrollar las estrategias adecuadas para abordarlos en caso de suceder.

Para la identificación de los mismos, téngase en cuenta que los riesgos enumerados en partes posteriores, son el resultado de un análisis de la naturaleza del proyecto por parte de los analistas y administradores del proyecto en ejecución y se ha considerado la situación en la que se encuentra actualmente el país.

La cualificación de los riesgos se realiza mediante la técnica de análisis de escenarios tomando como bases los criterios que esta técnica proporciona.

Se realiza también una evaluación cuantitativa relacionada con costos para identificar de manera más específica y fácil aquellos riesgos que representa mayor cantidad en costo para las finanzas del proyecto.

## **IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS**

La identificación de los riesgos es básicamente una lista de posibles riesgos que se pueda presentar en la realización de las actividades, se hará uso de la técnica de Estructura Desglosada de Riesgos (EDR) para facilitar la identificación de los riesgos en diferentes categorías.

## **CATEGORIZACIÓN DE RIESGOS**

Las categorías de los riesgos principales que se tomaran en cuenta que están representadas en la Estructura Desglosada de Riesgos se describen a continuación.

- **Riesgos externos:** Son los que provienen del entorno externo al proyecto y están fuera de su alcance.
- **Riesgos técnicos:** Se atribuyen a la parte operativa y de gestión administrativa del proyecto.
- **Riesgos organizacionales:** Situaciones referidas al proyecto y a la empresa, los cuales suelen ser controlables por el equipo del proyecto.
- **Riesgos de administración del Proyecto:** Esta clasificación incluye riesgos por errores en estimaciones y consideraciones de los proyectistas, las cuales, por motivos ajenos a su capacidad, no resulten ser exactamente como se había planificado, llámenseles errores en estimación, planeación de actividades, control de los mismos y comunicación.

## **ESTRUCTURA DESGLOSADA DE RIESGOS**

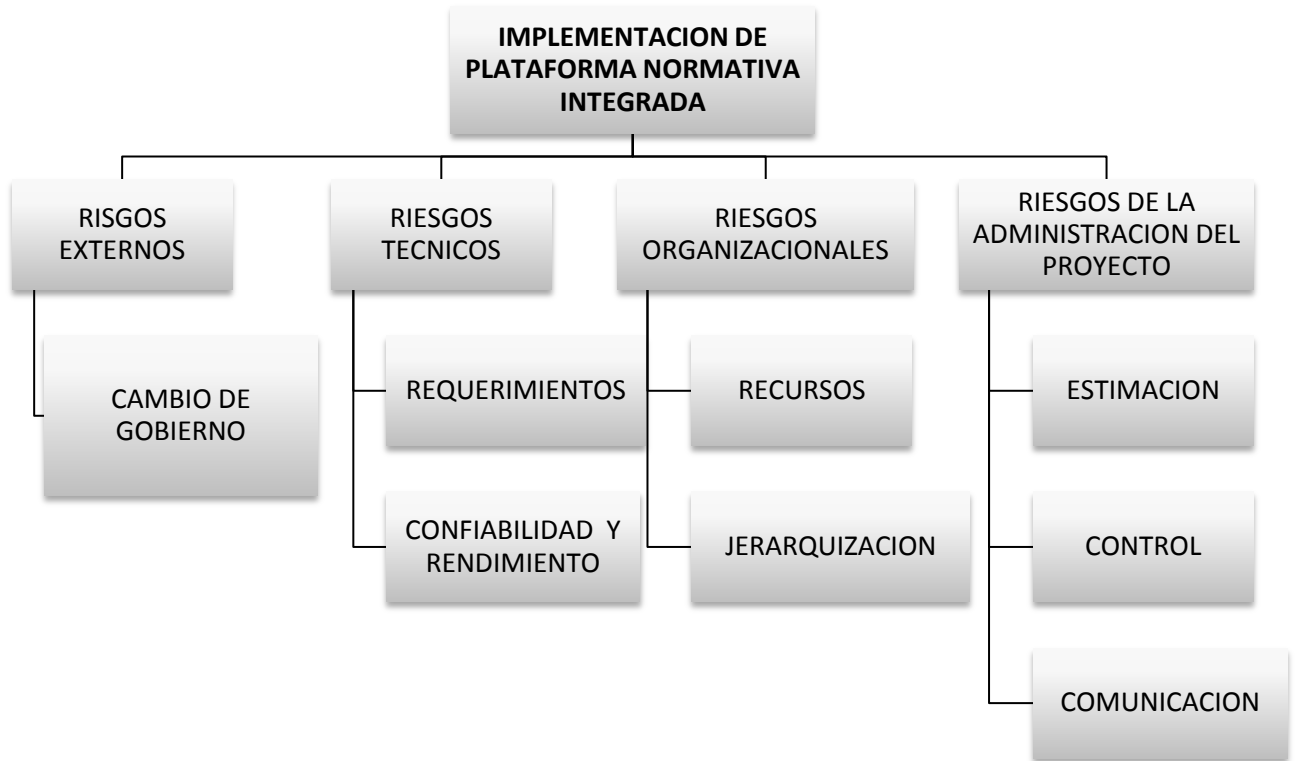


Imagen 44. Estructura desglosada de riesgos

## DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS DE RIESGO

Tabla 201 Definición de Categorías de Riesgos

CATEGORIA DE RIESGO	SUBCATEGORIA Y DESCRIPCIÓN	POSIBLES CAUSAS
<b>RIESGOS EXTERNOS</b>	<p><b>Cambio de Gobierno:</b> Riesgos atribuidos a los cambios políticos que se puedan dar en el país, justo en este momento se atraviesa un cambio de poder, por lo tanto se espera una mayor ayuda en términos generales, pero se corre el riesgo que no sea favorable para el proyecto.</p>	<p>Puntos de vista diferentes para atacar los problemas de salud en los hospitales de tercer nivel. Bajo nivel de prioridad del proyecto en los planes gubernamentales</p>
<b>RIESGOS TECNICOS</b>	<p><b>Requerimientos:</b> Riesgos referidos a requisitos establecidos por la normativa.</p>	<p>Incumplimiento de entrega de informes Incumplimiento de procedimientos y procesos de la normativa Fallos en el estudio de factibilidad técnica.</p>
	<p><b>Confiabledad y rendimiento:</b> Riesgos atribuidos al rendimiento operativo administrativo dentro del proyecto dentro de los resultados. Riesgos atribuidos al funcionamiento de la plataforma en cuanto a su rendimiento real y el esperado</p>	<p>Incumplimiento en la entrega o elaboración de documentos por parte de los involucrados. Falta de concordancia de la planificación con la ejecución.</p>
	<p><b>Recursos:</b> Riesgos referidos al recurso humano y su interés en la buena ejecución del proyecto.</p>	<p>Desinterés de los empleados o negligencia. Resistencia al cambio por la parte operativa</p>

<b>RIESGOS ORGANIZACIONALES</b>	<p><b>Jerarquización:</b> Riesgos atribuidos a ausencia de control en la toma de decisiones, incumplimiento de entregas o inadecuado uso de los medios de control. Riesgos asociados a mala distribución de responsabilidades, las cuales en primera instancia aparentaban ser adecuadas.</p>	<p>Conflicto en la toma de decisiones por parte de los involucrados. Mala estructuración de evaluación. Incumplimiento de jornadas de supervisión. Incumplimiento de entrega de informes. Desconocimiento de las actividades a realizar y el rubro que consecuentemente genera malas asignaciones de trabajo.</p>
	<p><b>Estimación:</b> Riesgos asociados a fallos por errores en las estimaciones de los administradores del proyecto tanto en la parte de programaciones y previsiones de recurso humano y financiero.</p>	<p>No tomar en consideración factores como el cambio de procesos sometidos a análisis; o bien que varíen de manera diferente a lo planificado.</p>
<b>RIESGOS DE ADMINSTRACION DEL PROYECTO</b>	<p><b>Comunicación:</b> Riesgo de problemas ocasionados por inconvenientes en la comunicación entre administradores del proyecto y cualquier parte del sistema de trabajo como lo son trabajadores.</p>	<p>Una mala política preestablecida de transferencia de información y comunicación. Malas bases sentadas de comunicación en la organización del sistema. Falta de recursos adecuados para una comunicación efectiva. (recursos no previstos o mal administrados)</p>

### Diccionario de riesgos

A continuación, se muestra los riesgos identificados por código:

- **Riesgos Externos:** RE
- **Riesgos Técnicos:** RT
- **Riesgos Organizacionales:** RO
- **Riesgos por Administración del proyecto:** RA

Tabla 202 Diccionario de Riesgos

Riesgo	Código de riesgo	Nombre de la actividad a la que pertenece	Descripción de actividad	Descripción del riesgo
<b>Cambio de gobierno</b>	RE1	Licitación pública	<p>Una vez aceptado el proyecto por los altos del MINSAL se tendrá que preparar una licitación para recibir ofertas de la creación el software de control que cumpla con todos los requisitos que exige el MINSAL.</p> <p>La licitación Pública es un procedimiento administrativo de preparación de la voluntad contractual, por el que un ente público en este caso el MINSAL en ejercicio de la función administrativa invita a los interesados para que, sujetándose a las bases fijadas en el pliego de condiciones, formulen propuestas de entre las cuales seleccionara la más conveniente.</p>	Riesgo de que el proyecto no encaje en los planes del gobierno, teniendo freno en su evolución y no podría entrar en los planes quinquenales.
<b>Requerimientos</b>	RT1	Oferta	El proyecto contiene lineamientos técnicos que los hospitales deben cumplir, las especificaciones que las normas exigen son de alta tecnología y a su vez con procesos previamente establecidos.	<p>Riesgo de incumplimiento de procedimientos y procesos de la normativa.</p> <p>Fallos en el estudio de factibilidad técnica</p>
<b>Confiabilidad y rendimiento</b>	RT2	Desarrollo del personal	Todos los participantes de la capacitación deberán recibir los manuales y material de apoyo correspondiente a la capacitación que recibirán, estos deberán de ser entregados por el personal que estará encargado de las capacitaciones.	<p>Riesgo de incumplir en la entrega o elaboración de documentos por parte de los involucrados.</p> <p>Falta de concordancia de la planificación con la ejecución.</p>

<b>Recursos</b>	RO1	Evaluación	<p>Para cumplir esta actividad se realiza la evaluación correspondiente en el área en estudio por el encargado de auditoría interna, teniendo como base los resultados generados por la autoevaluación que se realizó con anterioridad.</p> <p>Esto permitirá conocer con mayor precisión la situación actual de la empresa. Y se podrá tener un claro entendimiento del entorno de actuación que se debe de tener en el área en evaluación. Dando como resultado un informe de evaluación de resultados.</p>	<p>Riesgo del posible desinterés de los empleados o negligencia.</p> <p>Resistencia al cambio por la parte operativa</p>
<b>Jerarquización</b>	RO2	Seguimiento SIG	<p>Esta reunión semanal y mensual será para identificar problemas ocurridos sobre el funcionamiento general del sistema de información gerencial</p>	<p>Riesgos asociados a el entorpecimiento en el avance de ejecución del proyecto, atribuido a situaciones que no se controlasen de la mejor manera por parte de los administradores, entendiéndose decisiones erróneas o bien no las mejores.</p>
<b>Comunicación</b>	RA1	Examinar	<p>Esta reunión semanal y mensual será para identificar problemas ocurridos sobre el uso de los manuales y la herramienta.</p>	<p>Riesgo de una incorrecta actualización de la plataforma. Malas bases sentadas de comunicación en la organización del sistema.</p>

#### 4.3.1.1. ANÁLISIS DEL RIESGO

##### a) Análisis cualitativo de riesgos

Una vez identificados los riesgos se procede a realizar un análisis cualitativo que permite establecer un orden de prioridad de sus efectos sobre los objetivos del proyecto (coste, tiempo y alcance). Para este propósito se debe estimar la probabilidad de ocurrencia y el impacto negativo en el proyecto, los cuales al ser multiplicados dan el Nivel de Riesgo o criticidad.

**Nivel de riesgo** = Probabilidad x Impacto

El nivel de probabilidad de cada riesgo y su impacto sobre cada objetivo se evalúa bajo los siguientes parámetros:

-Basándose en la matriz de probabilidad e impacto.

		Amenazas					Oportunidades				
Impacto		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrofico	Catastrofico	Mayor	Moderado	Menor	Insignificante
Probabilidad		0.05	0.1	0.2	0.4	0.8	0.8	0.4	0.2	0.1	0.05
Casi seguro	0.9	0.05	0.09	0.18	0.36	0.72	0.72	0.36	0.18	0.09	0.05
Muy probable	0.7	0.04	0.07	0.14	0.28	0.56	0.56	0.28	0.14	0.07	0.04
Posible	0.5	0.03	0.05	0.10	0.20	0.40	0.40	0.20	0.10	0.05	0.03
Poco probable	0.3	0.02	0.03	0.06	0.12	0.24	0.24	0.12	0.06	0.03	0.02
Raro	0.1	0.01	0.01	0.02	0.04	0.08	0.08	0.04	0.02	0.01	0.01

Tabla 203. Matriz de probabilidad de Impacto

**b) Evaluación de impactos de riesgos**

<b>Evaluación del impacto de un riesgo en los objetivos principales del proyecto</b>					
<b>Objetivo del Proyecto</b>	Insignificante 0.05	Menor 0.10	Moderado 0.20	Mayor 0.40	Catastrófico 0.80
<b>Coste</b>	Aumento de coste insignificante	Aumento del coste < 10%	Aumento del coste del 10-20%	Aumento del coste del 20-40%	Aumento del coste > 40%
<b>Tiempo</b>	Aumento de tiempo insignificante	Aumento del tiempo < 5%	Aumento del tiempo del 5-10%	Aumento del tiempo del 10-20%	Aumento del tiempo >20%
<b>Alcance</b>	Disminución del alcance apenas perceptible	Áreas de alcance secundarias afectadas	Áreas de alcance principales afectadas.	Reducción del alcance inaceptable para el patrocinador	El elemento y terminado del proyecto es efectivamente inservible

Tabla 204 Evaluación de Impacto de Riesgos

Resumiendo, queda de la siguiente manera:

<b>Probabilidad</b>		<b>Impacto</b>	
Casi seguro	0.9	Catastrófico	0.8
Muy probable	0.7	Mayor	0.4
Posible	0.5	Moderado	0.2
Poco probable	0.3	Menor	0.1
Raro	0.1	Insignificante	0.05

Tabla 205 Resumen de Probabilidad de Impacto

Entonces, se asignará un nivel de riesgo de acuerdo a la siguiente tabla:

<b>RIESGO</b>	
<b>Nivel</b>	<b>Prob. X Imp.</b>
<b>Alto</b>	0.18 – 0.99
<b>Moderado</b>	0.05-0.17
<b>Bajo</b>	0.01 – 0.04

Tabla 206 Nivel de riesgo

Los aspectos más relevantes del proyecto que han sido analizados, de acuerdo a los parámetros establecidos anteriormente, se colocaran en una matriz de riesgos a efectos de poder realizar su valoración.



**c) Matriz de riesgo del proyecto**

Se presenta la matriz de riesgo del proyecto

Tabla 207 Matriz de riesgo del proyecto

Nro. De Ref.	Descripción del problema	Riesgo	Causas Raíz	Tipo de Riesgo		Categoría de Riesgo
				Amenaza	Oportunidad	
RE1	Prioridades en otros campos	Baja destinación de fondos	Jerarquía de proyectos	X		Externo
RT1	Satisfacer la demanda de las normas	Escasos requerimientos	Bajo presupuesto en tecnología		X	Técnico
RT2	Personal no calificado	Baja eficacia	Falta de conocimientos	X		Técnico
RO1	Fallo de auditoria interna	Incorrecta evaluación	Poco interés del operario	X		Organizacional
RO2	Incerteza en decisiones	Falta de objetivos	Lento avance en metas establecidas		X	Organizacional
RA1	Errónea visualización	Incorrecto ajuste en la plataforma	Falta de manuales actualizados		X	Administración

Nro. De Ref.	Objetivo de proyecto afectado				Tipo de Impacto		Probabilidad	Valoración de Impacto			
	Alcance	Tiempo	Costo	Calidad	Directo	Indirecto		Alcance	Tiempo	Costo	Calidad
RE1		X			X		0,50	0,80	0,8	0,8	0,8
RT1				X	X		0,50	0,40	0,7	0,8	0,2
RT2	X				X		0,30	0,80	0,4	0,4	0,8
RO1			X		X		0,70	0,80	0,4	0,2	0,8
RO2				X	X		0,30	0,80	0,8	0,4	0,8
RA1	X				X		0,50	0,80	0,4	0,2	0,8

Nro. De Ref.	Probabilidad por Impacto				Valoración Global del Riesgo	Prioridad
	Alcance	Tiempo	Costo	Calidad		
RE1	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	Media
RT1	0,2	0,35	0,4	0,1	0,31	Baja
RT2	0,24	0,12	0,12	0,24	0,144	Baja
RO1	0,56	0,28	0,14	0,56	0,336	Baja
RO2	0,24	0,24	0,12	0,24	0,24	Baja
RA1	0,4	0,2	0,1	0,4	0,24	Baja

## **PLANIFICACION DE RESPUESTA A LOS RIESGOS**

Una vez construida la matriz de riesgo, su impacto y la probabilidad de que ocurra, se procede a diseñar el plan de acción, que consiste en desarrollar una lista de acciones y actividades a ejecutar para cada riesgo identificado. Este plan de acción se incluye en el cronograma del proyecto, se deben de asignar responsables para su ejecución.

Las estrategias a emplearse son de categorizadas en cuatro tipos:

- **Eliminación:** Consiste en eliminar la amenaza, eliminando la causa que puede provocarla.
- **Transferencia:** La transferencia del riesgo busca trasladar las consecuencias de un riesgo a una tercera parte junto con la responsabilidad de la respuesta.
- **Mitigación:** Busca reducir la probabilidad o las consecuencias de sucesos adversos a un límite aceptable antes del momento de activación. Es importante que los costos de mitigación sean inferiores a la probabilidad del riesgo y sus consecuencias.
- **Aceptación:** Esta estrategia se utiliza cuando se decide no actuar contra el riesgo antes de su activación. La aceptación puede ser activa o pasiva.

**Matriz de Gestión de riesgo**

Se presenta la matriz de Gestión de riesgo del proyecto

Tabla 208 Matriz de Gestión de riesgo

<b>Código</b>	<b>Valoración global del riesgo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Consecuencias</b>	<b>Plan de contingencia</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Descripción</b>
<b>RE1</b>	0,4	Riesgo de nivel medio el cual presenta dificultad de una parte exterior como lo es el gobierno que ya posee directrices para atacar el campo de la salud.	Impedir que se logre dar el primer paso para el control interno de las operaciones de los hospitales de tercer nivel.	Incluir en los planes a pronto futuro del MINSAL y así ser cuestión de tiempo la ejecución del proyecto.	Transferencia	Transferir el proyecto a una oferta posterior
<b>RT1</b>	0,31	Riegos de bajo nivel ya que los hospitales de tercer nivel cuentan con tecnología de alta gama.	El incumplimiento de los lineamientos de cualquiera que sea la norma en evaluación.	Estudio de áreas constantemente junto a la actualización de los requisitos de las normas establecidas	Eliminación	Al prever la falta de algún accesorio tecnológico, se elimina el factor sorpresa.
<b>RT2</b>	0,144	Riesgo de bajo nivel ya que se cuenta con personal calificado para guiar a la mayoría.	Generar inestabilidad en la cadena de servicios en los hospitales de tercer nivel.	Constante evaluación de los conocimientos de los operarios.	Mitigación	Detectar la falla y fortalecer el área donde se da la dificultad.

<b>RO1</b>	0,336	Riesgo de bajo nivel en el fallo de la auditoria interna, junto a una incorrecta evaluación	Disminuir la credibilidad y factibilidad de la herramienta.	Reconocimiento a los operarios que ayuden a mejorar las áreas que evalúan.	Eliminación	Se elimina el poco interés del operario, para aumentar su esfuerzo por un reconocimiento de desempeño.
<b>RO2</b>	0,24	Riesgo de bajo nivel en la incerteza de las decisiones administrativas por la falta de objetivos continuos gracias al lento avance en las metas establecidas.	Decrecimiento en el desarrollo de la autoevaluación continúa y el freno de la mejora continúa	Crear suplentes de los puestos del sistema de información gerencial para la sustitución de puestos que tengan bajo rendimiento	Transferencia	Se debe contar con más de un punto de vista en cualquier puesto con el añadido que puede sustituirlo y gozar de los beneficios que gozaba el titular
<b>RA1</b>	0,24	Riesgo de bajo nivel en la errónea visualización en el ajuste de la plataforma por la falta de manuales actualizados	Desestabilización del plan de acción del proyecto.	Creación de manuales actualizados a lo que demandan las normas por las que se rige la plataforma	Eliminación	Se debe contar con los manuales que en el futuro sean de relevancia para el óptimo funcionamiento de la plataforma

## **CONTROL Y MONITOREO**

El proyecto requiere monitoreo y control debido a que:

- a) Los riesgos cambian
- b) Las prioridades cambian y se da lugar a una nueva planeación de la administración del riesgo.

<b>TAREAS DE CONTROL DE RIESGO</b>	<b>MECANISMOS ADOPTADOS PARA EL MONITOREO DE LOS RIESGOS</b>
Selección de estrategias alternativas. Implementar plan de contingencia. Tomar medidas correctivas. Modificar el plan del proyecto.	Calendarizar las tareas de mitigación de riesgos. Programar reuniones semanales con el equipo de trabajo Actualizar el plan de respuesta al riesgo.

Tabla 209 Control y Monitoreo de Riesgos

Cada vez que se presenten nuevos riesgos se aplicaran los seis procesos de la administración del riesgo:

- Planificación de la administración del riesgo.
- Identificación del riesgo.
- Análisis cualitativo del riesgo.
- Análisis cuantitativo del riesgo.
- Planeación de la respuesta del riesgo.
- Monitoreo y control del riesgo.

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## CONCLUSIONES

### Diagnostico

- **Conclusiones objetivos específicos**

- Luego de realizar las evaluaciones de los documentos que poseía el MINSAL se logró la validez de los documentos en el estudio y así no caer en la recolección de información inválida.
- El propósito de las visitas que se llevaron a cabo era para poder conocer sobre normas salvadoreñas que actualmente se manejan en el país, en definitiva durante este periodo de investigación no existe una norma base en el país para los centros públicos.
- Es importante destacar la referencia que nos brindaron las normas internacionales, de esta forma logramos recopilar normas aplicables para los hospitales nacionales.
- El propósito de la comparación de El Salvador en relación a los países ya mencionados de este modo identificamos las oportunidades de mejora, podríamos destacar que el país se encuentra a un término medio de cumplimiento con respecto a ellos.
- El presente estudio posee un cruce de información que genero el modelo normativo integral, como consecuencia de los evaluaciones correspondientes y utilizar los métodos mencionados, se concluye que el modelo normativo integral posee validez y factibilidad.

- **Conclusiones del taller**

- En primer lugar se tuvo que conocer los puntos de vista de la dinámica de los doctores siendo los expertos en el campo, para poder guiar la investigación por el campo correcto.
- El segundo aspecto se basa en el código de colores que se describió, de esta forma determinar el nivel de cumplimiento que posee el MINSAL con respecto a los índices, líneas de acción, bloques, categorías evaluados.
- Es esencial el método que se usó en la calificación del taller, el método Hanlon ayudo a construir un banco de indicadores solido con respaldo de los expertos.
- Desde el punto de vista de los expertos elaboramos el modelo normativo integrado cuenta con tres armas de sostenibilidad; limpieza de información, prioridades de las autoridades del MINSAL y la valoración de cada pregunta del cuestionario.

- **Conclusión general**

- Como consecuencia de las evaluaciones y métodos ya conocidos y mencionados con anterioridad, se concluye que se conoció la situación actual del MINSAL al comparar cada índice, indicador, categoría, bloque con el

funcionamiento actual del MINSAL, asimismo la obtención del modelo normativo integrado que ayudara a una correcta implementación de las normativas encaminadas al logro de la excelencia además en la elaboración del FODA se evidencia el gran potencial de crecimiento que pueden tener los tres hospitales de tercer nivel de la capital con el correcto control por parte de las autoridades pertinentes del MINSAL, las estrategias tienen un núcleo que no debemos olvidar y es el bajo control que se tiene en la actualidad para eliminar esa debilidad se diseñara la PLATAFORMA NORMATIVA que será capaz de generar el resultado específico para conocer lo que debemos mejorar día con día para llegar a ser la institución que el país merece.

## **Diseño de la solución**

- **Conclusiones objetivos específicos**

- Se realizaron visitas a la unidad de dirección de tercer nivel atrás de esto se obtuvo la información sobre la organización y funcionamiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel que sirvieron de base para el diseño de la plataforma de control.
- Se realizó un análisis y clasificación de los indicadores para la certificación que se deben cumplir en una acreditación con diferentes agrupamientos como requisitos y aspectos de certificación que se utilizaran para evaluar el cumplimiento que se tiene en los cuatro campos de certificación que son: calidad, medio ambiente, seguridad y responsabilidad social; teniendo como resultado el diseño de la herramienta para la medición de dichos criterios de evaluación.
- Luego de realizar el panel de expertos donde se evaluaron los aspectos de certificación que se utilizaron para el diseño de la plataforma se logró la validez de las normas establecidas que se utilizaran en el diseño de la herramienta.
- Es importante destacar la referencia que nos brinda AENOR sobre los campos de certificación para servicios, las normas que se utilizan en las gestiones empresariales y que sirven de base para el diseño de la plataforma.
- Se clasifico los indicadores en tres diferentes niveles de control que son: básico, intermedio, avanzado. Estos obedecen el nivel de complejidad y exigencias, lo cual permite evaluar el nivel de cumplimiento en las diferentes área general en las que se utilizara la herramienta.
- Se presenta la plataforma de control seccionada por niveles, la herramienta incluye la columna de ayuda para la fácil ubicación de la información requerida para la evaluación de los criterios de control.
- El análisis FODA permitió generar estrategias que fueron plasmadas en un plan de acción acoplado a las necesidades de la unidad dirección de tercer nivel del MINSAL y con la Misión del MINSAL.
- Se diseñó un demo de un software que permitiría medir el nivel de cumplimiento de las áreas objetivos con mayor facilidad y para el cual también se diseñó una propuesta de manual de usuario en el que se detalla los pasos a seguir para su correcta utilización.
- La plataforma digital de control es una solicitud directa de la unidad de dirección de tercer nivel del MINSAL para el control de sus áreas generales y poder tener un monitoreo del nivel de cumplimiento de los criterios ya



mencionados para una próxima certificación, y generar información oportuna para la toma de decisiones y ejecución de acciones para encaminar las acciones hacia la excelencia.

De manera general, se concluye que en este documento se encuentra plasmado el diseño de la plataforma de control seccionado por niveles, que está basado los campos de certificación que proporciona AENOR y en los criterios de verificación que se obtuvieron en la etapa de diagnóstico, cuyo fin es mejorar el control de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel para poder encaminar los esfuerzos a una mejor atención a sus usuarios y encaminar el servicio hacia la excelencia.

- **Conclusión general**

- Como consecuencia de la información brindada de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel, de las normas establecidas a implantar y de los campos de certificación que se utilizan en la gestión empresarial, se concluye que se ha diseñado una plataforma seccionada por niveles que se ha adaptado a la gestión empresarial que abarca y cumple las necesidades expuestas por el MINSAL al clasificar cada criterio a verificar por nivel de complejidad y a su vez por requisito, aspecto y campo de certificación, así se logró la obtención de la PLATAFORMA NORMATIVA que ayudara en el control por parte de las autoridades pertinentes del MINSAL y una correcta implementación de las normativas encaminadas al logro de la excelencia.

### **Plan de implementación**

- Para implementar la plataforma seccionada por niveles en las áreas generales de los hospitales de tercer nivel se debe de realizar una inversión significativa en equipo de computadora, preparación de recurso humano y creación de plataforma digital que permitan el funcionamiento óptimo de la herramienta.
- La implementación completa de la plataforma de control tendrá un total de 90 días. Se necesitará la contratación de 1 figuras en el MINSAL, un encargado de la auditoría interna o la capacitación y preparación de un miembro del MINSAL para llevar a cabo la implementación de la herramienta.

### **Evaluaciones**

En la comparación de plataforma con otras herramientas que podrían dar solución a la problemática del MINSAL, se puede concluir que la plataforma seccionada por niveles es una herramienta personalizada a las necesidades expuestas en el MINSAL brindando una plataforma de control para cada una de las áreas generales que comparten los tres hospitales de tercer nivel, criterios de evaluación priorizados para controlar y mejorar los eslabones débiles en la cadena de servicios de atención especializada de entidad de salud.

Se puede concluir que el proyecto de implementar la plataforma seccionada por niveles en las áreas generales de los hospitales de tercer nivel es factible, pues su comparación con otras herramientas similares muestra que es la más económica y que brinda beneficios más específicos para atender las necesidades expuestas por el MINSAL en las áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel del MINSAL.

Por la naturaleza del proyecto consideramos que la evaluación social tiene una gran importancia en el trabajo de investigación se puede observar que la aplicación de la plataforma seccionada por niveles para los hospitales de tercer nivel del MINSAL, será beneficiosa para cada una de las áreas generales que comparten los hospitales, ya que ayudara a cumplir sus objetivos a través del buen control de sus servicios y los efectos que este generara en la percepción del clientes tanto externo como interno será un primer paso positivo para una futura acreditación.

Los principales beneficiados serán los usuarios con necesidad de un servicio especializado que son la razón de ser del Tercer nivel de atención. Como se puede ver en la siguiente tabla.

<b>Hospital</b>	<b>Beneficio Social</b>
<b>Benjamín Bloom</b>	\$102.32
<b>Doctora María Isabel Rodríguez</b>	\$8.44
<b>Nacional Rosales</b>	\$1,966.23
<b>Total</b>	\$2,076.98

En general, la implementación de la plataforma seccionada por niveles para las áreas generales que comparten los hospitales de tercer nivel de atención, no solo es factible desde el punto de vista económico, sino que es necesario, pues este permitirá llegar a más personas que requieren de servicios de tercer nivel de atención en la sociedad salvadoreña.

### **Conclusión de objetivo general**

La meta más anhelada por los hospitales de tercer nivel es mejorar el servicio de atención de pacientes pertenecientes a este nivel, la efectividad que la herramienta pueda generar en estas instituciones causara como efecto variables de desempeño que hablaran con hechos; el correcto establecimiento de metas, ajustes de costos y tiempos de espera adecuado a la situación, junto a una correcta evaluación del desempeño son las variables que con la mejora continua, la unión del esfuerzo humano que forma parte del hospital es esencial para poder lograr generar este cambio en la atención de pacientes de los hospitales de tercer nivel, de la mano con lineamientos normativos que integraremos con el tiempo colocaran a los principales hospitales de tercer nivel del país en centros de atención en salud con calidad y excelencia.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la unidad de coordinación de hospitales nacionales del MINSAL la ampliación de la plataforma de control seccionado por niveles para su aplicación en todos los hospitales de segundo nivel y unidades de atención del primer nivel para mejorar el control brindado por el MINSAL y poder mejorar así el servicio brindado a la población. Con esta ampliación se podría beneficiar en su totalidad a las redes integradas e integrales de servicios de salud (**RIISS**).
- Para conseguir mejoras de rendimiento del uso de recursos destinados para el tercer nivel se debe implementar correctamente la herramienta de control brindada por este proyecto, siguiendo la metodología para la preparación de la entidad de salud, la capacitación de personal, la recolección de datos, la matriz de control y las correctas evaluaciones dentro de la plataforma. Para poder así aplicar de mejor manera la gestión empresarial que se espera tener en las áreas generales de los tres hospitales de tercer nivel.
- Es requerido, en el caso del Sistema de Información Gerencial, si se desea optimizar los flujos de información, y la verificación rápida de los resultados que se están obteniendo, desarrollar el sistema en una plataforma diferente, que pueda manejar los datos en línea, para ello es requerido de equipo especializado en el Área.
- Los encargados de la implementación deben de ser capacitados por personas conocedoras de la Gestión empresarial e la auditoria interna, y con vasta experiencia en técnicas de ingeniería y además se insta a la alta Dirección del MINSAL a brindar el apoyo para el funcionamiento en el tiempo de la aplicación de la plataforma seccionada por niveles en las áreas generales que comparten los tres hospitales de tercer nivel.
- Se debe solicitar la contratación de un especialista para el puesto de Auditor Interno para la revisión la correcta implementación de la herramienta y para la obtención de resultados esperados y la evaluación del nivel de cumplimiento de las áreas generales de los hospitales de tercer nivel para poder garantizar la confianza de los pacientes.
- Por otro lado en el lado de las actitudes proponemos un manual de coaching con el objetivo de desarrollar actitudes positivas para la correcta implementación de la herramienta y enfocar los esfuerzos de los empleados del MINSAL a mejorar la atención de salud y les sea más sencillo la adaptación al cambio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- MINISTERIO DE SALUD, (2018), Reseña histórica Institucional. Consultado el jueves 8 de marzo de 2018. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/>
- Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS, (2012), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en : [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_sala\\_situacional\\_riiss.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_sala_situacional_riiss.pdf)
- Estándares para la certificación de hospitales, (2018). Consultado el jueves 8 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.isotools.org/2015/05/13/estandares-para-la-certificacion-de-hospitales/>
- Modelo de Gestión Hospitalaria, (2018). Consultado el jueves 8 de marzo de 2018. Disponible en: [http://www.hospitaljuanmanuelgalvez.org/yahoo\\_site\\_admin/assets/docs/Documento\\_Modelo\\_de\\_Gesti%C3%B3n\\_Hospitalaria\\_2014.304152743.pdf](http://www.hospitaljuanmanuelgalvez.org/yahoo_site_admin/assets/docs/Documento_Modelo_de_Gesti%C3%B3n_Hospitalaria_2014.304152743.pdf)
- Ministerio de Salud transparencia, (2011), Consultado el jueves 8 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal>
- Carta iberoamericana de la calidad, (2008). Consultado el jueves 8 de marzo de 2018, Disponible en : [http://observatorioserviciospublicos.gob.do/baselegal/carta\\_iberamericana\\_de\\_calidad.pdf](http://observatorioserviciospublicos.gob.do/baselegal/carta_iberamericana_de_calidad.pdf)
- Acreditación de Competencias Profesionales en Andalucía, (2013), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://es.slideshare.net/iliturgi/acreditacin-de-competencias-profesionales-en-andaluca>
- Manual de procesos en la atención hospitalaria, (2014), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en : [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual\\_de\\_procedimientos\\_atencion\\_hospitalaria.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_de_procedimientos_atencion_hospitalaria.pdf)
- ISO 9001, (2014), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en : <https://www.grupoacms.com/iso9001.php?fbclid=IwAR3jglCJC2VBUygRji5Cu1sjYkgZU8lgaTuladrUPuAFDKJgJoyYeZNPJE8>
- ISO 13485 Sistemas de Gestión de la Calidad en Productos Sanitarios, (2014) , Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en : [http://www.intedya.com/internacional/4/consultoria-sistemas-de-gestion-de-la-calidad-en-productos-sanitarios-iso-13485.html?fbclid=IwAR01V\\_sJQ7\\_Y7oDsc-uhWzUoFVpbcUPWu-JiPwrnbpAntMi2khEelCyg8](http://www.intedya.com/internacional/4/consultoria-sistemas-de-gestion-de-la-calidad-en-productos-sanitarios-iso-13485.html?fbclid=IwAR01V_sJQ7_Y7oDsc-uhWzUoFVpbcUPWu-JiPwrnbpAntMi2khEelCyg8)
- Cartas de Servicios,(2011), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [https://docplayer.es/33180558-Cartas-de-servicios-la-experiencia-y-los-requisitos-de-aenor-en-la-certificacion-alicante-27-de-octubre-del-2011.html?fbclid=IwAR1TWZ9x0jMVLXZ3yeEhW\\_hYVLLilwxxnBD9s-tqg2Zawko0mNAOP9\\_hoJ0](https://docplayer.es/33180558-Cartas-de-servicios-la-experiencia-y-los-requisitos-de-aenor-en-la-certificacion-alicante-27-de-octubre-del-2011.html?fbclid=IwAR1TWZ9x0jMVLXZ3yeEhW_hYVLLilwxxnBD9s-tqg2Zawko0mNAOP9_hoJ0)
- Requisitos de documentación en ISO 13485 – Producto sanitario,(2018), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en:[https://www.oqotech.com/blog/informatizacion-de-procesos/requisitos-de-documentacion-en-iso-13485-producto-sanitario/?fbclid=IwAR24SLQYXcKXJBS2YfC6y61W4tQ9qakSDyo4GINTO0SMdIX-zyJd6p\\_IPwE](https://www.oqotech.com/blog/informatizacion-de-procesos/requisitos-de-documentacion-en-iso-13485-producto-sanitario/?fbclid=IwAR24SLQYXcKXJBS2YfC6y61W4tQ9qakSDyo4GINTO0SMdIX-zyJd6p_IPwE)

- La certificación ISO 14001, (2015), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://www.fao.org/3/ad818s/ad818s08.htm?fbclid=IwAR09DgBBwocmBhk2x6VqE82eBeVaqd1R190F5C76fZ0OxX7i3CivoAiq7Es>
- Verificación de informes de Emisiones de Efecto Invernadero,(2012), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [https://www.tuv-sud.es/es-es/servicios/actividades/consultoria-e-implantacion-de-sistemas-de-gestion/verificacion-de-informes-de-emision-de-gases-efecto-invernadero?fbclid=IwAR3pnUlleQgj4pnSJCAOO9M\\_hxMoCiKwxo4sVB6UteMzsOcWyBiUkGfA9-8#tab\\_1483446859623022110252](https://www.tuv-sud.es/es-es/servicios/actividades/consultoria-e-implantacion-de-sistemas-de-gestion/verificacion-de-informes-de-emision-de-gases-efecto-invernadero?fbclid=IwAR3pnUlleQgj4pnSJCAOO9M_hxMoCiKwxo4sVB6UteMzsOcWyBiUkGfA9-8#tab_1483446859623022110252)
- Gestión de la seguridad y salud en el trabajo,(2012), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [https://www.gestiopolis.com/gestion-seguridad-salud-en-el-trabajo/?fbclid=IwAR1Utv1cqXqKNKfdeL6c9hno8CWTLehEcTWZa\\_tq-qASwCYjZ1PBdze2Og](https://www.gestiopolis.com/gestion-seguridad-salud-en-el-trabajo/?fbclid=IwAR1Utv1cqXqKNKfdeL6c9hno8CWTLehEcTWZa_tq-qASwCYjZ1PBdze2Og)
- ISO 22000 Sistemas de Gestión de Seguridad Alimentaria, (2018), ), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://www.lrq.es/certificaciones/iso-22000-norma-seguridad-alimentaria/?fbclid=IwAR30YGhofheyMyjCZbsAwY6ZNTWp6RrPeTtioTaa6X64hFAR3ZICv-N-qLM>
- Gestión de la seguridad de la Información ISO 27001,(2014), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://www.aenor.com/certificacion/tecnologias-de-la-informacion/seguridad-informacion?fbclid=IwAR00EoGHwLk3uwtMwEV2vTTCSrjo0McWn9XCtMkU1vesysPLtJoatitZ3-8>
- Auditoría Reglamentaria de Prevención de Riesgos Laborales,(2015), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://www.aenor.com/certificacion/riesgos-y-seguridad/prevencion-riesgos-laborales?fbclid=IwAR3T12LaH0Tzuup8XdaNNEJgZXtVo1sdW4BFzi1TozsEDzJCG04Vmzl0gs8>
- Protocolos BRC: Nueva versión v.08 , ,(2015), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://www.aenor.com/certificacion/alimentacion/brc-protocolos-alimentarios?fbclid=IwAR3T12LaH0Tzuup8XdaNNEJgZXtVo1sdW4BFzi1TozsEDzJCG04Vmzl0gs8>
- BRC IOP: Garantiza la seguridad del envasado y embalaje,(2017), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [https://actualiagrupo.com/blog/seguridad-alimentaria/brc-iop-seguridad-ensado-embalaje.html?fbclid=IwAR24SLQYXcKXJBS2YfC6y61W4tQ9qakSDyo4GINTO0SMdIX-zyJd6p\\_IPwE](https://actualiagrupo.com/blog/seguridad-alimentaria/brc-iop-seguridad-ensado-embalaje.html?fbclid=IwAR24SLQYXcKXJBS2YfC6y61W4tQ9qakSDyo4GINTO0SMdIX-zyJd6p_IPwE)
- IFS Food 6.1 , (2018), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [https://www.ifs-certification.com/index.php/es/standards/2816-ifs-food-es?fbclid=IwAR0OL0WLJ0Y3K9A9mb-6GOje5FG7h2uYAogVn4cZ\\_9kJbujtXsQLbwTDjjsk](https://www.ifs-certification.com/index.php/es/standards/2816-ifs-food-es?fbclid=IwAR0OL0WLJ0Y3K9A9mb-6GOje5FG7h2uYAogVn4cZ_9kJbujtXsQLbwTDjjsk)
- Responsabilidad social corporativa,(2016), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://responsabilidad-social-corporativa.com/>
- Gestión de la accesibilidad universal, (2017), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://es.slideshare.net/jmolayo/gestin-de-la-accesibilidad-universal?fbclid=IwAR3T12LaH0Tzuup8XdaNNEJgZXtVo1sdW4BFzi1TozsEDzJCG04Vmzl0gs8>

- Política Nacional de Salud 2015-2019,(2015), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/politica-nacional-de-salud-2015-2019/>
- Determinación de prioridades por el Método Hanlon,(2012), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126k.pdf>
- Métodos de priorización,(2008), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://www.um.es/esyec/gtes/pdf/2008/GSprioridades.pdf>
- Política Nacional de Calidad,(2010), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en:[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica\\_nacional\\_de\\_calidad.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica_nacional_de_calidad.pdf)
- Plan Estratégico 2014-2019,(2013), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/download/plan-estrategico-2014-2019/>
- Fondo Nacional de recursos, estándares de evaluación y seguimiento para la mejora de la calidad de los Institutos de Medicina Altamente Especializada,(2012) Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [http://www.fnr.gub.uy/publicaciones\\_tecnicas](http://www.fnr.gub.uy/publicaciones_tecnicas)
- Programa Nacional de Garantía de la calidad de los servicios de salud en El Salvador,( 2005), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/Programa\\_garantia\\_calidad\\_servicios\\_salud.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/Programa_garantia_calidad_servicios_salud.pdf)
- Ramo de Salud, (2015), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://www.transparenciafiscal.gob.sv/downloads/pdf/3200-DGP-PR-2017-546.pdf>
- Estándares para implementar el modelo de hospitales ,(2015) ), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo\\_de\\_seguridad/hospitales/ED2017-v5-3aEdicion-EstandaresHospitales2015-v3.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/ED2017-v5-3aEdicion-EstandaresHospitales2015-v3.pdf)
- MANUAL DE PROCESOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA,(2014), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual\\_de\\_procedimientos\\_atencion\\_hospitalaria.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_de_procedimientos_atencion_hospitalaria.pdf)
- MANUAL GENERAL DE DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO: Tomo I (2014), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual\\_general\\_descripcion\\_puestos\\_14052014\\_tomol.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_general_descripcion_puestos_14052014_tomol.pdf)
- Código de salud,(1989), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/regulacion/codigo\\_de\\_salud.pdf](http://rrhh.salud.gob.sv/files/webfiles/regulacion/codigo_de_salud.pdf)
- ESTRATEGIA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS,(2012), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia\\_calidad\\_hospitales.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia_calidad_hospitales.pdf)
- MODELO DE GESTION HOSPITALARIA,(2012), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://www.politopedia.cl/wp-content/uploads/2016/06/MODELO-DE-GESTI%C3%93N-HOSPITALARIA.-SECRETARIA-DE-SALUD.-HONDURAS.2012.pdf>
- Diseño de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001-2008 para el Hospital Nacional,(2008), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/5066/>
- Calidad en salud en Colombia,(2008), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en:

- <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud,(2007), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
  - Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil,(2010), Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n4/v12n4a01.pdf>
  - Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos(2015) Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-4:v2:es:sec:B>
  - NORMA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA(2008) Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-proyecto-holanda&alias=567-indicador-4-n-5-auditoria-calidad-atencion-fch&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-proyecto-holanda&alias=567-indicador-4-n-5-auditoria-calidad-atencion-fch&Itemid=235)
  - NORMA TÉCNICA DE CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA (2009) Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://www.hospitalmilitar.gov.co/sites/default/files/Planeacion%20gestion%20y%20control/Manual%20de%20Calidad%20M-UGGC-01V3.pdf>
  - MANUAL DE CALIDAD DEL HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA DE CHONE (2015) Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/MANUAL-DE-CALIDAD-hosp-chone-octubre-13.pdf>
  - Resolución Ministerial (2016) Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/192132-502-2016-minsa>
  - Mejora del desempeño a través de la aplicación de técnicas de ingeniería industrial para el desarrollo de la Asociación Salvadoreña de ayuda humanitaria PRO-VIDA (2013) Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/3271/>
  - Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International (2011) Consultado el miércoles 23 de enero de 2019, Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad\\_paciente/es\\_def/adjuntos/2\\_Doc\\_referencia/JCI%204a%20Edicion%20EstandaresHospitales2011.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/es_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI%204a%20Edicion%20EstandaresHospitales2011.pdf)

## GLOSARIO TÉCNICO

- **Control de calidad:** es el conjunto de los mecanismos, acciones y herramientas realizadas para detectar la presencia de errores.
- **Reglamento Técnico:** es un documento en el que se establecen las características de un producto o los procesos y métodos de producción con ellos relacionados, con inclusión de las disposiciones administrativas aplicables, y cuyo cumplimiento es obligatorio.
- **Accesibilidad organizacional:** universal es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.
- **Gestión Administrativa:** es la forma en que se utilizan los recursos escasos para conseguir los objetivos deseados.
- **Adecuación:** es la propiedad de los textos basada en el cumplimiento de ciertas normas y principios relacionados con el emisor, receptor, el tema y la situación, y que afecta a la estructura, pertinencia y comprensibilidad de un texto.
- **Nivel Técnico:** la posición relativa de determinados conjuntos de elementos en su disposición en diferentes planos de organización de un sistema; se sugiere de este modo, una disposición según una jerarquía; a su vez, una jerarquía o nivel determinado, puede ser considerado como sistema, dentro del sistema más general.
- **Humanización:** es un concepto muy complejo que proviene de las ciencias sociales y que hace directa referencia al fenómeno mediante el cual un objeto inanimado, un animal o incluso una persona adquiere determinados rasgos que son considerados humanos y que no poseía antes. Es importante señalar que el término humanización da cuenta de un proceso que se lleva a cabo por un tiempo determinado y que tiene como fin la conversión del sujeto u objeto en cuestión en algo más parecido a lo que se entiende normalmente por ser humano.
- **Exploración Física:** es el conjunto de maniobras que realiza un médico para obtener información sobre el estado de salud de una persona.
- **Equidad:** hace referencia a la igualdad de ánimo. El concepto se utiliza para mencionar nociones de justicia e igualdad social con valoración de la individualidad. La equidad representa un equilibrio entre la justicia natural y la ley positiva.
- **Marco Interpretativo:** es la herramienta metodológica para el análisis de las metodologías, procesos, protocolos y normas aplicadas en el Ministerio.
- **Metas estratégicas:** es la proyección de los resultados esperados atrás del uso de los recursos.
- **Alianza y recursos:** es la conformación de alianzas estratégicas que permiten el uso óptimo de los recursos.
- **Importancia:** es la parte de mayor valor o interés que puede llegar a influir la obtención de resultados.
- **Magnitud:** es la medición de la relevancia en comparación con una escala determinada.
- **Profundidad:** es un valor específico determinado que es medido contra un aspecto de referencia.
- **Factibilidad:** es el valor en el cual se estima la probabilidad de realizar la actividad óptimamente.



- **Proyección Social:** es una de las funciones sustantivas de la institución y su finalidad es propiciar y establecer procesos permanentes de interacción e integración con agentes y sectores sociales e institucionales, con el fin de manifestar su presencia en la vida social y cultural del país.
- **Imprescindible:** es o se considera tan necesario que no se puede prescindir de él o no se puede dejar de tener en consideración.
- **Recomendable:** Es un factor con un nivel de importancia alto que es digno de comunicarlo.
- **Factores de Priorización:** Elementos de clasificación que contribuye a la importancia con respecto a otros, ya que contribuyen al alcance de metas.
- **Factores de Relevancia:** Elementos de clasificación que contribuye a la a destacar un factor con respecto a otros.
- **Criterios Atribuibles:** es una especie de condición subjetiva que se pueden atribuir y que permite concretar una elección. Se trata, en definitiva, de aquello que sustenta un juicio de valor.
- **Responsabilidad del hospital:** Los Hospitales responden frente a sus pacientes por aquellos daños causados por actos u omisiones negligentes realizados por sus empleados y funcionarios. Empleados tales como, enfermeras, técnicos de laboratorios, personal de asistencia a los pacientes, entre otros.
- **Demoras:** El retraso en un proceso o una actividad. La dilación, la tardanza.
- **Continuidad:** Circunstancia de suceder o hacerse algo sin interrupción. Esto también se puede entender como la unión entre las partes que forman un todo que se desarrolla en el tiempo.
- **Adecuación de indicación:** Se trata del acto y la consecuencia de adecuar: adaptar, ajustar o arreglar algo para que se acomode a una norma y principio esperado.
- **Procedimiento de seguridad:** son la descripción detallada de la manera como se implanta una política. El procedimiento incluye todas las actividades requeridas, los roles y responsabilidades de las personas encargadas de llevarlos a cabo para mantener la integridad de las personas.
- **Reingresos:** Se refiere al hecho de volver a ingresar en alguna tratamiento o servicio proporcionado por los hospitales de tercer nivel del MINSAL.
- **Mortalidad:** Cualidad de mortal o cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.
- **Dimensiones de Efectividad:** Unidades de medida para poder establecer la magnitud que, junto con otras, sirve para definir la efectividad es el equilibrio entre eficacia y eficiencia, es decir, se es efectivo si se es eficaz y eficiente.
- **Dimensiones de Seguridad:** Unidades de medida para poder establecer la magnitud que, junto con otras, sirve para definir Ausencia de peligro o riesgo.
- **Dimensiones de accesibilidad:** Unidades de medida para poder establecer la magnitud que, junto con otras, sirve para definir la facilidad para cumplir con la meta.
- **Indicador de proceso:** Un indicador es una característica específica, observable y medible que puede ser usada para mostrar los progresos que está haciendo un programa hacia el logro de un resultado específico.

# ANEXOS

## ANEXO 1 - Fuentes secundarias

- **Recopilación de documentos del MINSAL:**

### Proceso de planificación del MINSAL

El proceso de planificación del MINSAL se genera mediante un cuadro de mando compuesto por los elementos del pensamiento estratégico de la entidad

- Misión
  - Institución rectora del sector salud que vela por el ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la población, con alto sentido humanitario y justicia social, empoderando a la ciudadanía en el ejercicio de sus derechos.
- Visión
  - Institución ejerciendo eficaz y eficientemente, la rectoría del sector salud, que ha logrado que la población salvadoreña este saludable y participando activamente en su desarrollo integral.
- Valores
  - Ética
  - Transparencia
  - Compromiso
  - Calidez
  - Solidaridad
  - Equidad
  - Probidad
  - Inclusión
- Enfoques
  - Derechos humanos y protección social
  - Equidad de género
  - Inclusión social
  - Curso de vida
  - Continuo de la atención
  - Territorio y población
  - Estratificación
  - Gratuidad
  - Progresividad y gradualidad
- Enfoques transversales
  - Derechos humanos
  - Cursos de vida
  - Género
- Poblaciones prioritarias a atender
  - Primera infancia
  - Niños y adolescencia
  - Mujeres
  - Personas adultas mayores
  - Personas de pueblos indígenas
  - Personas con discapacidad

### **Objetivos estratégicos**

<b><u>OE1</u></b>	Profundizar el proceso de reforma de salud iniciado durante el quinquenio 2009-2014, con el objetivo de continuar avanzando hacia la cobertura y acceso universal de los servicios de salud.
<b><u>OE2</u></b>	Avanzar en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con enfoque de derechos.
<b><u>OE3</u></b>	Ampliar progresivamente, a través de la red integrada e integral del sistema de salud (RIISS), la cobertura de salud a toda la población, así como la prestación integral de los servicios de salud en forma oportuna, haciéndolos accesibles, asequibles, eficaces y de calidad y asegurar a la población medicamentos de calidad en forma oportuna.
<b><u>OE4</u></b>	Fortalecer las capacidades del MINSAL para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos.
<b><u>OE5</u></b>	Desarrollar en el MINSAL capacidades para evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías, así como equipos e insumos médicos.
<b><u>OE6</u></b>	Fortalecer el Instituto Nacional de Salud (INS), para que ejerza la rectoría de la investigación científica en salud y de la formación continua del talento humano en salud.
<b><u>OE7</u></b>	Promover y realizar investigación científica en salud de acuerdo al perfil epidemiológico del país.
<b><u>OE8</u></b>	Fortalecer la formación/educación continua del personal de salud, a través de la Escuela de Gobierno en Salud.
<b><u>OE9</u></b>	Fortalecer la capacidad normativa, de investigación y vigilancia en salud y de control de calidad del Laboratorio Nacional de Referencia.
<b><u>OE10</u></b>	Consolidar el abordaje intersectorial de la determinación social de la salud.
<b><u>OE11</u></b>	Contar con información que permita georeferenciar las inequidades en salud.
<b><u>OE12</u></b>	Fortalecer la participación y contraloría de la ciudadanía para asegura la calidad y la calidez de los servicios de salud.
<b><u>OE13</u></b>	Fortalecer al MINSAL para ejercer las Funciones de la Salud Pública.

### **Metas estratégicas**

El MINSAL asume como metas estratégicas, las metas que para el sector se plantean en el PQD 20142019, para el quinquenio:

- ✓ Lograr una razón de mortalidad materna por debajo de 35 por 100,000 nacidos vivos. Mantener una tasa de mortalidad infantil de 8 por mil nacidos vivos.
- ✓ Mantener la cobertura de vacunación del programa nacional de inmunizaciones entre el 90 y el 95%.
- ✓ Reducir en 3 puntos porcentuales el gasto directo (de bolsillo) de los hogares en salud, con respecto al gasto nacional en salud.

Para el cumplimiento de estas metas en los POA se plantearán metas anuales, que permitan alcanzar las metas quinquenales.

### **Programación estratégica**

En la Programación estratégica serán alineados (integrados), las estrategias y lineamientos del PQD, las proyecciones y brechas identificadas en la implementación de los ejes de la Reforma de salud, los atributos de la RIISS y los avances del proceso de la formulación del “Presupuesto por Resultados” (Ministerio de Hacienda).

<b><u>EJES</u></b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b><u>RESULTADOS</u></b>	<b><u>ACCIONES ESTRATÉGICAS</u></b>
EJE 1. Reforma de salud	O.E.1.1. Profundizar el proceso de Reforma de Salud, iniciado el quinquenio 2009-2014 con el objetivo de continuar avanzando hacia la cobertura universal de los servicios de salud (PQD).	R.E.1.1.1. El marco político/jurídico que sustenta el proceso de reforma y viabiliza la rectoría del MINSAL establecido y aplicándose.	A.E.1.1.1.1. Formulación e implementación del marco político/jurídico de la reforma de salud.
		R.E.1.1.2. Sostenibilidad financiera del proceso de reforma, garantizado.	A.E.1.1.2.1. Gestión a nivel nacional e internacional del incremento progresivo del presupuesto del MINSAL para fortalecer la reforma de salud.
		R.E.1.1.3. La población a nivel nacional beneficiándose del modelo de provisión de servicios (RIISS), que se está implementando en el proceso de reforma.	A.E.1.1.3.1. Revisión/actualización e implantación progresiva del modelo de prestación de servicios (80% de los municipios). A.E.1.1.3.2. Gestión del involucramiento de las instituciones del sector salud, en el desarrollo del modelo de prestación de servicios. Integración en las RIISS.
EJE 2. Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	O.E.2.1. Avanzar en la Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con enfoque de derechos.	R.2.1.1. El marco político/ jurídico que viabiliza la integración del SNIS y el ejercicio del MINSAL como su ente rector, ha sido establecido y está operando.	A.E.2.1.1.1. Revisión del marco jurídico de las instituciones del sector salud para la formulación e implementación del marco político/jurídico del Sistema Nacional Integrado de Salud.
		R.2.1.2. El marco normativo y de procedimientos para la atención a la persona en el curso de vida a ser implementado en el SNIS, armonizado y operando.	A.E.2.1.2.1. Formulación del marco de normas y procedimientos a ser aplicados en las diversas instituciones del SNIS.
		R.2.1.3. Sistema Único de Información de Salud (SUIS),	A.2.1.3.1. Estandarización e integración del Sistema

		estandarizado, integrado y operando.	único de Información en Salud en las entidades del sector, mediante la conformación de una subcomisión del Consejo Directivo del SNIS.
		R.2.1.4. Instituciones del sector contribuyendo conjuntamente (de acuerdo a su capacidad instalada), a la formación de médicos(as) especialistas y sub especialistas (Residencias conjuntas).	A.2.1.4.1. Ejecución de proyectos pilotos de formación conjunta de médicos(as) especialistas y sub especialistas, mediante convenios entre el MINSAL e ISSS.
		R.2.1.5. Instituciones del sector (ISSS), contribuyendo con el MINSAL a la atención de pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo pacientes con ERC, de acuerdo a su capacidad instalada	A.2.1.5.1. Ejecución de proyectos pilotos conjuntos entre MINSAL e ISSS para la atención integral a personas con enfermedad renal crónica, mediante convenios.
EJE 3. Cobertura y prestación de servicios integrales de salud en los diferentes niveles de la RIISS	O.E 3.1. Ampliar progresivamente, a través de la RIISS la cobertura de salud a toda la población, así como la prestación integral de los servicios de salud en forma oportuna, haciéndolos accesibles, asequibles, eficaces y de calidad.	R.3.1.1. Inversión en infraestructura, talento humano y equipamiento de las RIISS departamentales (incluyendo todos los niveles de atención), ha sido gradualmente incrementada de acuerdo al perfil epidemiológico del departamento, a la capacidad instalada de las RIISS y a las brechas establecidas.	A.E.3.1.1.1. Remodelación, construcción, ampliación y reparación de infraestructura; y, equipamiento de diversos establecimientos de las RIISS.
			A.E.3.1.1.2. Mejoramiento de la dotación y distribución de los recursos humanos en hospitales, regiones de salud y Secretaría de Estado.
		R.3.1.2. Acciones de salud pública para reducir la morbi mortalidad de la persona en el curso de vida, fortalecidas, incluyendo la reducción de la morbi mortalidad	A.E.3.1.2.1. Mejorar la salud materna perinatal.
			A.E.3.1.2.2. Mejorar la salud de la niñez y la adolescencia.
			A.E.3.1.2.3. Reducción de la morbi mortalidad y discapacidad por

		<p>a causa de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.</p>	<p>enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>A.E.3.1.2.4. Reducción de la morbi mortalidad y discapacidad por lesiones de causa externa.</p> <p>A.E.3.1.2.5. Protección a las personas contra las enfermedades prevenibles por vacunas.</p> <p>A.E.3.1.2.6. Reducción de la morbi mortalidad de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores.</p> <p>A.E.3.1.2.7. Reducción de la morbi mortalidad por enfermedades crónicas transmisibles.</p> <p>A.E.3.1.2.8. Incrementar el índice de seguridad de los establecimientos de salud ante situaciones de emergencias y desastres.</p> <p>A.E.3.1.2.9. Extensión del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), con énfasis en los departamentos con alta prevalencia de violencia en todas sus formas.</p> <p>A.E.3.1.2.10. Creación del Registro Nacional de cáncer y de la Unidad Nacional de Atención Integral a la persona con cáncer.</p> <p>A. E.3.1.2.11. Gestión de la formulación e implementación del modelo de salud urbana; y fortalecimiento del modelo de salud comunitaria en las RIIS.</p> <p>A.E.3.1.2.12. Promoción e implementación de un acuerdo regional con</p>
--	--	---	--

			Guatemala y Honduras para brindar atención médica a las y los connacionales en los respectivos sistemas de salud.
		R.3.1.3. Población atendida recibiendo medicamentos de calidad y oportunamente	A.E.3.1.3.1. Gestión del Incremento progresivo de la inversión en la compra de medicamentos
		R.3.1.4. Personas víctimas de violencia en todas sus formas, atendidas en las RIISS con calidad y calidez	A.E.3.1.4.1. Mejorar la atención en salud a las personas víctimas de violencia
EJE 4. Farmacovigilancia y tecnologías de calidad	O.E.4.1. Fortalecer las capacidades del MINSAL para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos.	R.E. 4.1.1. Capacidad del MINSAL para ejercer farmacovigilancia, prescripción y uso racional de medicamentos, fortalecida	A.E.4.1.1.1. Actualización la Política Nacional de Medicamentos y formulación de un programa de Uso Racional de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias (URMOTS)
			A.E.4.1.1.2. Incorporar el URMOTS en la legislación sobre medicamentos vigente y hacerla cumplir.
			A.E.4.1.1.3. Fortalecer la red nacional de farmacovigilancia.
		R.4.1.2. Capacidades para evaluar, incorporar y adecuar nuevas tecnologías sanitarias, así como insumos y equipos médicos, desarrolladas.	A.E.4.1.2.1. Crear y fortalecer la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
			A.E.4.1.2.2. Fortalecer el conocimiento sobre los medicamentos e impulsar la investigación sobre los mismos.
EJE 5. Investigación científica en la salud y formación continua del talento humano	O.E.5.1. Fortalecer el Instituto Nacional de la Salud (INS), para que ejerza la rectoría de la investigación científica en salud y de la formación continua del talento humano en salud.	R.5.1.1. INS fortalecido, ejerciendo la rectoría de la investigación y la formación continua del talento humano en salud.	A.E.5.1.1.1. Gestión, diseño e implementación del marco político/jurídico de creación del INS para el ejercicio de sus funciones, la rectoría en la investigación y acreditación en la

			<p>formación de recursos humanos, garantizando su asignación presupuestaria.</p> <p>A.E.5.1.1.2. Dotación progresiva, al INS, de recursos humanos calificados para el ejercicio de sus funciones, garantizando su formación continua.</p> <p>A.E.5.1.1.3 Adquisición de la infraestructura para el funcionamiento del INS.</p>
	O.E.5.2. Promover y realizar investigación científica en salud de acuerdo al perfil epidemiológico del país.	R.E.5.2.1. El MINSAL y el sector salud cuentan con información científica pertinente, oportuna y oficializada, para la toma de decisiones en materia de salud pública.	A.E.5.2.1.1. Realización de investigaciones y encuestas nacionales periódicas relacionadas con el sector salud, en función de las necesidades del SNS.
	O.E.5.3. Fortalecer la formación/educación continua del personal de salud, a través de la escuela de Gobierno en salud.	R.E.5.3.1. Una masa crítica de profesionales de la salud que den respuesta al sistema integrado de salud y a los desafíos de la reforma, ha sido formada.	A.E.5.3.1.1. Establecimiento de Programas de formación continua para el personal de salud, laborando en las diferentes instituciones del sector, a través de la Escuela de Gobierno en Salud.
	O.E.5.4. Fortalecer la capacidad normativa, de vigilancia en salud y control de calidad del Laboratorio Nacional de Referencia.	R.E.5.4.1. Laboratorio Nacional de referencia del MINSAL, fortalecido para ejercer sus funciones normativas, de vigilancia y control de calidad.	A.E.5.4.1.1. Garantizar el Funcionamiento y equipamiento del Laboratorio Nacional de Referencia del INS/MINSAL.
EJE Intersectorialidad	6. O.E.6.1. Consolidar el abordaje intersectorial de la determinación social de la salud.	R.E.6.1.1 Determinación social de la salud, abordada desde la intersectorialidad, tanto en el ámbito nacional como en el local.	A.E.6.1.1.4. Gestión del fortalecimiento y profundización de las alianzas institucionales para diseñar y ejecutar un plan de abordaje de los determinantes ambientales de la salud relacionados con la contaminación atmosférica, del agua, de los suelos y de los alimentos, a través de la



			Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD). A.E.6.1.1.5. Mejoramiento de sistemas de aguas residuales, manejo de desechos bioinfecciosos y otras acciones encaminadas a fortalecer el manejo adecuado de factores ambientales en las RISS.
	O.E.6.2. Georeferenciar las inequidades en salud, la distribución de estas y de las enfermedades.	R.E.6.2.1. Inequidades en salud y la distribución de estas y de las enfermedades georeferenciadas.	A.E.6.2.1.1. Recolección de datos para construcción de indicadores poblacionales, socioeconómicos y demográficos relacionados con salud. A.E.6.2.1.2. Realización y desarrollo de la vigilancia intersectorial e interinstitucional de las desigualdades en salud.
EJE 7. Participación y controlaría social	O.E.7.1. Fortalecer la participación y contraloría de la ciudadanía para asegurar la calidad y la calidez de los servicios.	R.E.7.1.1. Ciudadanía participando activamente en la defensa del derecho a la salud y ejerciendo contraloría social de la calidad de los servicios prestados por el MINSAL.	A.E.7.1.1.1. Fortalecimiento de la Oficina del Derecho a la Salud y establecer mecanismos de participación y contraloría social, con el fin de evitar los abusos a las personas que usan el sistema de salud. A.E.7.1.1.2. Gestión de la divulgación de la política de participación social en salud.
EJE 8. Fortalecimiento Institucional	O.E.8.1. Fortalecer al MINSAL a fin de mejorar sus competencias para ejercer las funciones esenciales de salud pública.	R.E.8.1.1. El MINSAL fortalecido para ejercer las funciones de salud pública.	A.E.8.1.1.1. Construcción del Observatorio de la Reforma de Salud de El Salvador. A.E.8.1.1.2. Fortalecimiento de las capacidades para la planificación y programación en red. A.E.8.1.1.3. Fortalecimiento de las

			capacidades para la mejora de la gestión financiera.
			A.E.8.1.1.4. Fortalecimiento de la gestión de la calidad.

Tabla 210 ejes, objetivos estratégicos, resultados y acciones.

### **Procesos y capacidades institucionales claves a desarrollar para el cumplimiento del PEI**

#### **Existe un conjunto de procesos y acciones claves a fortalecer/definir:**

- ✓ Avanzar en el proceso de desconcentración hacia los niveles locales o hacia otros entes de algunas actividades concentradas en el nivel central: compras, construcción de Infra estructura, distribución de medicamentos para enfermedades crónicas y otras.
- ✓ Avanzar en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
- ✓ Avanzar en extender progresivamente en el territorio, el modelo de provisión de servicios (RIISS), de la reforma de salud.
- ✓ Definir una gestión única de la provisión de los servicios de salud (gestión única de las RIISS).
- ✓ Definir oficialmente al departamento como la unidad administrativa territorial de la provisión de los servicios integrales de salud.
- ✓ Avanzar en la planificación operativa territorial (departamental), por resultados, integrando a todos los proveedores de servicios de salud presentes en el departamento.
- ✓ Fortalecer la gestión financiera.

Para lo cual se requiere fortalecer las capacidades institucionales referentes a:

- ✓ La rectoría del MINSAL.
- ✓ Los procesos de planificación por resultados, el seguimiento y evaluación.
- ✓ Los procesos de desconcentración/ descentralización.
- ✓ Manejo de la Gestión Única de las RIISS.
- ✓ Cooperación nacional e internacional.

### **Sistema de información**

El Ministerio de Salud cuenta con un amplio sistema de información conformado por varios subsistemas, entre los más importantes:

- ✓ El sistema de información de morbi-mortalidad en línea, (SIMMOW)
- ✓ El sistema estadístico de producción en salud (SEPS)
- ✓ El sistema de Vigilancia Epidemiológica (VIGEPES)
- ✓ El sistema de información de la ficha familiar (SIFF)
- ✓ El Sistema de Abastecimientos (SINAB)
- ✓ Sistema Único de Monitoreo
- ✓ Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA, (SUMEVE)

- ✓ Sistema Nacional de Registro de Vacunas (VACUNAS)
- ✓ Sistema de Control de Actividades contra el Dengue (Dengue)
- ✓ El Sistema Web de información geográfica (Geo MINSAL)

Los cuales posibilitan obtener información diaria/mensual/ anual para la aplicación de los indicadores de proceso y de resultados.

Se requiere que el MINSAL como ente rector del sector salud, cuente con datos no solo institucionales si no de alcance nacional, razón por la cual se ha conformado una Comisión interinstitucional para armonizar los sistemas de información de las diferentes instituciones, retomándose en el PEI, como una de las acciones estratégicas hacia la construcción del Sistema Único de Información en Salud (SUIS).

El Sistema de información del MINSAL, unificado con las demás instituciones del sector, constituye el pilar fundamental del Sistema de Seguimiento y Evaluación del PEI, debe proporcionar la información precisa que permita aplicar los indicadores establecidos a nivel nacional y no solo institucional.

Uno de los grandes retos en materia de información en salud, es la implantación del Sistema Integral de Atención a la Persona (SIAP), en el cual se contempla el expediente único en línea a ser utilizado por todos los proveedores de servicios de salud, el cual permitiría que independientemente de la institución en la cual la persona consulte, se conozca su record de consultas, evitando así duplicación de procedimientos y abastecimiento de medicamentos.

### **Ámbito de aplicación**

El presente Plan es de aplicación nacional y de estricto cumplimiento tanto a nivel central del Ministerio de Salud, así como en los diferentes niveles de atención de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), deberá ser aplicado por todas las instituciones públicas del sector salud, incluido el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. El Plan Estratégico Institucional servirá de referencia a otras instituciones de la sociedad civil, nacionales y extranjeras, comprometidas con la Reforma de Salud, incluyendo a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

### **Política Nacional de Salud del MINSAL**

La política nacional de salud se sustenta en los principios del proceso de reforma:

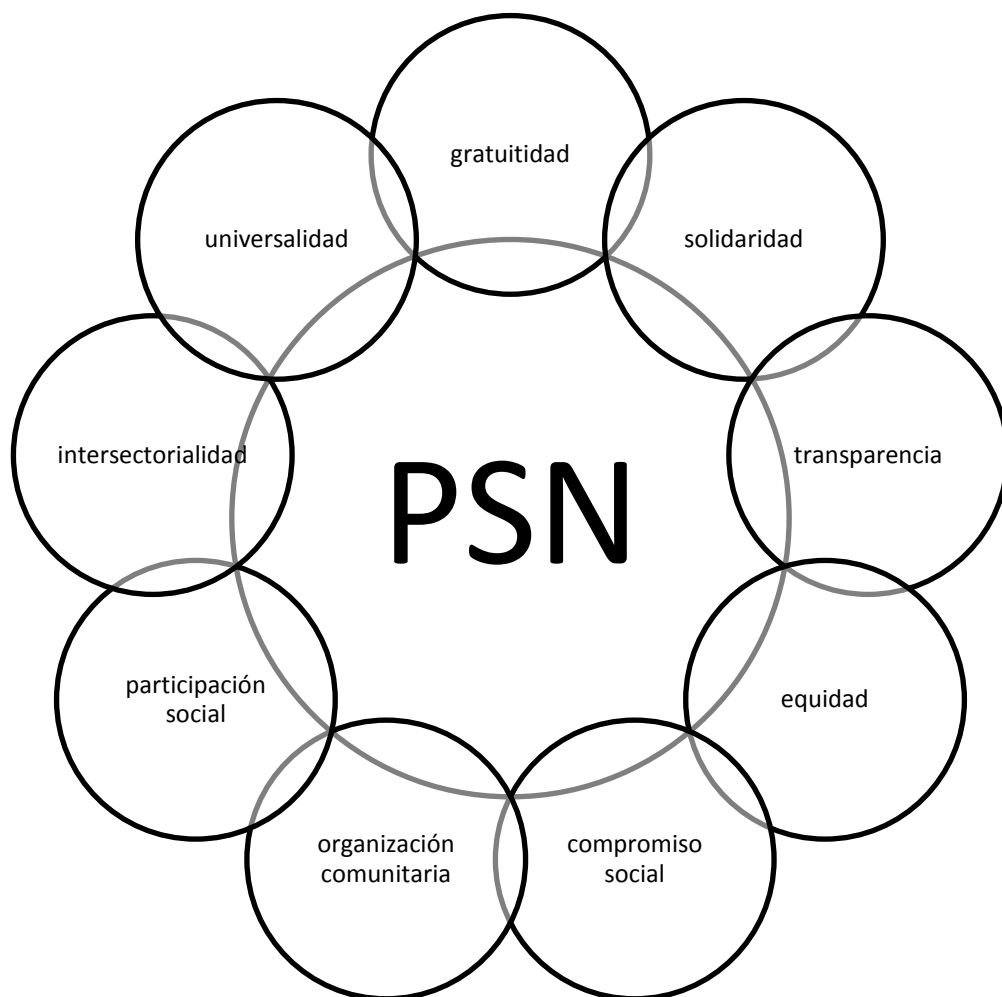


Imagen 45. Fuente propia

Se presentan los respectivos ejes de la Política Nacional de Salud:

Eje	Nombre	Descripción
1	Fortalecimiento de redes integrales de salud (RIIS)	Las RIIS están conformadas por las dependencias de los diferentes niveles de atención del MINSAL, instituciones del SNS, otros prestadores de servicios de salud, que se incorporan gradualmente para funcionar en red y con la sociedad civil organizada. El funcionamiento en red permite lograr que la atención de las personas de un establecimiento a otro no se interrumpe y que el usuario tenga seguimiento hasta resolver su problema de salud sin discriminación alguna, a partir del análisis de situación de salud con

		<p>enfoque de curso de vida en el contexto individual, familiar y comunitario, de forma tal que reciban la atención en salud necesaria para garantizar su desarrollo oportuno; incluyendo promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención oportuna; desarrollando su trabajo en una población de responsabilidad, a la cual rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población, trabajando articuladamente con un abordaje de determinación social de la salud.</p>
2	Sistemas de emergencias médicas (SEM)	<p>La finalidad de este eje de la Reforma de Salud es disminuir la mortalidad y las consecuencias que derivan de situaciones que atentan contra la vida de las personas, así como el enseñar a salvar vidas con el desarrollo de capacidades desde el nivel comunitario hasta las emergencias hospitalarias. Para el logro de sus objetivos el SEM mandata la participación de todos los organismos pertenecientes al Sistema Nacional de Salud y los adscritos al Órgano Ejecutivo, bajo la rectoría del MINSAL.</p>
3	Medicamentos y otras tecnologías sanitarias	<p>Este eje persigue garantizar a las personas el acceso, en todas sus dimensiones de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias esenciales (equipos, instrumentos, exámenes de laboratorios) con la calidad, seguridad y eficacia necesarias para resolver los problemas de salud, promoviendo su uso racional y fortaleciendo la regulación farmacéutica y de otras tecnologías sanitarias.</p>
4	Intersectorialidad e intrasectorialidad	<p>Esta estrategia desarrolla el trabajo con todos los sectores diferentes a salud, incluyendo el sector comunitario organizado o no organizado, que inciden significativamente en la generación</p>

		o solución de muchos problemas de salud, debatiendo además elementos técnicos y políticos en relación con la determinación social de estos, así como la mejor experiencia para abordarlos, desarrollando para esto los mecanismos de coordinación pertinentes. Posibilitará también que las instituciones del Sistema Nacional de Salud avancen hacia un sistema público integrado sin pagos adicionales de la población, que: optimice los esfuerzos estatales y reduzca las inequidades entre los diferentes segmentos de población atendidos por ellos.
5	Foro nacional de la salud(FNS)	El Foro Nacional de Salud es autónomo y constituye un espacio de participación para la definición de consensos y acompañamiento en la toma de decisiones hacia la transformación del Sistema Nacional de Salud para el pleno ejercicio del derecho humano a la salud, donde la sociedad civil organizada ejerce su derecho a la salud a través de un proceso de participación social y comunitaria consciente, voluntario, solidario y crítico teniendo siempre presente la determinación social de la salud, fundamental para el desarrollo humano integral de los pueblos. Esta estrategia desarrolla la corresponsabilidad entre la sociedad civil salvadoreña y el SNS, para la construcción participativa de un sistema de salud basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud con enfoques de promoción de la salud, desarrollo humano integral y determinación social de la salud; hacia la búsqueda constante de la equidad, la inclusión y la solidaridad humana.
6	Instituto Nacional de Salud(INS)	El Instituto Nacional de Salud, es una entidad científico técnica del Ministerio de Salud, cuya misión es encontrar soluciones científicas a los principales problemas de salud de la

		<p>población de manera sinérgica, ejerciendo la rectoría de la investigación en salud, por medio de un marco jurídico, que permita el funcionamiento de un Sistema Nacional de Investigación para la Salud incluyente, que a su vez, trascienda del análisis causal de los problemas de salud con perspectiva biomédica hacia un abordaje multidimensional y de determinación social de la misma. El Instituto cuenta con una Escuela de Gobierno en Salud, un departamento de Investigaciones y un departamento de Laboratorios Especializados para la educación continua del talento humano y de la investigación, como medios de producción científica, para la mejora continua de la atención a la salud y la contribución al desarrollo sustentable de la población.</p>
7	Información estratégica en salud	<p>El desarrollo e implementación de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC), es necesario para la modernización, innovación y actualización permanente de la administración pública, protección e inclusión social, con lo cual se impulse la aplicación de políticas sectoriales relacionadas a la salud pública; mejore la calidad y agilidad de los servicios a la población; y facilite la toma oportuna, eficaz y eficiente de decisiones en todo nivel, al posibilitar la captación, procesamiento, análisis, presentación y divulgación de la información.</p>
8	Desarrollo del talento humano en salud	<p>El Sistema Nacional de Salud requiere de personal calificado, comprometido, con una adecuada dotación y distribución que permitan continuar avanzando hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud. Su desarrollo requiere la implementación de estrategias transversales en los diferentes ejes</p>

		de la Reforma de Salud, lo que incluye el fortalecimiento de la calidad de la formación técnica – profesional y humanista.
9	Violencia y salud	La violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno/a mismo/a, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar daños psicológicos, lesiones y/o muerte. La violencia está socialmente determinada por las relaciones inequitativas de poder derivadas del modelo de desarrollo hegemónico, que genera exclusión y discriminación para la persona, con base en la clase social, género, etnia, orientación sexual, condición de discapacidad, edad, entre otros estratificadores, afectando en mayor medida a niñas, niños, mujeres, jóvenes y personas adultas mayores. El MINSAL reconoce la violencia como un problema de salud pública con implicaciones en la persona, la familia y la comunidad.
10	Salud ambiental	La modernidad trajo consigo un modelo de producción que concentró las ganancias en manos privadas y repartió los daños en el entorno público y el ambiente social; los efectos adversos del cambio climático a nivel planetario, la crisis hídrica a nivel nacional y epidemias como las arbovirosis (dengue, chik, zika entre otras) y la enfermedad renal por agrotóxicos dan cuenta de ello. En dicho contexto, la aplicación del marco jurídico en materia de salud ambiental le corresponde al MINSAL, para lo cual es necesario el abordaje de la determinación social de la salud para superar las restricciones que condiciona el enfoque biomédico. Este abordaje permite adoptar una nueva concepción de la salud, comprendida como fenómeno



		<p>multidimensional que abarca los procesos generales de la sociedad, dentro de los cuales se encuentran las relaciones entre humanidad y naturaleza, concepto que permite entender y enfrentar la crisis global a que nos ha conducido el modelo de desarrollo hegemónico. En este contexto, el MINSAL ha determinado la necesidad de creación de un nuevo eje: Salud Ambiental.</p>
--	--	---

Tabla 211 PNS ejes.

**Reglamento general de hospitales del MINSAL**

REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD

CAPÍTULO I GENERALIDADES OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Art. 1.- El presente Reglamento tiene como objeto regular las atribuciones y funciones de los Hospitales Públicos del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL; así como su organización y funcionamiento en el Sistema Integrado de Salud, en adelante SIS, en atención a las necesidades de salud de la población.

Art. 2.- Los Hospitales Públicos son instituciones de salud adscritas al MINSAL; proporcionan servicios de salud de forma gratuita, tanto de emergencia, urgencia, ambulatorios y hospitalización; los hospitales de segundo nivel, dependen jerárquicamente de la Dirección Nacional de Hospitales de segundo nivel de atención, mientras que los hospitales de tercer nivel o de referencia nacional directamente del Viceministerio de Servicios de salud, a través de la Coordinación de Redes Complejas. Para la ejecución presupuestaria, se coordinarán con la Unidad Financiera Institucional del Nivel Superior.

Art. 3.- Los Hospitales forman parte a nivel territorial de las Redes Integrales e Integradas de Salud, en adelante RIIS. Brindan atención médica especializada, con la más alta calidad y el empleo racional de los recursos, funcionando dentro de las RIIS bajo la Estrategia de Atención Primaria en Salud Integral, en adelante APSI, integrando en su atención la promoción de la salud, lo preventivo, curativo y la rehabilitación de forma ininterrumpida a usuarios internados y ambulatorios provenientes del área de responsabilidad del que se coordina con las respectivas RIIS, y con otras instituciones del SIS, en la protección de la salud de su población.

Art. 4.- El personal tanto de planta como en formación, son funcionarios o servidores públicos y como tales su actuar también se rige bajo las siguientes normativas: 1. Código de Salud, 2. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, 3. Ley de Corte de Cuentas de la República, 4. Ley de Ética Gubernamental, 5. Ley de Servicio Civil, 6. Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres, 7. Normas Técnicas de Control Interno de la Corte de Cuentas de la República, 8. Ley de Medicamentos, 9. Ley de Asetos, Vacaciones y Licencias de los Empleados Públicos, y 10. Políticas Institucionales, Normas, Reglamentos, Manuales de Procedimientos y Lineamientos del MINSAL y demás disposiciones legales aplicables.

Art. 5.- El personal hospitalario tiene la obligación de cumplir y hacer cumplir la ética y la normativa institucional, debiendo incorporar en su desempeño y conducta diaria, los siguientes valores profesionales:

1. Compromiso: es dar prioridad a la salud de los salvadoreños en el marco de las principales Políticas públicas, entre otras acciones de respaldo hacia la labor en salud.
2. Equidad: se traduce a que todas las personas disfruten de similares oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través del acceso a todos los recursos del sistema.
3. Ética: comportamiento conforme a la moral, reflejado en conductas sobre la base de valores humanos, patrios y profesionales como fundamento de todas las actividades del SNS.
4. Honestidad y Honradez: actuar en correspondencia con la moral, sustentada en el honor, la sinceridad, austeridad y el cumplimiento de la palabra empeñada en todos los momentos de actuación.
5. Humanismo: sensibilidad y comprensión del desempeño en el respeto irrestricto a la condición humana, donde prevalezca el trato respetuoso y digno a compañeros de trabajo, al individuo, la familia y la comunidad.
6. Profesionalidad: poseer y aplicar las competencias y experiencias requeridas para garantizar la calidad técnica y humana de los servicios de la salud pública.
7. Responsabilidad: obligación con el cumplimiento de los servicios, tanto en el orden individual como organizacional.
8. Solidaridad: ayuda mutua entre los seres humanos y los pueblos para dar apoyo mediante acciones concretas al alivio del dolor y como contribución al mejoramiento humano en el ámbito nacional e internacional.
9. Transparencia: es asumir el funcionamiento de la gestión pública, como precondition de buena administración, rectitud fiscal, sostenibilidad, honestidad y responsabilidad.
10. Actuar eminentemente Laico: El personal no debe hacer proselitismo religioso ni discriminar a los demás por causas religiosas.

## CAPÍTULO II DE LA ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL SECCIÓN I NIVELES ADMINISTRATIVOS

Art. 6.- La Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel de Atención y la Coordinación de hospitales de tercer nivel, dependen jerárquicamente del Viceministerio de Servicios de Salud, que tiene como atribución la gestión y control de los recursos asignados a la Red Hospitalaria, así como proporcionar asistencia técnica, supervisión, monitoreo y evaluación de los mismos. Cada hospital tiene carácter de persona jurídica, su representante legal es el Director quien está facultado para representarlo judicial y extrajudicialmente

Art. 7.- Los Hospitales están categorizados de la siguiente manera: a) Hospitales de Segundo Nivel de Atención: se subdividen en Hospitales Básicos, Departamentales y Regionales. b) Hospitales de Tercer Nivel: son los de Referencia Nacional.

Art. 8.- Los Hospitales Básicos, son el apoyo inmediato a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, atienden las cuatros especialidades básicas, las cuales son: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecobstetricia. Estos Hospitales coordinarán funcionalmente con los hospitales, departamentales y regionales; administrativamente dependen de la Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel Atención.

Art.9.- Los hospitales departamentales son los que se ubican en las cabeceras departamentales con mayor concentración poblacional, tienen mayor capacidad de

respuesta en cuanto a especialidades, infraestructura y tecnología. Se incluyen dentro de esta categoría al Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña" y el Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez", de Soyapango, los cuales además de las cuatro especialidades básicas, cuentan con sub-especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico del área de responsabilidad, así como equipo y personal tecnificado, el primero se caracteriza por atender la Neumología y sus ramas y el segundo la Psiquiatría y sus ramas. Estos Hospitales coordinaran funcionalmente con los hospitales regionales y de tercer nivel, dependen administrativamente de la Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel Atención.

Art.10- Los hospitales regionales proveen atención de salud ambulatoria de las diferentes especialidades con que cuentan, constituyen el centro primario de referencia y hospitalización de la Región respectiva, en las cuatro especialidades básicas y en otras de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de responsabilidad. Son los responsables de la coordinación funcional en red de los hospitales que conforman cada una de las Regiones, bajo la conducción de la Dirección Nacional de Hospitales de Segundo Nivel de Atención.

Art. 11.- Los hospitales de Tercer Nivel están bajo la Coordinación de Redes Complejas, la cual depende directamente del Viceministerio de Servicios de Salud. Los Hospitales de Tercer Nivel cuentan con servicios de alta complejidad y son de referencia Nacional, entre ellos están: a) Pediátrico: Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el cual cuenta con especialidades médicas y quirúrgicas destinadas a la atención de la población de cero a doce años, y en casos especiales que defina un lineamiento específico, hasta dieciocho de años de edad. b) Gineco-Obstétrico: Hospital Nacional de La Mujer "María Isabel Rodríguez", el cual cuenta con especialidades para la atención Materno-Neonatal y sus subespecialidades. c) Especializado para la atención de la adultez y adolescencia: Hospital Nacional Rosales, cuenta con la atención en especialidades médico-quirúrgicas, destinadas a la atención de la población mayor de doce años de edad. Además del criterio de prestación de servicios, se categorizan como Hospitales Escuela, aquellos que realizan formación de especialistas, bajo la conducción del hospital y a partir de los Convenios que suscriba el MINSAL con Instituciones Educativas en el área de la salud.

Art. 12.- El Hospital tiene los siguientes Niveles de Organización: 1. Nivel de Dirección: Director y Subdirección. 2. Nivel de División: División Médica y Quirúrgica, División Administrativa, División de Servicios de Diagnóstico y Apoyo. 3. Nivel de Jefatura: Departamentos, Servicios, Unidades y Centros. El o la Titular del MINSAL en su caso, podrá autorizar la conformación de Divisiones, Departamentos, Servicios, Unidades, Centros y Áreas, mediante acuerdo institucional, a solicitud de las Direcciones de Hospitales, cuando las necesidades y complejidad del Hospital así lo requieran, previo análisis y visto bueno del Viceministerio de Servicios de Salud.

Art. 13.- Los Hospitales, de acuerdo a su categoría, deben contar con una estructura organizacional similar, para lo cual deben elaborar el Manual de organización y funciones y emitirlo, previa revisión y aval de la instancia inmediata superior y autorización del MINSAL, La estructura organizacional debe de cumplir con lo siguiente: a) En el caso de los Hospitales Básicos, su estructura estará conformada por la Dirección, Departamento Médico-Quirúrgico, Departamento Administrativo, Departamento de Servicios de Diagnósticos y de Apoyo, Departamento de Enfermería, contando con los Servicios, Unidades y áreas, que de acuerdo a su Manual de organización y funciones se establezcan. En el caso del Departamento de Enfermería dependerá directamente de la Dirección del Hospital. b) En el

caso de los Hospitales Departamentales, Regionales y Especializados, su estructura estará conformada por Dirección, Subdirección, División Médico-Quirúrgica, División Administrativa y División de Servicios Diagnósticos y de Apoyo, contando con los Departamentos, Servicios, Unidades y áreas, que de acuerdo a su Manual de organización y funciones se establezcan; en el caso de el Departamento de Enfermería dependerá directamente de la Dirección del Hospital.

Art. 14.- Los Hospitales de Referencia Nacional, Regionales y Departamentales deben contar con Subdirector, que coordine todos los aspectos clínicos y administrativos que el Director le delegue y que lo sustituye en caso de su ausencia y cumplir con las funciones que le establece el cargo, según el Manual General de Descripción de Puestos de Trabajo.

Art. 15.- El Jefe de la División o Departamento Médico-Quirúrgico es responsable de la conducción y buen funcionamiento de la prestación del servicio a los pacientes a través de los departamentos y servicios de la institución, en caso de faltar el Director y Subdirector, será quien los sustituya.

Art. 16.- El Jefe de la División o Departamento de Servicios Diagnósticos y de Apoyo debe coordinar lo concerniente a aquellos servicios del Hospital, que sirvan para facilitar que el área clínica establezca mejores diagnósticos y manejos en la atención de la población. Art.

17.- El Jefe de División o Departamento Administrativo es el encargado de coordinar las actividades de aseguramiento logístico, recursos humanos y el control económico, para facilitar a las áreas clínicas y de apoyo, lo necesario para realizar su función, para lo cual debe contar con el apoyo de los Departamentos administrativos correspondientes.

Art. 18.- El Jefe de la Unidad de Desarrollo Profesional para los Hospitales Escuela, en adelante UDP, tiene como función principal la coordinación y control de los aspectos metodológicos para las actividades de docencia, investigación y educación continua. Dependen jerárquicamente del Director del Hospital, debe coordinar con todas las áreas de la institución y recibe asesoría y monitoreo de la Coordinación Nacional de Residencias Médicas.

Art. 19.- La actividad docente relacionada con las Residencias Médicas en los Hospitales Escuela será autorizada y supervisada por el Comité Académico Ministerial e interinstitucional en adelante CAMI, cuyo accionar está regulado en la Norma específica para tal fin, para lo que deberán establecerse las coordinaciones necesarias con las Universidades legalmente establecidas, prioritariamente como lo establece la Política Nacional de Salud con la Universidad Pública y además con las Universidades e Institutos de educación Superior de índole privada, que posean carreras en ciencias de la salud autorizadas por el Ministerio de Educación, de la misma manera deben suscribir convenios específicos con el hospital respectivo que le dé viabilidad al Convenio de cooperación que firma el o la Titular de Salud con el Rector de la Universidad respectiva...

## SECCIÓN II DE LAS DEPENDENCIAS ORGANIZATIVAS

Art. 20.- Se denominan Dependencias Organizativas a la agrupación de funciones y actividades afines, que cumplen objetivos específicos en relación con la asistencia médica, la docencia y la investigación, así como a las que apoyan estas funciones.

Art. 21.- Las dependencias organizativas, en relación con la atención a los pacientes y el volumen y complejidad de su actividad, se clasifican en: División, Departamento, Unidad, Servicio y Área.

a) División: es la dependencia organizativa cuya función es la coordinación e integración de las estructuras organizativas a partir de los departamentos respectivos, sirviendo como nexo entre el nivel de Dirección y los Departamentos. Por su nivel de complejidad sólo contarán con Divisiones, los Hospitales de tercer nivel, los Hospitales Regionales y Departamentales.

b) Departamento: es la dependencia organizativa que brinda asistencia médica directa, como en el caso de los Hospitales Básicos, o indirecta al paciente o de apoyo a las funciones del Hospital a través de las actividades que desarrollan el personal médico, enfermería, paramédicos, entre otros.

c) Unidad: es la dependencia organizativa que brinda o coadyuva en la asistencia médica directa e indirecta al paciente, a través de las actividades o procesos que desarrolla, principalmente el personal médico, enfermería, paramédico y administrativo. En la Unidad se integran por un lado la asistencia médica, la docencia y la investigación, y por otra, las actividades administrativas. Para ser habilitada debe contar con profesionales de distintas especialidades que den respuesta a un nivel de actividad cuya magnitud justifique su creación, tales como la Unidad de Emergencias, Unidad de Consulta Externa, Unidad Quirúrgica, Unidad de Desarrollo Profesional en adelante UDP, Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, en adelante UACI, y Unidad Financiera Institucional, en adelante UFI.

d) Servicio: es la dependencia organizativa donde se realiza el proceso de hospitalización y cuenta con personal médico, enfermería y de servicios propios. Para ser considerada como tal deberá tener ocho camas o más y contar con áreas destinadas a procedimientos médicos y de enfermería; tales como el Servicio de Cirugía General, Servicio de Pediatría, Servicio de Nefrología, Servicio de Otorrinolaringología.

e) Áreas: es la dependencia organizativa de menor complejidad, que se caracteriza por contar con un espacio físico para la prestación de una determinada actividad, que coadyuva a la prestación eficiente de los servicios de salud, contando con un Coordinador asignado por la Jefatura inmediata superior.

Art. 22.- Las Jefaturas de los Departamentos, Unidades y Servicios médicos, deben ser ejercidas por personal médico respectivo. Las jefaturas de los departamentos, unidades y servicios no Médicos, deben ser ejercidas por el profesional idóneo para el servicio a brindar, por un periodo de tres años, pudiendo ser nombrado por otro periodo similar, este nombramiento es responsabilidad de la Dirección del hospital respectivo, previo visto bueno de la jefatura inmediata y autorización del Viceministerio de servicios de salud. Los Departamentos, Unidades o Servicios que brindan servicios de salud son: Cirugía, Obstetricia, Radiología, Pediatría, Medicina Interna, Rayos X, Laboratorio Clínico, Servicios de Sangre, Patología, Enfermería, Medicina, entre otros.

Art. 23.- La hospitalización de los usuarios se debe realizar en los servicios correspondientes, y agruparse de acuerdo a: perfil clínico quirúrgico y sexo en correspondencia a las necesidades asistenciales de los usuarios y la preparación técnica del personal.

Art. 24.- La asistencia médica, la docencia y la investigación son componentes indisolubles de un mismo proceso. El Director y Subdirector del Hospital tienen la obligación de dirigir integralmente el mismo, y encargar a Jefes de División, Departamentos, Servicios y Centros

para que planifiquen, organicen, dirijan y controlen las actividades de asistencia médica, docencia e investigación en sus áreas correspondientes.

### SECCIÓN III DE LAS FUNCIONES DEL HOSPITAL

Art. 25.- El Hospital tiene las funciones siguientes:

1. Brindar atención médica a la población realizando actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación mediante servicios de emergencia, ambulatorios y de hospitalización, y podrá recibir o referir pacientes a otras instituciones, bajo el Sistema de referencia, retorno e interconsulta, con el propósito de realizar estudios diagnósticos u ofrecer terapéutica de acuerdo a su enfermedad y necesidad de complejidad en la atención hospitalaria, a partir de la categorización del servicio.
2. Desarrollar actividades de promoción y educación en salud, dirigidas a los trabajadores, estudiantes, usuarios, acompañantes y visitantes.
3. Contribuir de forma integrada con las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud, con el funcionamiento efectivo en RIIS, para mantener la salud de la población de su área de responsabilidad.
4. Coordinar con el resto de Hospitales nacionales y el Primer nivel de atención sobre la aplicación de los Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RIIS, apoyo e intercambio de recursos, capacitaciones y soporte técnico.
5. Rendición de cuentas a la población en general, en atención al servicio de salud brindado, así como las actividades indispensables para la mejora en la transparencia y la eficiencia de los procesos.
6. Realizar la vigilancia y el control epidemiológico del medio intrahospitalario y su entorno, así como alertar a los niveles correspondientes y participar en el manejo de las situaciones epidemiológicas detectadas.
7. Preparar de forma permanente a su personal y a las instalaciones de acuerdo a las medidas previstas en los planes de desastres, emergencias y contingencias, según instrumentos técnicos jurídicos, por el Comité respectivo.
8. Elaborar, proponer e implementar planes de desarrollo de los recursos humanos.
9. Contar con un Plan Operativo Anual, el cual debe ser dinámico, en virtud de como varía la salud y sus determinantes en el territorio, indicadores de gestión, debe establecer metas realistas y alcanzables.
10. Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades docentes educativas en los Hospitales escuela, junto con las Universidades acreditadas e instituciones de educación y garantizar la ejecución de los Planes y Programas de estudio que les correspondan para la formación de pre y post grado, especialización y capacitación de los profesionales, técnicos y trabajadores.
11. Realizar actividades científicas e innovación tecnológica, de acuerdo a las prioridades establecidas en relación con la salud de la población que atiende. Igualmente se podrá realizar diferentes investigaciones que logren hacer más eficiente su trabajo para solucionar los problemas propios del Hospital y coadyuvar al desarrollo de otras instituciones.
12. Desarrollar procesos de investigación médica de acuerdo a criterios legales, éticos, epidemiológicos y de interés nacional.
13. Ejercer una gestión administrativa y financiera eficiente y transparente; y,
14. Las demás establecidas por otros instrumentos técnicos jurídicos.

### CAPÍTULO III DE LA CATEGORIZACIÓN DE LOS HOSPITALES.

Art. 26.- Los Hospitales están categorizados en Hospitales de segundo y de tercer nivel, de acuerdo a criterios tales como:

1. Perfil epidemiológico de la zona.

2. Conjunto de prestaciones que ofrece.
3. Ubicación geográfica.
4. Población a atender.
5. Equipamiento médico e industrial.
6. Prestación de servicios de especialización.
7. Tecnificación del recurso humano.
8. Docencia e investigación para los Hospitales escuela.

Art. 27.- Mecanismos de categorización de Hospitales. Los mecanismos para la categorización de los Hospitales que forman parte de las RIIS, deben ser determinados mediante Lineamientos técnicos que para ello se emitan. Art.

28.- Los Hospitales del segundo nivel son los denominados Básicos que atienden las cuatros especialidades básicas, siendo las siguientes: Medicina Interna, Cirugía general, Pediatría y Ginecoobstetricia.

Art. 29.- Los Hospitales Básicos de la RIIS Nacional son los siguientes:

1. Hospital Nacional de Chalchuapa, Santa Ana.
2. Hospital Nacional "Arturo Morales" de Metapán, Santa Ana.
3. Hospital Nacional de Nueva Concepción, Chalatenango.
4. Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro" de San Bartolo, San Salvador.
5. Hospital Nacional de Suchitoto, Cuscatlán.
6. Hospital Nacional "Dr. José Luis Saca" de Ilobasco, Cabañas.
7. Hospital Nacional de Jiquilisco, Usulután.
8. Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, San Miguel.
9. Hospital Nacional "Monseñor Oscar A. Romero y Galdámez" de Ciudad Barrios, San Miguel.
10. Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, La Unión.
11. Hospital Nacional "Dr. Jorge Arturo Mena" de Santiago de María, Usulután.

Art. 30.- Los Hospitales Departamentales son los siguientes:

1. Hospital Nacional "Dr. Francisco Menéndez", Ahuachapán.
2. Hospital Nacional "Dr. Jorge Mazzini Villacorta", Sonsonate.
3. Hospital Nacional "San Rafael" de Santa Tecla, La Libertad.
4. Hospital Nacional "Dr. Luis Edmundo Vásquez", Chalatenango.
5. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" de Zacamil, Mejicanos, San Salvador.
6. Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" de Cojutepeque, Cuscatlán.
7. Hospital Nacional "San Jerónimo Emiliani", Sensuntepeque, Cabañas.
8. Hospital Nacional "Santa Teresa" de Zacatecoluca, La Paz.
9. Hospital Nacional "Santa Gertrudis", San Vicente.
10. Hospital Nacional "San Pedro", Usulután.
11. Hospital Nacional "Dr. Héctor Antonio Hernández Flores" de San Francisco Gotera, Morazán.
12. Hospital Nacional de La Unión, La Unión.
13. Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" de Soyapango, San Salvador.
14. Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña", San Salvador.

Art. 31.- Los Hospitales Regionales son los siguientes:

1. Hospital "San Juan de Dios", San Miguel.

## 2. Hospital "San Juan de Dios", Santa Ana.

Art. 32.- Los Hospitales de tercer nivel cuentan con prestación de servicios para una especialidad básica y otras especialidades más complejas, y son los Centros de referencia a nivel nacional.

Art. 33.- Los Hospitales Escuela o formadores de especialistas: son los Hospitales Nacionales que de acuerdo a la normativa interna del MINSAL y los Convenios que suscriba con instituciones educativas en el área de la salud, forma especialistas en el área antes mencionada. Con la finalidad de preparación y especialización en las áreas de la salud, algunos de los Hospitales de segundo y tercer nivel, podrán ser Hospitales Escuela.

Art. 34.- Los Hospitales Escuela son los siguientes:

1. Hospital Nacional "Rosales", San Salvador.
2. Hospital Nacional de la Niñez "Benjamín Bloom", San Salvador.
3. Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez", San Salvador.
4. Hospital "San Juan de Dios", San Miguel.
5. Hospital "San Juan de Dios", Santa Ana.
6. Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" de Soyapango, San Salvador.
7. Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" de Zacamil, Mejicanos, San Salvador.
8. Hospital Nacional "San Rafael" de Santa Tecla, La Libertad. 9. Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña", San Salvador.

Art. 35.- A partir de la categorización de todos los hospitales, estos estarán obligados a iniciar el proceso de habilitación que culmine con el licenciamiento de los mismo, considerando ésta como la herramienta regulatoria del Sistema de Gestión de la Calidad, que consiste en un proceso de evaluación único y permanente mediante el cual el MINSAL, otorga la certificación de apertura y funcionamiento a todo hospital de la red pública del país, que al ser evaluado cumple con los Requisitos Mínimos de Operación (RMO) que se exigen para su categoría y nivel de atención, en coordinación con el Consejo Nacional de Calidad a través del organismo pertinente.

Art. 36.- Para el funcionamiento y operatividad de las actividades y servicios del Hospital, se crean las siguientes instancias:

1. Consejo Estratégico de Gestión.
2. Consejo Académico.
3. Unidad Organizativa de Calidad.
4. Oficina por el Derecho a la Salud
5. Unidad de Asesoría Jurídica



## ANEXO 2 - Metodología de certificación

En todos los programas de certificación del Consejo Superior de Salud Pública se otorga un papel relevante a la Autoevaluación, pues permite identificar a los implicados su posición actual, determinar a donde quieren llegar y planificar las actuaciones para conseguirlo, generando un espacio de consenso y de mejora compartida.

- En la autoevaluación se analizan los estándares y su propósito, reflexionándose sobre qué es lo que se hace y cómo puede demostrarse, dando lugar a las evidencias y sobre qué resultados se han obtenido y cómo se pueden mejorar, identificando áreas de mejora.

La evaluación externa es otro de los elementos comunes de los procesos de certificación. Es realizada por los equipos de auditores del Consejo Superior de Salud Pública, que valoran las pruebas aportadas durante los procesos de certificación. En función de su cumplimiento, se determina el grado de certificación obtenido, los puntos fuertes y las áreas de mejora.

### Esquema del programa de Certificación.

Cada una de las fases del proceso de certificación, y en especial la autoevaluación, se sustentan en una plataforma tecnológica en entorno web, denominada plataforma tecnológica OPTIMA, que permite conducir de forma segura y con apoyo de los profesionales del Consejo Superior de Salud Pública cada proceso de certificación.

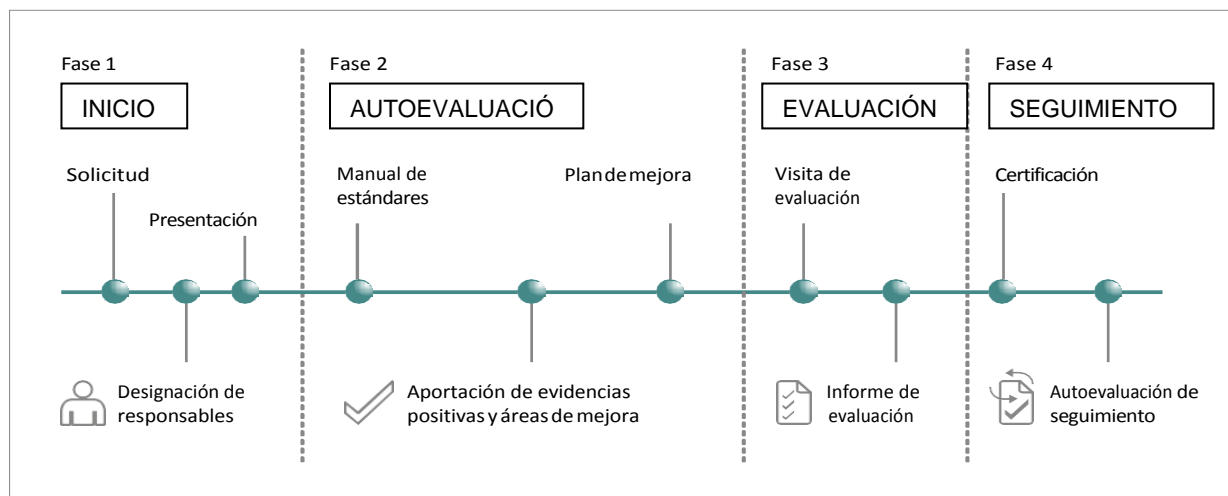


Imagen 46. Esquema del Proceso de Certificación (Según documento del MINSAL)<sup>16</sup>.

Un detalle de los pasos a seguir en el proceso para la concesión, mantenimiento y renovación de la certificación de servicios conforme al presente manual de estándares definido por CSSP, se refleja en el Procedimiento de Certificación de establecimientos públicos de salud.

<sup>16</sup> Modelo tomado del Manual de estándares Unidades de Gestión Médica. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. España. Abril 2017.

### **Herramientas de apoyo**

Para facilitar el proceso de certificación, CSSP pone a disposición de los centros hospitalarios varias herramientas de apoyo:

- **Responsable CSSP del proceso de certificación:** en el momento en el que el centro hospitalario solicita iniciar su proceso de certificación se le asigna un profesional de CSSP que le acompañará durante todo su proceso. La comunicación con el responsable de CSSP es continua (contactos telefónicos, visita de presentación, verificación, emisión de dictámenes, etc.).
- **Plataforma tecnológica ÓPTIMA:** con el fin de facilitar especialmente la fase de autoevaluación, se ha diseñado una plataforma tecnológica en entorno web. La plataforma tecnológica ÓPTIMA permite a los establecimientos de salud reflexionar sobre los estándares de calidad, aportar las evidencias necesarias relacionadas con su actividad, identificar mejoras, aportar documentos, y consultar el estado de su certificación en cualquier fase del proceso.
- **Guía de uso de la plataforma tecnológica ÓPTIMA:** documento de apoyo para proporcionar a los profesionales de los centros de salud información sobre las utilidades y funcionalidades de la aplicación que da soporte al proceso de certificación.
- **Procedimiento de Certificación de establecimientos públicos de salud:** documento en el que se establecen las reglas para la concesión, mantenimiento y renovación de la certificación de servicios conforme al presente manual de estándares definido por CSSP.
- **Procedimiento de desarrollo de estándares:** documento en que se define el proceso de elaboración/revisión de un manual de estándares destinado a la certificación de establecimientos públicos de salud, en el plazo establecido, con estándares verificables de forma objetiva, y recomendaciones sobre evidencias que permitan evaluar de forma objetiva los estándares, así como, un modelo de requisitos, que permita mejorar de forma progresiva la actividad sujeta a estándares por parte del manual.

## **ANEXO 3 - El manual de estándares**

### **Marco conceptual**

El programa de certificación de los establecimientos de salud está orientado a impulsar la mejora continua y su punto de partida es el potencial de mejora de la propia unidad.

El Modelo de Certificación parte de la definición de un patrón de referencia (estándares) con el que la unidad de gestión clínica camina hacia la mejora de sus servicios y de unas herramientas de gestión de mejora de la calidad que favorecen su óptimo progreso en tiempo y forma.

La certificación de los establecimientos de salud se concibe como el proceso mediante el cual se observa y reconoce en qué forma la atención que prestamos a las personas usuarias responde a nuestro modelo de calidad, siempre con la finalidad de favorecer e impulsar la mejora continua.

### **Ámbito de aplicación del manual**

Con este manual de estándares se podrán certificar los diferentes niveles de establecimientos de salud, para cada uno de los diferentes niveles de desempeño, AVANZADO, EXPERTO y EXCELENTE.

## **ANEXO 4 - El manual de estándares**

### **AENOR**

AENOR la cual es la asociación española de normalización y certificación, una entidad privada sin ánimo de lucro cuya misión es:

- Elaborar y publicar normas
- Fomentar el desarrollo de la normalización
- Desarrollo de la certificación y de las marcas de calidad

AENOR, a través del desarrollo de normas técnicas y certificaciones y verificaciones, contribuye a mejorar la calidad y competitividad de las empresas, sus productos y servicios; de esta forma ayuda a las organizaciones a generar uno de los valores más apreciados en la economía actual: la confianza.

Como entidad legalmente responsable de la normalización en España, pone a disposición del tejido económico un catálogo cercano a las 30.000 normas con soluciones eficaces. Es también la entidad líder en certificación. Los casi 66.000 certificados emitidos hasta ahora apoyan a las organizaciones en campos como la Responsabilidad Social, Gestión Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo o Eficiencia Energética.

Imagen 47. Catálogo de AENOR

	<b>Normalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 30.000 normas UNE en catálogo</li> <li>■ 192 Órganos técnicos de normalización</li> <li>■ 1.700 nuevas normas cada año</li> <li>■ Miembro español de los organismos de normalización Internacionales, Europeos y Americanos.</li> </ul>
	<b>Certificación de Sistemas de Gestión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Más de 70.000 certificados de sistemas de gestión emitidos en 67 países.</li> <li>■ Certificaciones de Gestión de la Calidad, Gestión Ambiental, Seguridad, Sectores Telecomunicaciones, Automoción, Aeroespacial, Defensa ...</li> <li>■ Miembro de la Red Internacional de Certificación IQNet</li> </ul>
	<b>Certificación de Productos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Más de 100.000 productos Certificados</li> </ul>
<b>AENORformación</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 77.090 horas de formación especializada impartida, con más de 5.400 alumnos en 2012.</li> </ul>
<b>AENORediciones</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Más de 70 publicaciones anuales</li> <li>■ Más de 160 publicaciones en catálogo.</li> </ul>

AENOR fue creada en 1986 como entidad privada y sin fines lucrativos. Tiene 20 sedes en España y presencia permanente en 12 países. AENOR es miembro de los principales organismos internacionales de Normalización y Certificación.

En Normalización:  
Imagen 48. Organismos internacionales de normalización

	Organización Internacional de Normalización (ISO)		Comité Europeo de Normalización (CEN)
	Comisión Electrotécnica Internacional (IEC)		Comité Europeo de Normalización Electrotécnica (CENELEC)
	Comisión Panamericana de Normas Técnicas (COPANT)		Instituto Europeo de Normas de Telecomunicación (ETSI)
International Telecommunication Union			

En Certificación:  
Imagen 49. Organismos internacionales de certificación

	Red Mundial de Certificación (IQNet)
--	--------------------------------------

**Líneas de actividad**

- Certificación de sistema de gestión

- Certificación de productos y servicios
- Formación y capacitación de personal
- Homologación de proveedores
- Supervisión y fiscalización integral de proyectos
- Fiscalización del cumplimiento contractual de actividades en out-sourcing
- Fiscalización ambiental
- Venta de publicaciones y normas técnicas.

### Independencia y competencia técnica reconocidas

AENOR cuenta con cerca de 150 acreditaciones, reconocimientos, acuerdos y nombramientos para las actividades de certificación, validación, verificación, inspección y ensayos, otorgados por distintas entidades nacionales e internacionales.

Las actividades de AENOR acreditadas y reconocidas alcanzan multitud de servicios, de carácter voluntario y reglamentario, en los ámbitos de la calidad, el medio ambiente, la seguridad y salud laboral, la I+D+I, la alimentación, construcción, automoción, etc.

#### Acreditaciones:

Imagen 50. Organismos internacionales de acreditación



#### Reconocimientos:

Imagen 51. Reconocimientos de AENOR ha recolectado



AENOR se somete a más de 100 jornadas anuales de auditoría y supervisión.

### Rigor en los procedimientos

- Cuenta con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, a través de sus órganos, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables y sus Estatutos y reglamentos.
- Mantiene implantado y documentado un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la gestión por procesos y que cumple con las normas internacionales aplicables como ISO/IEC 17021-1, ISO/IEC 17065, etc.
- Ha establecido los procedimientos para la concesión, mantenimiento, ampliación, suspensión y retirada de la certificación e inspección; y ejerce el control sobre la propiedad, uso y publicaciones de licencias, certificados y marcas de conformidad.

### Gran cuerpo profesional

- Dispone del personal competente para todos los sectores en los que desarrolla las actividades de inspección y certificación, siempre dando cumplimiento a los requisitos internacionales de acreditación o a los requisitos reglamentarios que apliquen.
- Exige que todo el personal, subcontratado o colaborador implicado en la certificación o inspección, adquiera una serie de compromisos de confidencialidad, independencia e imparcialidad, y no vinculación en las evaluaciones en las que participen.

## ANEXO 5 - Obtención del modelo general

Se iniciara con el modelo 0 el cual fueron los indicadores priorizados por el modelo ganador y más completo que fue por parte de la nación española la cual considera muchos aspectos que los demás no consideraban o no hacían énfasis en sus documentos, ya que en su primera evaluación por países fue la de mayor cumplimiento hacia el camino que se busca, teniendo como modelo 0

- 10 estándares de liderazgo
- 8 estándares de políticas y Estrategias
- 9 estándares de Gestión de personas
- 9 estándares de alianzas y recursos
- 20 estándares de procesos
- 10 indicadores de resultados en los clientes o satisfacción del paciente
- 9 indicadores de resultados en las personas o satisfacción de Profesionales
- 6 indicadores de resultados en la Sociedad
- 19 indicadores de resultados clave

A partir del modelo 0 se comenzara la generación de los indicadores propios del Sistema Nacional de Salud de El Salvador, específicamente para los hospitales de tercer nivel de la capital, San Salvador.

A este modelo 0 se le añadirán los 130 requisitos que están como referencia en el documento normativo para la acreditación de establecimientos de salud del MINSAL y de otros prestadores del Sistema Nacional de Salud.

### Modelo normativo

La gestión de la calidad supone un cambio en la cultura y formas de trabajar de un establecimiento de salud, pasando de un modelo reactivo que se pone en marcha cuando surge una necesidad o problema, a uno proactivo, en el que prima la planificación y la sistematización. Para poder realizar una gestión de calidad, el establecimiento debe dotarse de herramientas metodológicas que permitan la trazabilidad del proceso de toma de decisiones para poder mejorarlo y generar conocimiento. En este criterio se abordan estándares sobre estrategias y metodologías que favorezcan este cambio en la organización, tanto desde su perspectiva de mejora como de innovación.

A continuación, se detalla para cada una de las **18 áreas temáticas** en la que se estructuran los mismos.

Tabla 212. Bloques y áreas temáticas de Modelo normativo

BLOQUES	AREAS TEMÁTICAS
Estándares centrados en el usuario	1. Seguridad del usuario
	2. Gestión de Riesgos del usuario
	3. Accesibilidad y continuidad de la atención
	4. Información clínica
	5. Derechos del usuario y su familia
Organización de la gestión sanitaria	6. Liderazgo
	7. Gestión y monitorización de procesos
	8. Promoción de la salud y la calidad de vida

BLOQUES	AREAS TEMÁTICAS
	9. Dirección y planificación estratégica
Gestión de Profesionales	10. Desarrollo profesional y dotación de recursos humano
	11. Selección de profesionales y plan de acogida
	12. Formación y prevención de riesgos laborales
	13. Evaluación del desempeño
Alianzas y Recursos	14. Estructura, equipamiento y proveedores clave
	15. Partners y proveedores clave
	16. Sistemas y tecnologías de la información y comunicación
Mejora continua, Innovación y gestión de resultados	17. Herramientas y metodologías de calidad e innovación
	18. Gestión de resultados (usuarios, profesionales y sociedad)

## ANEXO 6 - Referencia estructural iso 9001 junto al modelo español

La calidad aparece como principio de entidad en el siglo XXI y se encuentra vinculado a aquella organización que busca consolidarse, crecer y desarrollarse para tener éxito. Los principios de gestión de calidad son las grandes premisas que se utilizan para transmitir por la alta dirección de la organización.

Los principios de la gestión de calidad no pueden ser cerrados, en el momento en el que se implemente la norma ISO 9001 la empresa no se debe resentir. Para que dicha norma le pueda ser útil a la organización tiene que tomarse no como un sistema que se debe implementar sino como un sistema de referencia. Lo deseable es que sea un proceso de mejora continua en el cual la norma ISO 9001 actúe como parte del principio de organización de la calidad.

El modelo que resulto el más completo muestra ser compatible con la ISO 900, en el cuadro comparativo se muestra sus principios:

Tabla 213. Comparación del Modelo cero con la ISO 9001

COMPARACIÓN DEL MODELO CERO CON LA ISO 9001		
PRINCIPIO	COMPARACIÓN	PRINCIPIO
Liderazgo		Enfoque al cliente
Política y estrategia		Liderazgo
Personas		Participación del personal
Alianza y recursos		Enfoque basado en procesos
Procesos		Enfoque de sistema para la gestión
Resultados en pacientes		Mejora continua
Resultados en		Enfoque basado en



<b>profesionales</b>		hechos para la toma de decisiones
<b>Resultados en la sociedad</b>		Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor
<b>Resultados claves</b>		

Un plan de calidad debe contar con ciertas áreas de importancia, es decir priorizar ciertos objetivos que busca toda entidad de salud que pretende dar un servicio de calidad.

1. Protección, promoción de la salud y prevención
2. Fomento de la equidad
3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud
4. Fomento de la excelencia clínica
5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos
6. Aumento de la transparencia

### Estructura de las fases generales

Una de las estrategias prioritarias del plan es fomentar la excelencia clínica y, dentro de ella, mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros médicos. la seguridad de los pacientes ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias quienes desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia medica efectiva y eficiente.

- CAMPOS DE LA INVESTIGACIÓN

LOS CAMPOS EN LOS QUE COMO INVESTIGADORES NOS BASAREMOS SON LOS DEL MODELO GENERAL O CERO QUE TIENE A SU BASE EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA.

- Identificar cuáles son los estándares e indicadores que los profesionales de LA SALUD de los hospitales deben garantizar si hablamos en términos de atención del paciente



Imagen 52. Campos de investigación

## ANEXO 7 – Ingresos y asignación de recurso de cada hospital de tercer nivel

### Ingresos por hospital

#### Hospital Nacional Rosales

Ingresos Corrientes	Egreso	Ingreso
1. Ventas de bienes y servicios		3,242,280
1.1. Venta de bienes		
1.1.1. Venta de bienes diversos	120	
1.2. Ingresos por prestación de servicios públicos		
1.2.1. Servicios de educación y salud	3,240,000	
1.3. Ventas de desechos y residuos		
1.3.1. De bienes diversos	2,160	
2. Ingresos Financieros y Otros		31,200
2.1. Arrendamiento de bienes		
2.1.1. Arrendamiento de bienes Inmuebles	21,840	
2.2. Otros Ingresos no Clasificados		
2.2.1. Ingresos Diversos	9,360	
3. Transferencias Corrientes		42,121,245
3.1. Transferencias corrientes del sector publico		
3.1.1. Ramo de Salud	42,121,245	
Total		45,394,725

#### Hospital Nacional de La Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"

Ingresos Corrientes	Egreso	Ingreso
2. Ingresos Financieros y Otros		30,000
2.1. Arrendamiento de bienes		
2.1.1. Arrendamiento de bienes Inmuebles	15,000	
2.2. Otros Ingresos no Clasificados		
2.2.1. Ingresos Diversos	15,000	
3. Transferencias Corrientes		19,036,790
3.1. Transferencias corrientes del sector publico		
3.1.1. Ramo de Salud	19,036,790	
Total		19,066,790

#### Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom"

Ingresos Corrientes	Egreso	Ingreso
1. Ventas de bienes y servicios		1,483,000
1.1. Ingresos por prestación de servicios públicos		
1.1.1. Servicios de Educación y Salud	1,483,000	
1.2. Ventas de desechos y residuos		
1.2.1. De bienes diversos	500	
2. Ingresos Financieros y Otros		2,000
2.1. Otros Ingresos no Clasificados		
2.1.1. Ingresos Diversos	2,000	
3. Transferencias Corrientes		34,875,275
3.1. Transferencias corrientes del sector publico		
3.1.1. Ramo de Salud	34,875,275	
3.2. Transferencias corrientes del sector privado		
3.2.1. De empresas privadas no financieras	7,000	
3.2.2. De personas naturales	8,000	
Total		36,360,275

**Asignación de recursos por hospital****Hospital Nacional Rosales****Destino del Gasto por fuente de financiamiento**

<b>Código</b>	<b>Unidad presupuestaria</b>	<b>Responsable</b>	<b>Fondo General</b>	<b>Recursos Propios</b>	<b>Total</b>
01	Dirección y Administración Institucional	Director	2,748,335	460,805	3,209,140
02	Servicios Integrales en Salud	Director	39,372,910	2,812,675	42,185,585
Total			42,121,245	3,273,480	45,394,725

**Clasificación Económica institucional por Área de Gestión**

	<b>Desarrollo Social</b>
1.Gastos Corrientes	45,352,635
1.1.Gastos de Consumo o Gestión Operativo	45,236,300
1.1.1.Remuneraciones	28,681,955
1.1.2.Bienes y Servicios	16,554,345
1.2.Gastos Financieros y Otros	116,335
1.2.1.Impuestos, Tasas y Derechos	88,035
1.2.2.Seguros, Comisiones y Gastos Bancarios	28,300
2.Gastos de Capital	42,090
2.1.Inversiones en Activos Fijos	42,090
2.1.1.Bienes Muebles	35,090
2.1.2.Intangibles	7,000
Total	45,394,725

**Relación Propósitos con Recursos Asignados**

<b>Unidad Presupuestaria y Línea de trabajo</b>	<b>Propósito</b>	<b>Costo</b>
01 Dirección y administración institucional		3,209,140
01 Dirección superior y administración	Dirigir y coordinar el uso adecuado de los recursos a través de un proceso de supervisión y control en el cumplimiento de las normas, reglamentos y leyes vigentes.	3,209,140
02 Servicios Integrales en Salud		42,185,585
01 Atención Ambulatoria	Brindar servicios de consulta especializada, así como educación en salud para lograr la recuperación de la salud de las personas que lo demandan al Hospital, en forma oportuna, con calidad, calidez y eficiencia.	3,199,745
02 Atención Hospitalaria	Proporcionar servicios de hospitalización para aquellos pacientes que requieran de procedimientos o tratamientos especializados para recuperar la salud.	38,985,840
TOTAL		45,394,725

Asignación presupuestaria por Rubro de Agrupación, Fuente de financiamiento y Destino Económico

Unidad Presupuestaria y Cifrado Presupuestario	Línea de Trabajo	Remuneraciones	Adquisiciones de bienes y servicios	Gastos financieros y otros	Inversiones en Activos Fijos	Gastos corrientes	Gastos de Capital	Total
01 Dirección y Administración Institucional	Dirección superior y Administración	2,659,535	549,605			3,209,140		3,209,140
1 Fondo general		2,659,535	88,800			2,748,335		2,748,335
2 Recursos Propios			460,805			460,805		460,805
02 Servicios Integrales en Salud	Atención Ambulatoria	26,02,420	16,004,740	116,335	42,090	42,143,495	42,090	42,185,585
1 Fondo general		2,432,500	214,800			2,647,300		2,647,300
2 Recursos Propios			552,445			552,445		552,445
1 Fondo general		23,589,920	13,075,300	28,300		36,693,520		36,693,520
2 Recursos Propios			2,162,195	88,035		2,250,230		2,250,230
1 Fondo general					32,090		32,090	32,090
2 Recursos Propios					10,000		10,000	10,000
Total			28,681,955	16,554,345	116,335	42,090	45,352,635	42,090

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

Destino del Gasto por fuente de financiamiento

Código	Unidad presupuestaria	Responsable	Fondo General	Recursos Propios	Total
01	Dirección y Administración Institucional	Director	743,390		743,390
02	Servicios Integrales en Salud	Director	18,293,400	30,000	18,323,400
Total			19,036,790	30,000	19,066,790

Clasificación Económica institucional por Área de Gestión

	Desarrollo Social
1.Gastos Corrientes	19,062,790
1.1.Gastos de Consumo o Gestión Operativo	19,054,725
1.1.1.Remuneraciones	15,485,605
1.1.2.Bienes y Servicios	3,569,120
1.2.Gastos Financieros y Otros	8,065
1.2.2.Seguros, Comisiones y Gastos Bancarios	8,065
2.Gastos de Capital	4,000

2.1.Inversiones en Activos Fijos	4,000
2.1.2.Intangibles	4,000
Total	19,066,790

Relación Propósitos con Recursos Asignados

Unidad Presupuestaria y Línea de trabajo	Propósito	Costo
01 Dirección y administración institucional		743,390
01 Dirección superior y administración	Brindar a la mujer y al recién nacido en el Hospital una atención integral en salud, mediante la vigilancia en el cumplimiento de las normas establecidas en la calidad de atención y utilización óptima de los recursos disponibles.	743,390
02 Servicios Integrales en Salud		18,323,400
01 Atención Ambulatoria	Proporcionar consulta en las especialidades de ginecología y obstetricia a las pacientes con patologías de alto riesgo cuyo tratamiento no puede ser realizado en los establecimientos de primer y segundo nivel de atención.	1,924,965
02 Atención Hospitalaria	Proporcionar servicios de hospitalización que conlleven a la finalización de un embarazo con un binomio madre-hijo en las mejores condiciones de salud, mediante la intervención oportuna en las especialidades de gineco-obstetricia, neonatología, oncología y otras especialidades que el Hospital ofrece.	16,268,750
03 Fortalecimiento de la salud de la mujer	Incrementar el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno de neoplasias prevalentes del aparato reproductor femenino y reducción de la morbilidad materna e infantil.	129,685
TOTAL		19,066,790

Asignación presupuestaria por Rubro de Agrupación, Fuente de financiamiento y Destino Económico

Unidad Presupuestario y Cifrado Presupuestario	Línea de Trabajo	Remuneraciones	Adquisiciones de bienes y servicios	Gastos financieros y otros	Inversiones en Activos Fijos	Gastos corrientes	Gastos de Capital	Total
01 Dirección y Administración Institucional	Dirección superior y Administración	735,325		8,065		743,390		743,390
1 Fondo general		735,325		8,065		743,390		743,390
02 Servicios Integrales en Salud	Atención Ambulatoria	14,750,280	3,569,120		4,000	18,319,400	4,000	18,323,400
1 Fondo general		1,247,055	677,910			1,924,965		1,924,965
1 Fondo	Atención	13,373,540	2,865,210			16,238,		16,238,

general	hospitalaria					750		750
2 Recursos Propios	Fortalecimiento de la salud de la mujer		26,000			26,000		26,000
2 Recursos Propios					4,000		4,000	4,000
1 Fondo general		129,685				129,685		129,685
Total		15,485,605	3,569,120	8,065	4,000	19,062,790	4,000	19,066,790

### Hospital Nacional Especializado de Niños "Benjamín Bloom"

#### Destino del Gasto por fuente de financiamiento

Código	Unidad presupuestaria	Responsable	Fondo General	Recursos Propios	Total
01	Dirección y Administración Institucional	Director	2,418,320		2,418,320
02	Servicios Integrales en Salud	Director	32,441,955	1,500,000	33,941,955
Total			34,860,275	1,500,000	36,360,275

#### Clasificación Económica institucional por Área de Gestión

	Desarrollo Social
1.Gastos Corrientes	36,345,275
1.1.Gastos de Consumo o Gestión Operativo	36,307,625
1.1.1.Remuneraciones	25,189,020
1.1.2.Bienes y Servicios	11,118,605
1.2.Gastos Financieros y Otros	34,150
1.2.1.Impuestos, tasas y derechos	31,450
1.2.2.Seguros, Comisiones y Gastos Bancarios	2,700
1.3.Transferencias Corrientes	3,500
1.3.1.Transferencias corrientes al sector privado	3,500
2.Gastos de Capital	15,000
2.1.Inversiones en Activos Fijos	15,000
2.1.1.Bienes Muebles	12,000
2.1.2.Intangibles	3,000
Total	36,360,275

#### Relación Propósitos con Recursos Asignados

Unidad Presupuestaria y Línea de trabajo	Propósito	Costo
01 Dirección y administración institucional		2,418,320
01 Dirección superior y administración	Gerenciar la estructura hospitalaria para la coordinación e integración de los recursos administrativos y operativos en el cumplimiento de los objetivos institucionales	2,418,320
02 Servicios Integrales en Salud		33,941,955
01 Atención Ambulatoria	Brindar atención integral al niño en coordinación con la familia, mejorando así el diagnóstico, tratamiento, evolución y seguimiento en las diferentes patologías que afectan a la niñez salvadoreña.	1,545,200

02 Atención Hospitalaria	Restablecer la salud de los niños ingresados en las diferentes áreas de atención hospitalaria al recibir atención especializada de acuerdo a la afección psicológica y fisiopatológica.	32,369,955
03 Fortalecimiento de la salud de la mujer	Incrementar el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno de neoplasias prevalentes del aparato reproductor femenino y reducción de la morbilidad materna e infantil.	26,800
<b>TOTAL</b>		<b>36,360,275</b>

Asignación presupuestaria por Rubro de Agrupación, Fuente de financiamiento y Destino Económico

Unidad Presupuestario y Cifrado Presupuestario	Línea de Trabajo	Remuneraciones	Adquisiciones de bienes y servicios	Gastos financieros y otros	Transferencias Corrientes	Inversiones en Activos Fijos	Gastos corrientes	Gastos de Capital	Total
01 Dirección y Administración Institucional	Dirección superior y Administración	2,418,320					2,418,320		2,418,320
1 Fondo general		2,418,320					2,418,320		2,418,320
02 Servicios Integrales en Salud	Atención Ambulatoria	22,770,700	11,118,605	34,150	3,500	15,000	33,926,955	15,000	33,941,955
1 Fondo general		1,545,200					1,545,200		1,545,200
1 Fondo general	Atención hospitalaria	21,198,700	9,634,855	32,900	3,500		30,869,955		30,869,955
2 Recursos Propios	Fortalecimiento de la salud de la mujer		1,483,750	1,250			1,485,000		1,485,000
2 Recursos Propios						15,000		15,000	15,000
1 Fondo general		26,800					26,800		26,800
<b>Total</b>		<b>25,189,020</b>	<b>11,118,605</b>	<b>34,150</b>	<b>3,500</b>	<b>15,000</b>	<b>36,345,275</b>	<b>15,000</b>	<b>36,360,275</b>

Fuente MINSAL

Tabla 214 precios generales de los servicios brindados en las áreas en estudio

Servicio	Precio	Consultado en
Consulta externa	\$75	Hospital Diagnostico
Hospitalización	\$500	Hospital Diagnostico
Sala de operación	\$1500	Hospital Profamilia
Cuidados intensivos	\$3000	Hospital Diagnostico
Emergencias	\$650	Hospital Profamilia

Fuente propia