



MINISTERIO
DE SALUD

Manual del usuario para monitoreo, evaluación y seguimiento de estándares de calidad en salud

San Salvador, El Salvador 2021



MINISTERIO
DE SALUD

Manual del usuario para monitoreo, evaluación y seguimiento de estándares de calidad en salud

San Salvador, El Salvador 2021

2021 Ministerio de Salud



Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Tiraje: 1ª. Edición. 2021.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2205 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

Ministerio de Salud. Dirección de Regulación. Unidad de Calidad, Año 2021.

Ministerio de Salud

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud Ad honorem

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud

Equipo técnico

Dra. Antonieta del Carmen Peralta Santamaría Dra. María Xochilt Pérez Alas Licda. Clara Luz Hernández de Olmedo Licda. Norma Cecilia Reinoso de Herrera.	Unidad Nacional de Calidad en Salud
Dra. Mayra Sáenz de Hernández Lic. Alexis Iraheta	Dirección de Regulación
Dr. Mynor Martínez	Unidad Organizativa de la Calidad, Hospital Nacional Rosales.
Dr. Eduardo Manfredo Abrego	Unidad Organizativa de Calidad (UOC), Hospital Nacional de la Mujer.
Ing. Efraín Guzmán Valle	Dirección Nacional de Saneamiento Ambiental
Dra. Laura Marina Rauda de Romero Dra. Matilde Stefania Quezada	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.
Licda. Vilma Elena Martínez	Unidad Nacional de Enfermería
Dra. María Aracely Zepeda de Baires Dra. Esmeralda Ramírez	Unidad de Atención Integral a la Mujer
Dr. Juan Morales Dra. Adriana Serpas de Silva	Unidad de Atención Integral a la Niñez
Dra. Ana Beatriz Sandoval	Dirección Nacional de Hospitales
Licda. Lorena de Bonilla	Unidad por el Derecho a la Salud

Comité Consultivo

Dr. David Alexander Tejada	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Chalatenango.
Dra. Ana Rosario Pérez de Santana	Hospital Nacional Santa Gertrudis de San Vicente.
Dr. Luis Ernesto Martínez Romero	Hospital de Nacional de Niños Benjamín Bloom.
Dr. Juan Manuel Ramírez	Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Jacinto.
Dra. Carolina de Morán	Unidad Comunitaria de Salud Familiar El Congo.
Dr. Luis Flores López	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Juayua.
Dra. Claudia de Ibáñez	Región Occidental de Salud
Dra. Tatiana Arqueros de Chávez	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Aguilar Rivas de Santa Tecla
Dr. Erick Balmore Pineda	Unidad Comunitaria de Salud Familiar El Zamoran.
Dra. Iris Elizabeth Cea de García	Hospital Nacional Dr. José Luis Saca, Ilobasco.
Dra. Karin Rosales	Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca
Dr. Pablo José Aquino	Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
Licda. Roxana Mejía de Mendoza	Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
Licda. Martha Lemus vda. de Rodríguez	Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
Dra. Sandra Villafuerte de Marroquín	Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
Dra. Amanda Alonso de Rodríguez	Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Saldaña
Dra. María Magdalena Sánchez	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Olocuilta
Dr. José Adán Aguilar Umaña	Hospital Nacional Dr. Luis Edmundo Vásquez, Chalatenango
Dra. Salomé Montesinos	Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca
Dr. Jaime Ernesto Sánchez Rodríguez	Hospital Nacional Rosales
Ing. Sandra Margarita Gavidia de Ávila	Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández Zacamil
Licda. Mirna Estela Navarrete de Nerio	Hospital Nacional Dr. José Luis Saca, Ilobasco
Dra. Beatriz Rosales Guevara	Hospital Nacional Oscar Arnulfo Romero, Ciudad Barrios
Dra. Belarmina Janeth Sánchez Molina	Hospital Nacional Nueva Guadalupe.
Dr. Luis Wilfredo Arévalo	Hospital Nacional Arturo Morales de Metapán.
Dra. Iliana Irizarri	Región Oriental de Salud
Dra. Marielos Recinos	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Ilobasco
Licda. Haydee del Carmen Cabezas Pineda	Hospital Nacional Nueva Concepción Chalatenango

CONTENIDO

Acuerdo n° 2667.....	9
I. Introducción	10
II. Objetivos	11
III. Alcance	11
IV. Ámbito de aplicación	11
V. Marco conceptual.....	11
Clasificación de estándares para monitoreo de la calidad en salud	13
VI. Contenido técnico	14
A. Descripción de estándares de calidad, por su dimensión y procesos de atención	14
B. Metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones	19
a. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad	20
b. Registro del cumplimiento de los criterios de cada estándar	20
c. Verificación de los resultados	21
d. Implementación de planes de mejora	22
e. Compromiso de las autoridades. (Liderazgo)	22
f. Seguimiento del Nivel Superior	22
C. Utilización de la plataforma informática SIIG-eTab para digitación, monitoreo y evaluación de estándares de calidad para hospitales y primer nivel de atención	23
a. Pasos para uso del sistema.....	23
b. Pasos para ingreso de datos en los formularios.....	24
c. Monitoreo y evaluación.....	28
d. Planes de mejora en el SIIG- eTab	38
e. Tablas dinámicas.....	43
VII. Elaboración de planes de mejora utilizando ciclos rápidos de mejora o PHVA.....	58
A. Descripción de fases de los ciclos rápidos de mejora o PHVA	59
B. Modelo de registro de aplicación de los ciclos PHVA en los establecimientos de salud del MINSAL	61
VIII. Terminología.....	63
IX. Disposiciones finales	64
X. Vigencia	65

XI. Bibliografía.....	66
ANEXOS	68
Anexo 1.	69
Lista de verificación de cirugía segura, adaptada de la Organización Mundial de la Salud OMS.....	69
Anexo 2. Matriz de programación de "Plan de mejora de estándares	70
Anexo 3. Matriz para seguimiento de actividades del "Plan de mejora de estándares de calidad	71
Anexo 4.....	72
Metodología para selección de expedientes clínicos para evaluación de estándares de calidad de hospitales.....	72
Anexo 5.....	98
Metodología para selección de expedientes clínicos para evaluación de estándares de calidad en establecimientos del Primer Nivel de Atención.....	98



MINISTERIO
DE SALUD

Ministerio de Salud

Acuerdo n° 2667

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerando

San Salvador, 28 de octubre de 2021

Ministerio de Salud,

CONSIDERANDO:

- Que el Código de Salud prescribe, en el *Art. 40.- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 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 Salud;*
- Que el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, establece en el *Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud: 2.- Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población;* y,
- Que, de acuerdo con los considerandos anteriores, es necesario contar con el Manual del usuario para monitoreo, evaluación y seguimiento de estándares de calidad en salud, con el objeto de establecer disposiciones técnicas y jurídica, que regulen el adecuado registro, medición, análisis y utilización de estándares de calidad para la toma de decisiones y mejora de los procesos de atención en los establecimientos del Ministerio de Salud.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, **ACUERDA** emitir el siguiente:

“Manual del usuario para monitoreo, evaluación y seguimiento de estándares de calidad en salud

I. Introducción

El Ministerio de Salud, en el marco de la ampliación de la salud como un derecho, a través de la mejora continua de la calidad de la atención en salud a la persona, familia y comunidad, en los diferentes niveles de atención; dentro del cual se ha avanzado en la categorización de los establecimientos de salud y la medición periódica de estándares.

Un "*Sistema de Gestión de la Calidad*", incluye y aprovecha una variedad de estrategias. Sin embargo, alcanzar y mantener de forma cotidiana y sistemática un desempeño y productividad efectiva de los procesos y procedimientos de atención, que permitan la prestación de servicios de salud con calidad, requiere el esfuerzo de medición y mejora continua.

Para lo cual es necesario implementar a nivel nacional, la medición de estándares de calidad, así como la utilización de la plataforma informática que integra los elementos para análisis y toma de decisiones oportuna relacionado con la prestación de servicios de salud.

Para fortalecer esta gestión de calidad, se ha desarrollado un módulo dentro el *Sistema Integrado de Información Gerencial* SUIIS. Esta nueva herramienta informática desplegará los estándares que le corresponde medir a cada establecimiento, según su capacidad instalada.¹

Al momento, el Sistema de Gestión de Calidad, cuenta con seis estándares específicos para el primer nivel de atención, para hospitales veintiocho estándares, además del estándar 29 que es común para los tres niveles de atención.

Con esta nueva herramienta, el MINSAL continúa siendo pionero en la implementación de sistemas informáticos y fortalece así los servicios a la población.

¹ Manual de Uso - Operativo: Aplicación Informática del Sistema de Gestión de Calidad en RIISS, MINSAL 2016

II. Objetivos

Objetivo general:

Establecer la información requerida para el adecuado registro, medición, análisis y utilización de estándares de calidad para la toma de decisiones y mejora de los procesos de atención en los establecimientos del Ministerio de Salud.

Objetivos específicos:

1. Fortalecer la metodología de medición y análisis de los estándares de calidad de los procesos de atención que se desarrollan en las RIIS.
2. Generar intervenciones de mejora a corto plazo, con base resultados de la medición de indicadores a fin de alcanzar los estándares.
3. Incrementar la calidad de atención que se brinda en los establecimientos de salud, a través de la implementación de planes de mejora o proyectos de calidad.

III. Alcance

La medición, análisis y uso de estándares de calidad incluidos en la plataforma de Sistema Integrado de Información Gerencial (SIIG-eTAB) del MINSAL, aplica para todos los establecimientos del MINSAL que prestan servicios de salud a la población.

IV. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento del presente documento, todos los establecimientos de salud del MINSAL, que prestan servicios de salud a la población.

V. Marco conceptual

El propósito de implementar estándares es garantizar al usuario una atención de calidad, en términos de seguridad sanitaria, con los menores riesgos para su salud y satisfacción en la atención recibida.²

² Norma técnicas de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados, Ministerio de salud de Perú, 2003.

Para alcanzar un estándar, se debe cumplir un determinado número de criterios y sub-criterios, los cuales son variables cualitativas que describen el desarrollo de una actividad; en el caso de los servicios de salud, describen los procesos a seguir para brindar una atención en salud con los requerimientos básicos para la detección, diagnóstico y tratamiento de una determinada patología o atención preventiva.

Estándar de calidad

Es un patrón, norma o medida, que se utiliza para efectuar comparaciones de entidades similares. Los estándares son promedios que en la evaluación muestran el grado de cumplimiento de un criterio, señalando el límite entre lo aceptable y lo inaceptable. En estudios de calidad se centra el interés en estándares mínimos, en cumplimiento de las normas mínimas establecidas.³

Criterios

Se basan en una serie de protocolos o procedimientos relacionados con las normas técnicas y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud, para los estándares de conformidad, contribuyendo al cumplimiento de un estándar determinado.⁴

Subcriterios

Son parámetros que complementan el cumplimiento de un criterio, los cuales, al sumarse, permiten obtener el valor de cada criterio y se basan en normativas y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud.¹

Indicador de calidad

Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad o seguridad de las actividades, es decir la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa un criterio.⁵

Mejora continua

Metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente, gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos para la mejora de forma sistemática de la calidad, con el fin de cerrar las brechas, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización, establecimientos y equipos de excelencia.⁶

³ Calidad en la prestación de servicios de salud, Autor Luz Mayra Duran Silva 2003.

⁴ Elaborado por equipo técnico de unidad de calidad de MINSAL, 2020.

⁵ Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. proyecto SENECA: Informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009.

⁶ Lineamientos técnicos para la implementación del sistema de Gestión de la calidad en el MINSAL, 2018.

Plan de mejora

Se origina de las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación de estándares, producto de un análisis participativo por el equipo responsable, quienes implementarán y darán seguimiento a los resultados obtenidos en cada uno de ellos, Así como sus indicadores y criterios en el periodo correspondiente.³

Clasificación de estándares para monitoreo de la calidad en salud

Los estándares de calidad para los servicios de salud contenidos en la plataforma, están basados en los objetivos institucionales y se clasifican en tres dimensiones que reflejan el fortalecimiento de la cultura de medición de la calidad y de los procesos que se realizan para atender a la población, siendo estos:

- a) **Conformidad:** corresponde con el cumplimiento de la normativa técnica, en relación a los estándares de calidad del Ministerio de Salud, se relacionan con la atención anticoncepcional, mujer en edad fértil, atención materno infantil, seguridad del paciente y saneamiento ambiental.
- b) **Servicios:** aplicación correcta y oportuna de procedimientos, técnicas para la atención y seguridad del usuario, de acuerdo a la oferta servicios de salud de cada establecimiento.

Satisfacción: medición de la percepción de los usuarios respecto a la atención recibida según sus expectativas

VI. Contenido técnico

A. Descripción de estándares de calidad, por su dimensión y procesos de atención

i. Tabla 1: Estándares Primer nivel de atención

Dimensión del estándar	Servicio/atención/proceso	Nombre del estándar
Conformidad	Atención integral a la mujer en edad fértil	1. Toda mujer en edad fértil captada recibe atención integral en salud.
	Atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal y puerperio.	2. Toda usuaria recibe una atención integral en salud preconcepcional, prenatal y posnatal.
	Atención integral del prematuro.	3. Todo prematuro con peso menor de 2000 gr al nacer recibe atención integral, según normativa.
	Atención integral del niño/a de 5 años.	4. Todo niño y niña menor de 5 años recibe atención integral y es evaluado según normativa vigente
	Referencia, retorno e interconsulta.	5. Todo usuario o usuaria que es referido a un establecimiento de mayor complejidad es retornado a su UNIDADES DE SALUD de origen, cumpliendo con la normativa vigente para el continuo de la atención.
	Logística de medicamentos.	6. Todo establecimiento de salud del Prime Nivel de Atención esta abastecido con el 80% o más de medicamentos esenciales según normativa.
Satisfacción	Calidad de atención y trato humanizado	7. Calidad de atención y trato humanizado: Los y las usuarios/as reciben calidad de atención y trato humanizado en los establecimientos de salud de la RIIS.

Fuente: MINSAL. Equipo técnico Unidad de Calidad. Año 2020.

ii. Tabla 2: Estándares segundo y tercer nivel de atención

Dimensión del estándar	Servicio/atención/proceso	Nombre del estándar
Conformidad	Anticoncepción	1. El Establecimiento cuenta con abastecimiento para de la oferta básica de anticoncepción.
	Preconcepcional	2. Toda mujer en edad fértil con factor de riesgo que consulta en un centro hospitalario, recibe atención integral en salud, de acuerdo a normativa, según necesidades identificadas.
	Prenatal	3. Toda usuaria inscrita en hospital recibe una atención integral para el control prenatal básico, de acuerdo a normativa.
	Anticoncepción	4. Toda usuaria/o de métodos de anticoncepción que decide por una esterilización quirúrgica: ligadura o vasectomía, deberá tener hoja de consentimiento informado correctamente registrado.
	Anticoncepción	5. Toda mujer post evento obstétrico (post parto o post aborto) recibe consejería y egresa con algún método de anticoncepción según normativa.
	Prenatal	6. Toda embarazada que recibe la atención prenatal de alto riesgo en el establecimiento debe tener registro correcto de la hoja de control prenatal (HCP) y expediente clínico, se le brinda consejería prenatal según normativa de acuerdo a su condición clínica.
	Parto	7. Toda mujer en trabajo de parto tendrá el partograma lleno e interpretado correctamente y aplicado según condición obstétrica.
	Post parto	8. Toda mujer con parto institucional, según normativa debe recibir oxitocina como parte del manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP) a fin de reducir la hemorragia postparto.
	Post parto	9. A toda mujer en el postparto inmediato se le debe realizar control en las primeras dos horas según normativa.

Dimensión del estándar	Servicio/atención/proceso	Nombre del estándar
	Post parto	10. Toda mujer en post parto previo al alta, recibe una evaluación clínica según normativa.
	Complicaciones obstétricas	11. Toda mujer con riesgo de parto (vaginal o cesárea) entre las 24 y 34 semanas de gestación (amenaza de parto prematuro, trabajo de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y hemorragia ante parto, que justifiquen un nacimiento pretérmino) recibe dexametasona 6 mg IM cada 12 horas en número de 4, o betametasona 12 mg IM cada 24 horas en número de 2.
	Complicaciones obstétricas	12. Toda mujer con diagnóstico de infección/ fiebre de causa obstétrica (aborto séptico, absceso mamario, endometritis, infección de herida operatoria o episiorrafia, absceso pélvico, y choque séptico, entre otros) son atendidas de acuerdo a los Lineamientos técnicos para la aplicación del código amarillo en la RIIS y otra normativa relacionada.
	Complicaciones obstétricas	13. Toda usuaria con hemorragia obstétrica debe ser atendida según Lineamientos técnicos para la aplicación de código rojo.
	Complicaciones obstétricas	14. Toda mujer con trastorno hipertensivo del embarazo (pre eclampsia con síntomas de gravedad/eclampsia) debe ser atendida según los Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja.
	Neonatos	15. Todo neonato recibe atención inmediata y mediata al nacer y se registran completa y correctamente los criterios de la hoja de historia clínica perinatal (HCP o expediente clínico materno y /o del RN, hoja de alta del RN) según normativa.
	Neonatos	16. Todo neonato que egresa, haya nacido por parto vaginal o abdominal, es evaluado con los criterios previo al alta y registrada la información en la hoja de evaluación al alta del neonato según normativa

Dimensión del estándar	Servicio/atención/proceso	Nombre del estándar
Servicios	Neonatos	17. Todo neonato producto de parto hospitalario sin complicaciones cumple los cuatro criterios de la lactancia materna exclusiva según normativa.
	Complicaciones del recién nacido	18. Todo recién nacido con diagnóstico de sepsis neonatal recibe atención médica según normativa relacionada.
	Complicaciones del recién nacido	19. Todo recién nacido que egresa con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal, en el momento del nacimiento es atendido de acuerdo a la normativa relacionada, (flujograma) de reanimación neonatal y se deja constancia en el expediente.
	Complicaciones del recién nacido	20. Todo neonato prematuro en condiciones estables posteriores al nacimiento, recibe atención de acuerdo a la normativa relacionada.
	Complicaciones del recién nacido	21. Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado oportunamente cumpliendo con los criterios de estabilización y transporte del recién nacido crítico.
	Seguridad del paciente: IAAS	22. Todo paciente hospitalizado quien ha desarrollado una IAAS, se le cumplen las medidas de prevención y se registra en el expediente clínico.
	Salud ambiental	23. Todo hospital debe manejar los desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalarios (infecciosos y punzocortantes) con base a la norma.
	Salud ambiental	24. Todo hospital cumple con los criterios de calidad del agua potable para el consumo del usuario.
	Emergencia	25. Brindar atención médica a todos los pacientes que se presenten a la unidad de emergencia con calidad técnica.
Unidad de cuidados Intensivos neonatales y pediátricos	26. Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: Unidad de cuidados intensivos neonatales y pediátricos. (Aplican para hospitales regionales y especializados).*	

Dimensión del estándar	Servicio/atención/proceso	Nombre del estándar
	Unidad de cuidados intensivos.	27. Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos. *
	Obstetricia	28. Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: Hospitalización obstetricia.
	Medicina interna	29. Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: Hospitalización medicina Interna. i
	Cirugía	30. Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: Hospitalización cirugía.
	Pediatria	31. Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área Hospitalización pediatría.
	Neumología	32. Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área Hospitalización neumología*
	Psiquiatría	33. Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: Hospitalización psiquiatría. *
	Atención ambulatoria	34. Proporcionar atención médica oportuna a todos los pacientes que demanden consulta externa de especialidades por primera vez, con calidad técnica y satisfacción, en los hospitales de II y III nivel del MINSAL. Este se mide a través del Sistema de atención a pacientes (SIAP)

Dimensión del estándar	Servicio/atención/proceso	Nombre del estándar
	Cirugía	35. Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico menor y mayor en quirófano, se le efectúe oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.
Satisfacción	Calidad de atención y trato humanizado	36. Calidad de atención y trato humanizado: Los y las usuarios/as reciben calidad de atención y trato humanizado en los establecimientos de salud de la RIISS.

Fuente: MINSAL. Equipo técnico Unidad de Calidad. Año 2020.

*Los estándares 26.1, 26.2, 26.6.7 y 26.8 se medirán y evaluarán de acuerdo a la capacidad instalada de cada hospital.

B. Metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones

La medición, análisis y mejora se debe realizar con base a la normativa técnica establecida por el MINSAL.

El llenado de la base de datos electrónica de los estándares de calidad se debe realizar mensualmente en el sistema SIIG-eTab.

El comité de calidad, constituido por las jefaturas relacionadas, deberá consensar quienes serán los responsables de la recolección de las fuentes, verificación de datos y registro en el sistema, a fin de garantizar que no haya sesgo ni conflicto de intereses.

El comité, en conjunto con jefe UOC, realizarán el análisis mensual del cumplimiento de los estándares y de los planes de mejora.

La jefatura de la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC)/Referente Regional de Calidad, será el encargado de verificar la validez y llenado completo de la información (monitoreo mensual) de los estándares y los criterios evaluados en la plataforma virtual, SIIG-eTab de Calidad, informando a las jefaturas en caso no se dé cumplimiento para que implementen las acciones correctivas pertinentes.

Deberá elaborar el informe trimestral a presentar al consejo estratégico de gestión o sala situacional en el caso de regiones de salud, tanto de los resultados de las mediciones como de los planes implementados y su avance, en aquellos casos que el estándar no sea alcanzado.

a. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad

1. El personal de archivo de los hospitales y primer nivel debe realizar el muestreo sistemático aleatorio para seleccionar los expedientes, diez por estándar para hospitales y cinco para los establecimientos del primer nivel de atención, relacionados al diagnóstico o atención del estándar a evaluar, la excepción a este caso, son aquellos estándares que tienen instrumentos de fuente primaria como es el caso de kardex.

Como ejemplo para el estándar uno, se toman en cuenta todos los expedientes de mujeres en edad fértil, captadas durante el mes a evaluar en el establecimiento, de estos debe seleccionar de forma sistemática y aleatoria un expediente de cada cinco, hasta completar la muestra.

2. Para los estándares 12, 13, 14, 18, 19,20, 21 y 22, si el número de casos es menor a la muestra establecida, se deben digitar el 100% de casos presentados en el mes evaluado, si el número de casos es mayor de diez, se debe realizar un muestreo sistemático aleatorio, tomando en cuenta los expedientes de pacientes que presentaron morbimortalidad extrema materna o infantil relacionada, que deben ser incluidos en la muestra.
3. Si no se presentan casos para evaluar de un determinado estándar, este no será digitado en ese periodo (No apertura el estándar en el sistema).
4. El responsable de la evaluación solicitará al área de estadística y documentos médicos los expedientes que debe revisar según listados.

b. Registro del cumplimiento de los criterios de cada estándar

Colocar SI: Cuando se cumple el criterio a evaluar en la casilla correspondiente de la columna del expediente y la fila del criterio.

Colocar NO: cuando no se cumple o no hay registro de la información del criterio a evaluar.

Colocar No Aplica (N/A) cuando el criterio no corresponde a la condición o morbilidad que se está evaluando.

La satisfacción del usuario, reclamos y quejas captadas en los puntos de información y orientación a la ciudadanía (INFOCA) se digitan en los indicadores 29.3 a 29.5.

Para los estándares de servicios: se debe registrar en la plataforma el numerador y denominador, para calcular el indicador relacionado a los procesos de atención de cada uno de los estándares.

Para los estándares de satisfacción: En el proceso de atención de enfermería, se deben evaluar los criterios del indicador 29.1, registrando en la plataforma SI o NO, dependiendo del cumplimiento. En el indicador 29.2, relacionado a la satisfacción del usuario se debe registrar según corresponda.

Ponderación de cada estándar:

Cuando no se cumple con el umbral del estándar, que es 100%, se calificará con 0 en el sistema SIIG- eTab.

Para los estándares de conformidad se han establecido rangos para priorizar las intervenciones de mejora que permitan alcanzar el estándar, según porcentaje de cumplimiento de los criterios los siguientes parámetros:

- a. 0 – 59.9 Rojo
- b. 60 – 79.9 Amarillo
- c. 80 - 100 Verde

En los estándares de servicios y satisfacción se evalúan de acuerdo al resultado obtenido según porcentaje de los indicadores. Y es verificable en el tablero de mando/ indicadores, los cuales se clasifican en:

- a. Sobresaliente: verde
- b. Aceptable: amarillo.
- c. Crítico: rojo.

c. Verificación de los resultados

La jefatura de la UOC/referente regional de calidad, debe realizar monitoreo mensual de la captación, digitación y seguimiento del cumplimiento del plan de mejora. Elaborando un informe gráfico de los estándares y criterios para ser presentado al consejo de gestión o en salas situacionales, así mismo deberá informar del avance y obstáculos para el cumplimiento de los planes de mejora para que las jefaturas y altas autoridades puedan apoyar a su resolución.

Debe también comprobarse que:

- La selección de expedientes clínicos a evaluar se haya realizado en forma aleatoria, de acuerdo a la metodología descrita anteriormente y relacionados al estándar. Para las UNIDADES DE SALUD, puede ser verificado en las supervisiones realizadas por el personal de SIBASI, regiones y automonitoreos por parte de los coordinadores de las UNIDADES DE SALUD.
- La información registrada en los sistemas coincida con las fuentes primarias.
- El cumplimiento de la medición de los estándares se realice en el periodo establecido.
- Se cumplan los planes de mejora de hospitales y UNIDADES DE SALUD.

d. Implementación de planes de mejora

Posterior al análisis de los resultados obtenidos de la medición mensual, el equipo de calidad de hospitales y las UNIDADES DE SALUD, en conjunto con el jefe UOC/Referente regional de calidad, deben identificar las brechas, priorizando problemas, causas y propuestas de mejora, de acuerdo al impacto que genera en la calidad de la atención, además identificar actividades estratégicas que contribuyan a reducir las brechas identificadas.

El plan de mejora debe contener, causa de la brecha, factores a mejorar, oportunidades de mejora, periodo de intervención y grado de avance para el cumplimiento.

El seguimiento al cumplimiento del plan de mejora debe ser hecho por el responsable de la evaluación del estándar en conjunto con la jefatura de la UOC/ referente regional de calidad.

e. Compromiso de las autoridades. (Liderazgo)

Los consejos de gestión deben ser informados de los resultados, a fin de conocer los proyectos de mejora propuestos por los jefes o el comité de calidad, y proporcionar el apoyo necesario para la realización de los mismos.

Las direcciones de hospitales/regiones, deberán realizar evaluación trimestral del avance de los proyectos de mejora relacionados a los estándares de calidad, documentando las mediciones mensuales y su seguimiento y remitir informe a las respectivas direcciones con copia electrónica a la Unidad de Calidad.

f. Seguimiento del Nivel Superior

La Unidad de Calidad, de la DIRPLAN, Dirección de Primer Nivel de Atención y Dirección Nacional de Hospitales, por medio de los referentes designados al componente de estándares de calidad realizarán monitoreo de la captación, digitación y análisis estándares de calidad trimestralmente; así mismo de la verificación de la elaboración y seguimiento de los planes de mejora por parte de las direcciones de la RIIS.

La Unidad de calidad, remitirá un informe trimestral del monitoreo a los directores de Hospitales y regiones a través de la Dirección de primer nivel y Dirección de Hospitales, en casos que se considere pertinente, remitirá informe a otras áreas involucradas.

C. Utilización de la plataforma informática SIIG-eTab para digitación, monitoreo y evaluación de estándares de calidad para hospitales y primer nivel de atención

a. Pasos para uso del sistema

Rutas de acceso a la aplicación.

Existen dos rutas para poder acceder al sistema de estándares de calidad las cuales son: <http://etab.salud.gov.sv> y <http://siis.salud.gov.sv/>, una vez se ingrese al sitio aparecerá la interfaz principal del sistema.

Imagen 1. Acceso al sistema informático SIIG - eTab



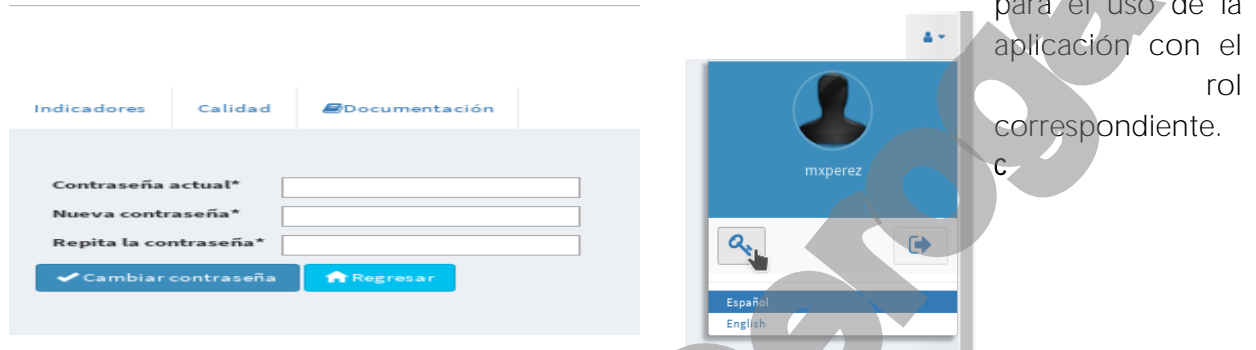
Pantalla principal de acceso al sistema.

Imagen 2. Pantalla de Inicio SIIG-eTab



En esta pantalla inicial se encuentra el formulario para el ingreso de las credenciales (nombre de usuario y contraseña) que permitirán el acceso a cada uno de los usuarios registrados

Imagen 3. Ventanas de administración de cuenta, salida y cambio de contraseña



Una vez se introducen los datos de identificación correspondientes y se ha ingresado al sistema, se visualiza el menú principal con las opciones del sistema y en la esquina superior derecha de la barra se encuentra el ícono que se utiliza para consultar los datos generales de la cuenta del usuario, la administración de su clave de acceso, el cierre de sesión y la elección del idioma en el que se desea operar la aplicación.

b. Pasos para ingreso de datos en los formularios

Una vez ha ingresado, para tener acceso a los formularios de cada estándar de calidad y realizar el registro de datos en cada uno de ellos, en primer lugar, debe seleccionar el formulario requerido. Para esto ingresa en la siguiente ruta del menú *Origen de datos*

Imagen 4. Pantalla con ícono de origen de datos



Captura de datos.

Pasos a seguir:

1. Cargar formulario: se utiliza para mostrar el listado de formularios de evaluación disponible (Imagen 6).

Imagen 5. Pantalla con icono de captura de datos.



Imagen 6. Pantalla de configuración de cada estándar



Imagen 7. Registro de responsable y observaciones para la evaluación



2. Para tener acceso a la digitación de los datos indispensablemente ingresar obligatoriamente el nombre del responsable de la evaluación del estándar (Imagen 7).
3. Observaciones: esta casilla nos permite redactar aclaraciones respecto al estándar.
4. Guardar: Almacena los datos registrados en el formulario y nos cargue automáticamente el formulario.

Tipos de formularios

Los formularios utilizados durante el proceso poseen dos diferentes modalidades para el ingreso de datos en cada uno de los criterios de evaluación que lo conforman, a continuación, se detallarán cada uno de ellos.

Tipo 1. Evaluación de criterios por lista de chequeo.

La pantalla de captura de datos desplegará en forma secuencial cada uno de los criterios en la primera columna y en caso de que el formulario así lo establezca, se mostrarán un conjunto de círculos numerados correspondientes a cada expediente a evaluar, los cuales para hospitales serán 10 y en el primer nivel 5 (Imagen 8).

Se selecciona el círculo 1 y se procede a llenar el formulario con el valor de SI/NO (N/A) de acuerdo al resultado en la evaluación del criterio, de no completarse todos los criterios aparecerá un mensaje de error y no podrá evaluar un nuevo expediente.

El formulario tiene los siguientes íconos: cargar, configurar, guardar y exportar.

Cargar formulario: este nos permite cargar un nuevo formulario del estándar a evaluar

Guardar: Almacena los datos registrados en el formulario y los carga automáticamente el formulario. El sistema guarda automáticamente los datos ingresados, pero como recomendación se sugiere seleccionar en el botón guardar.

Configuración: despliega un formulario para introducir información correspondiente a la evaluación que se registrará en el formulario y otros valores que se utilizarán para la presentación de la pantalla de captura

Exportar: permite que el formulario presentado en pantalla sea habilitado como una hoja de cálculo.

Imagen 8. Pantalla muestra el listado de criterios por lista de chequeo

Criterio	1
No. de Expediente Clínico	12112019222
1. Fecha y hora de nacimiento.	12/11/2019 21:18
2. Sexo.	SI
3. Peso al nacer.	3580
4. Perímetro Cefálico y confirmación a las 24 h post parto	SI
5. Longitud.	SI
6. Edad gestacional al nacer por Ballard .	SI
7. Clasificación del peso del RN (Bajo peso y muy bajo peso al nacer)	SI
8. Registró el APGAR 1º y 5º minuto.	SI
9. Se promueve el apego precoz	SI
10. Registró si el RN fue referido a otro hospital.	N/A
11. Registró si el RN fué referido a un servicio de hospitalización (neonatos o pediatría).	N/A
12. Registra defectos congénitos encontrados (mayores o menores).	SI
13. Registra enfermedades encontradas en la evaluación clínica.	SI
14. Profilaxis ocular con Oxitetraciclina al 1%	SI

Tipo 2. Evaluación de criterios de datos numéricos.

En estos criterios se ingresan valores numéricos, tipo fecha, de tipo hora, numerador y denominador. En esta forma de evaluación se establecen rangos de valores para el resultado de la fórmula definida para la calificación del criterio (Imagen 9).

A cada uno de estos rangos se le asigna un color del semáforo que indica el nivel de alerta para el resultado obtenido. En algunos formularios de los estándares aparecerán dos o más pestañas que se utilizarán según los datos a ingresar.

Imagen 9. Pantalla de evaluación de estándares por rango numérico de acuerdo a los indicadores de servicios.

Atención directa	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Reingresos por la misma causa en menos de 72 horas.												
Total de Egresos	378	359	368	292	402	409	585	483	413	343	241	
Porcentaje de reingresos por la misma causa en menos de 72 horas.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Caidas												
Total de caídas	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	
Total de Egresos	378	359	368	292	402	409	585	483	413	343	241	
Porcentaje de caídas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Complicaciones asociadas a procedimientos.												
Total de Procedimientos	2875	2255	2246	1975	3772	3678	4918	3048	1802	2155	1300	
% Complicaciones asociadas a procedimientos.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

c. Monitoreo y evaluación

1. Por estándares.

1.1. En este apartado se puede monitorear y analizar estándares por establecimiento. La ruta para cargarlo es [Calidad → Estándares]. (Imagen 10) La pantalla inicial es como se muestra a continuación:

Imagen 10. Pantalla con despliegue de iconos para realizar el monitoreo de estándares de calidad, en la pestaña [Estándares].

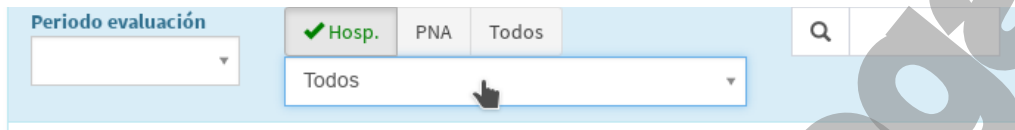


Imagen 11. Pantalla inicial de estándares para monitoreo



1.2. Los controles iniciales permitirán elegir los parámetros para la selección de establecimientos (Imagen 12).

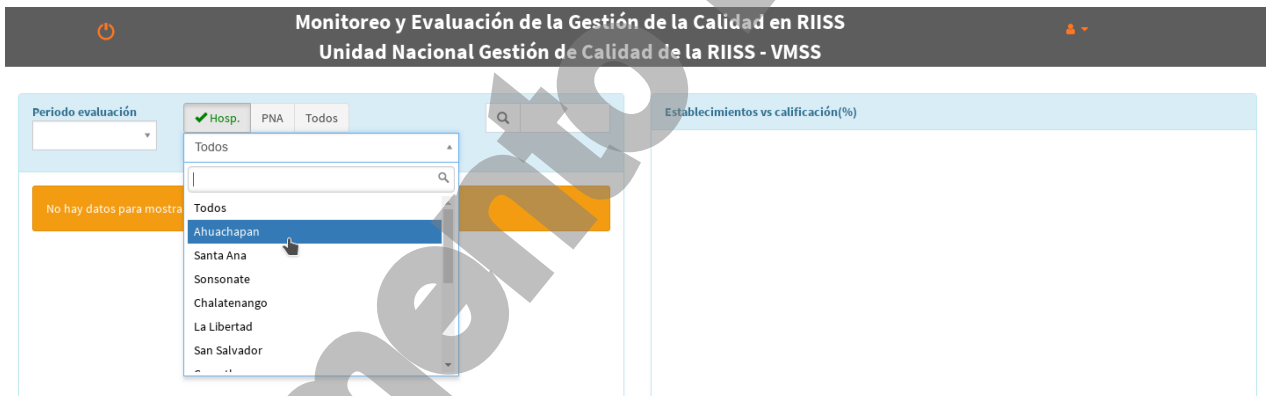
Imagen 12. Controles iniciales para elegir parámetros para realizar el monitoreo.



1.3 Se debe especificar, el periodo de evaluación que desea cargar, además del nivel del establecimiento de salud, por defecto aparecerá marcado hospitales (Hosp.) teniendo la opción de cambiar a Primer nivel de atención (PNA) o ver todos (Todos). (Imagen 13)

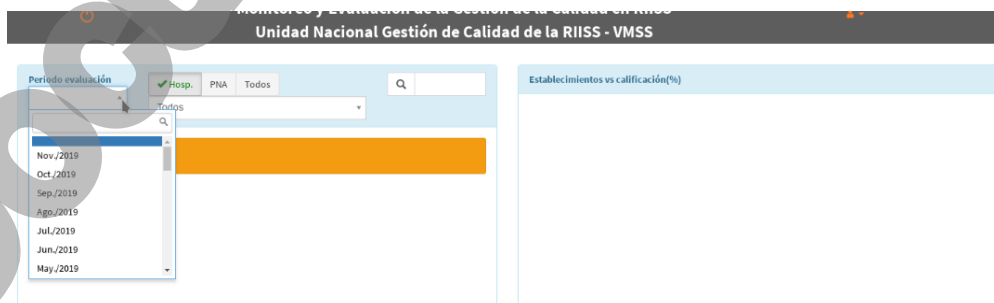
Tipo de establecimiento a evaluar: [Hospitales, PNA] (primer nivel de atención) o todos. Seleccionar el departamento o la opción todos.

Imagen 13. Pantalla con filtros seleccionar establecimientos a monitorear



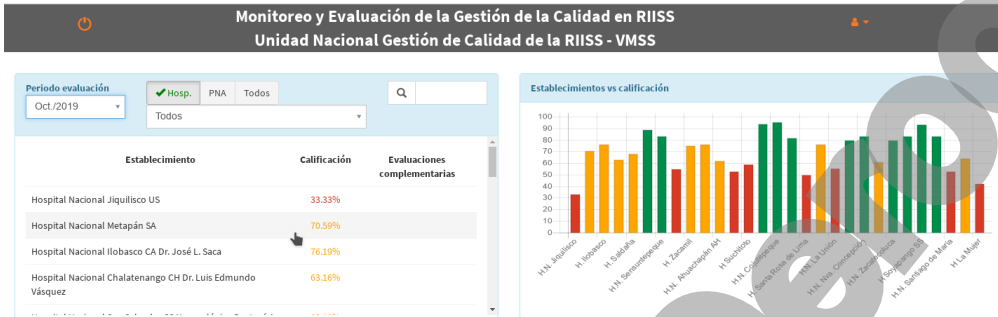
Colocar el periodo de evaluación en el cuadro desplegable (Imagen 14)

Imagen 14. Pantalla con filtros para seleccionar el mes a monitorear.



Aparecerán desplegados los establecimientos y su correspondiente calificación, en la parte derecha se mostrará un gráfico de barras denominado establecimiento vs calificaciones) con los datos de cada establecimiento, como se muestra en la Imagen 15.

Imagen 15. Pantalla con establecimientos con calificación y gráfico Establecimiento vs calificación.

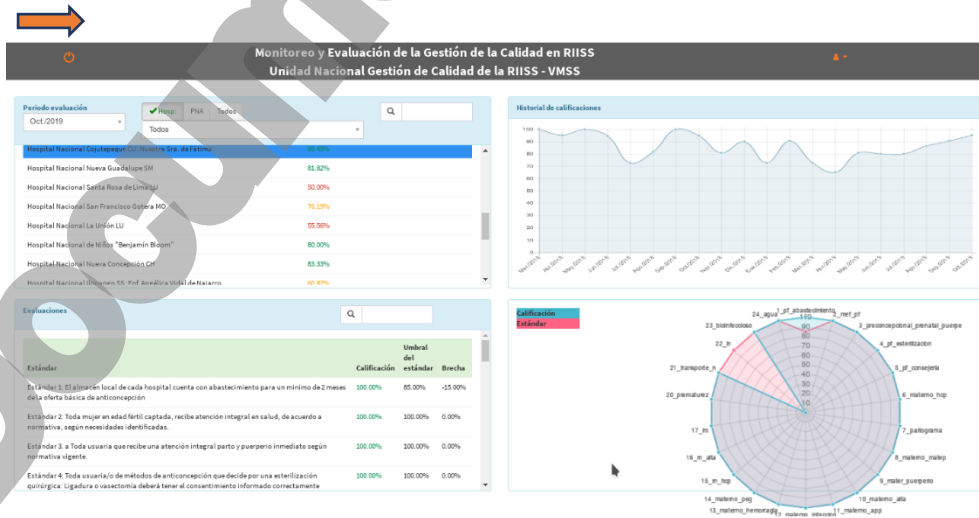


El sistema utiliza la siguiente codificación de colores para los valores obtenidos:

- 0 – 59.9 Rojo
- 60 – 79.9 Amarillo
- 80 - 100 Verde

1.4 Al dar clic en el nombre de un establecimiento, se desplegará la información la evaluación de todos los estándares para el establecimiento seleccionado (Imagen 16).

Imagen 16. Pantalla que muestra la información de los estándares desplegada de un establecimiento seleccionado



En el cuadro

de evaluación anterior, se mostrará el listado de estándares con la calificación obtenida, su valor de umbral y la brecha (valor del umbral - calificación obtenida).

En la segunda parte se mostrará el gráfico de tipo radar con la calificación y umbral de los estándares. Además, el "gráfico de establecimiento vs calificaciones" cambiará al "gráfico de historial" de las calificaciones obtenidas por el establecimiento seleccionado, (Imagen 16).

1.5. Al seleccionar en el cuadro de evaluaciones un estándar, (Imagen 17), se desplegará un nuevo contenedor de datos en la parte inferior del mismo, mostrando los diferentes criterios evaluados en el estándar seleccionado, (Imagen 18).

Imagen 17. Pantalla que muestra la selección de un estándar

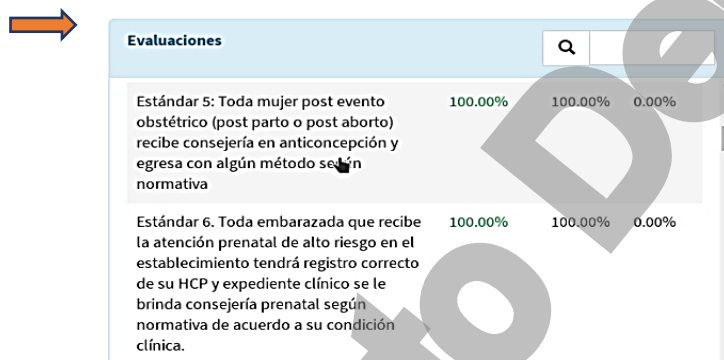


Imagen 18. Pantalla que muestra el despliegue de los criterios evaluados y los porcentajes de cumplimiento obtenidos por cada criterio

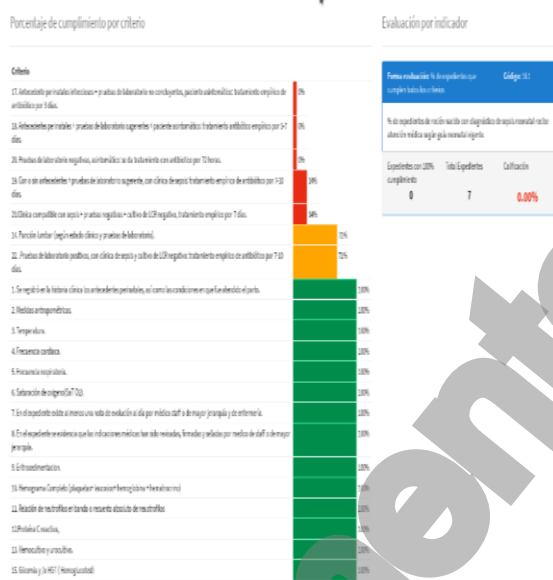
The screenshot shows the details for 'Estándar 8: Toda mujer con parto institucional, según normativa recibirá oxitocina como parte del Manejo Activo del Tercer Período (MATEP) a fin de reducir la hemorragia post-parto.' The responsible person is Dra Valenzuela, and the evaluation date is 17/11/2019.

Indicador	Criterios	Elementos evaluados										
		9196-16	14360-19	13877-19	14033-19	9582-19	13723-19	14405-19	13603-19	7774-19	9406-14	
8.1	No. de Expediente Clínico	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
8.1	1. Se aplicó Oxitocina 10 UI IM entre 1 a 2 minutos después del nacimiento del RN, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del alumbramiento.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
8.1	2. En caso de Cesárea la administración de Oxitocina 20 UI IV diluida en 1 lt de Solución salina o hartman, a pasar en 40 gotas por min.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
8.1	3. Tracción controlada del cordón umbilical.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
8.1	4. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
8.1	5. Registro correcto en HCP en caso de cesárea pre alumbramiento.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
		Total										
		Criterios cumplidos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Criterios no cumplidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Porcentaje de cumplimiento	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Cantidad de expedientes evaluados	10									
		Expedientes que cumplen todos los criterios	10 (100.0%)									

Aquí se muestra por cada criterio, el indicador al que pertenece, el nombre del criterio, la evaluación realizada por cada expediente y su porcentaje de cumplimiento.

En el cuadro resumen de evaluación por criterio se presenta el análisis por expediente mostrando, la cantidad de criterios cumplidos y no cumplidos, su porcentaje de cumplimiento, la cantidad de expedientes evaluados y el porcentaje de expedientes que cumplen con todos los criterios.

Imagen 19. Pantalla muestran ordenados de menor a mayor porcentaje de cumplimiento, utilizando la codificación de colores y el indicador del estándar de acuerdo a los expedientes que cumplen el 100%.



Los criterios se muestran ordenados de menor a mayor porcentaje de cumplimiento, utilizando la codificación de colores según los rangos expuestos anteriormente, (Imagen 19).

En la evaluación por indicador se muestra, el código y nombre del indicador, la forma en que este se evalúa, la cantidad de expedientes que cumplen el 100% de criterios, el total de expedientes y la calificación del estándar.

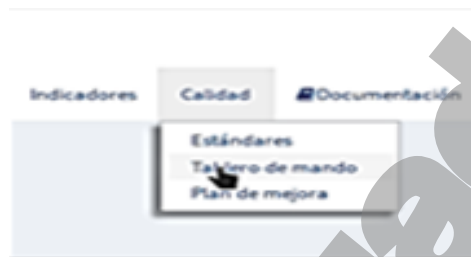
La calificación del estándar puede ser de dos formas: porcentajes de criterios cumplidos y porcentaje de expedientes que cumplen todos los criterios.

2. Por visualización en tablero de mando

2.1 El tablero de mando se utilizará para un análisis a partir de indicadores a nivel nacional, este integra las evaluaciones de todos los establecimientos, (Imagen 20)

Para entrar accedemos al menú **[Calidad → Tablero de mando]**

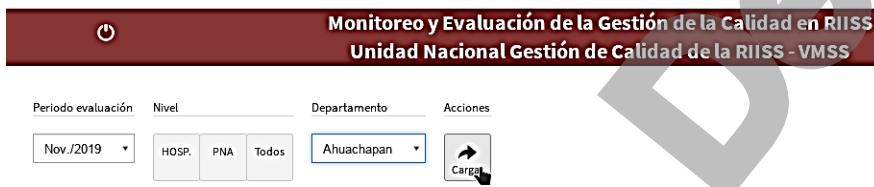
Imagen 20. Pantalla con despliegue de iconos para realizar el monitoreo estándares de calidad en la pestaña [Tablero de mando]



2.2 En la pantalla inicial, por defecto se selecciona el periodo de evaluación más reciente.

Para cargar los datos, debe seleccionar los botones correspondientes al nivel de los establecimientos, puede elegir, Hospitales (HOSP.), Primer nivel de atención (PNA) o todos.

Imagen 21 Muestra botones para seleccionar los establecimientos.



Al elegir el nivel de establecimientos a evaluar [HOSP. PNA. Todos], en el apartado departamento se puede seleccionar el territorio al que pertenece un establecimiento de salud, y seleccionar la pestaña *cargar*. (Imagen 21). El monitoreo se puede realizar por los tres tipos de estándares, conformidad, servicios y satisfacción.

2.3 Indicadores de conformidad

En la primera pestaña se cargará la información de los estándares con sus respectivos indicadores, junto a un gráfico. Automáticamente se carga los resultados de todos los hospitales y Primer nivel de atención, según sea el caso.

Imagen 22. Pantalla de resultados de indicadores de estándares de conformidad.



Resultados, se puede elegir mostrar [Todos], los 10 con mayor calificación (+10) y los 10 con menor calificación (-10). Se mantiene la codificación de colores mostradas en la sección anterior:

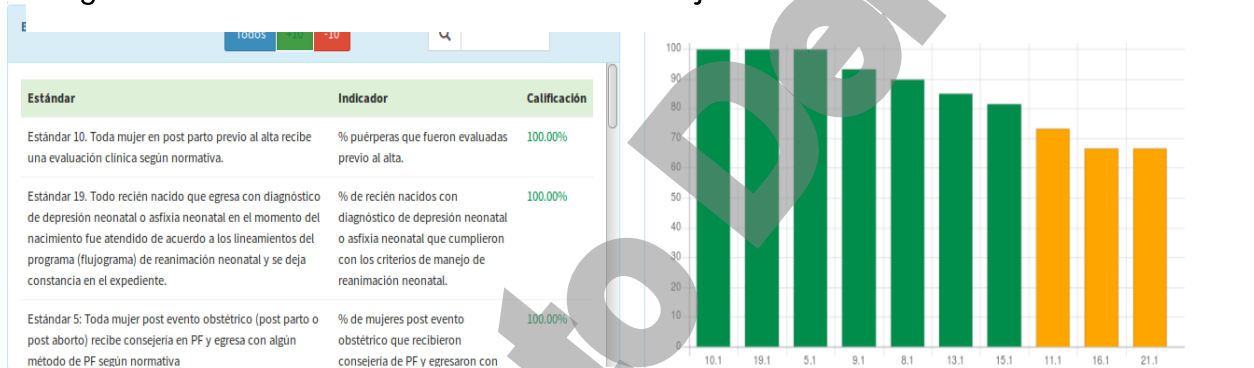
0 – 59.9 Rojo

60 – 79.9 Amarillo

80 - 100 Verde

El gráfico se actualizará con el filtro elegido, por ejemplo, si seleccionamos los 10 con mayor calificación se mostrará la siguiente pantalla, (Imagen 23)

Imagen 23. Pantalla de resultados de los 10 mejores indicadores de conformidad



Al seleccionar un estándar se mostrará el detalle de la nota obtenida por cada establecimiento.

Imagen 24. Pantalla que muestra la calificación obtenida por cada establecimiento en el indicador de un estándar seleccionado.




El botón verde Nov./2019  permitirá elegir el periodo actual (elegido por defecto) o el historial por establecimiento, el cual se muestra en la imagen 27.

Imagen 27. Pantalla que muestra el historial de calificación de un indicador de estándares de servicios

Indicacion de la misma (Historial por establecimiento)

Historial por establecimiento 

Tabla ▼

establecimiento	periodo	1/2016	1/2017	1/2018	1/2019	2/2016	2/2017	2/2018	2/2019	3/2016	3/2017	3/2018	3/2019
	H La Mujer		100.00	100.00	90.00	100.00	100.00	100.00	93.75	100.00	52.50	100.00	100.00
H Rosales		93.33	82.67	100.00	100.00	94.00	76.00	60.00		92.33	86.67	100.00	
H Sonsonate		75.33	75.75	71.00	85.00	77.67	79.00	85.83	91.67	65.00	70.00	78.33	85.00
H Soyapango SS		89.41		93.33	100.00	95.96	95.88	80.00	95.50	65.00	95.25	100.00	96.67
H Suchitoto		223.33	163.40	100.00	100.00	236.67	141.60	64.00	100.00	206.67	148.00	96.00	100.00
H. Bloom		53.75	86.47	63.83	75.67	46.25	70.33	95.50	78.67	43.00	55.67	53.67	75.33

Además, en la lista desplegable se puede cambiar el modo de visualización de los datos, teniendo las opciones de: tabla, tabla y columnas, gráfico de líneas y gráfico de columnas. Puede elegir la que mejor represente los datos que se están analizando.

En la visualización tabla y columnas, dentro cada celda se dibujará una columna según su valor, (Imagen 28).

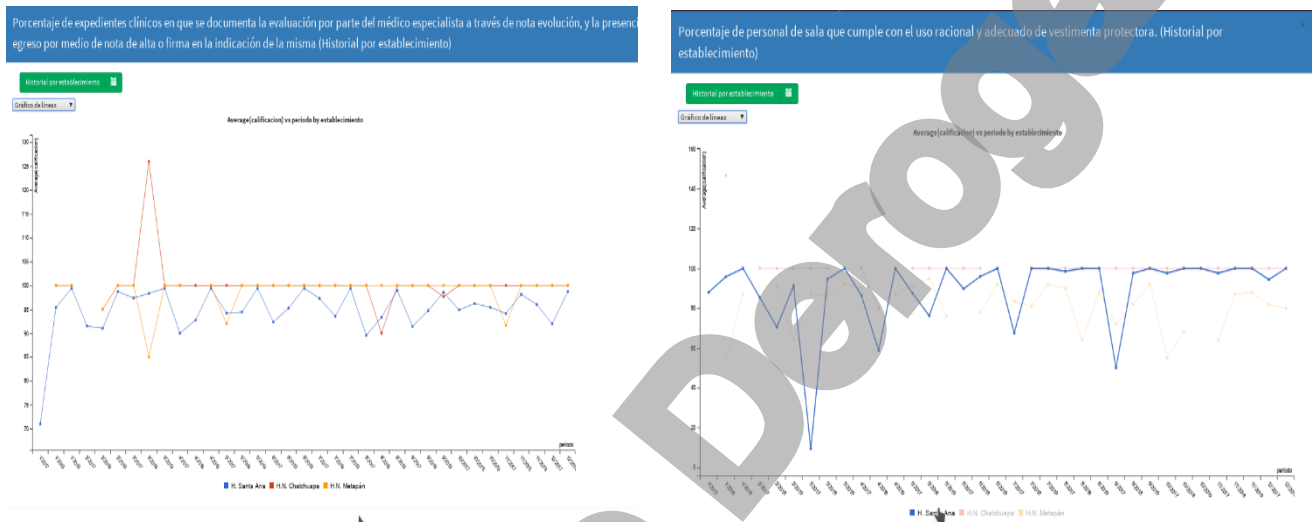
Imagen 28. Ventana que muestra la modalidad Tabla y columnas del historial de calificación del indicador de estándar de servicios.

Tabla y columnas ▼

establecimiento	periodo	1/2016	2/2016	3/2016	4/2016	5/2016	Totales
	H La Mujer		0.00	0.00	0.00	0.00	
H Rosales		0.33	0.33	0.67	0.33	0.50	0.43
H Sonsonate		0.20	0.50	0.00	0.00		0.18
H Soyapango SS		22.56	0.00	1.82	66.67	0.68	20.97
H Suchitoto		0.00	1.00	0.00	0.00		0.25
HR San Miguel		0.00	0.00	0.17	0.00	0.00	0.03
Totales		3.17	0.29	0.33	9.14	0.24	3.01

Puede utilizar el gráfico de líneas y de columnas para comparar las calificaciones obtenidas por cada establecimiento, (Imagen 29).

Imagen 29. Ventana que muestra la modalidad [Gráfico de líneas] del historial de calificación del indicador de estándar de servicios

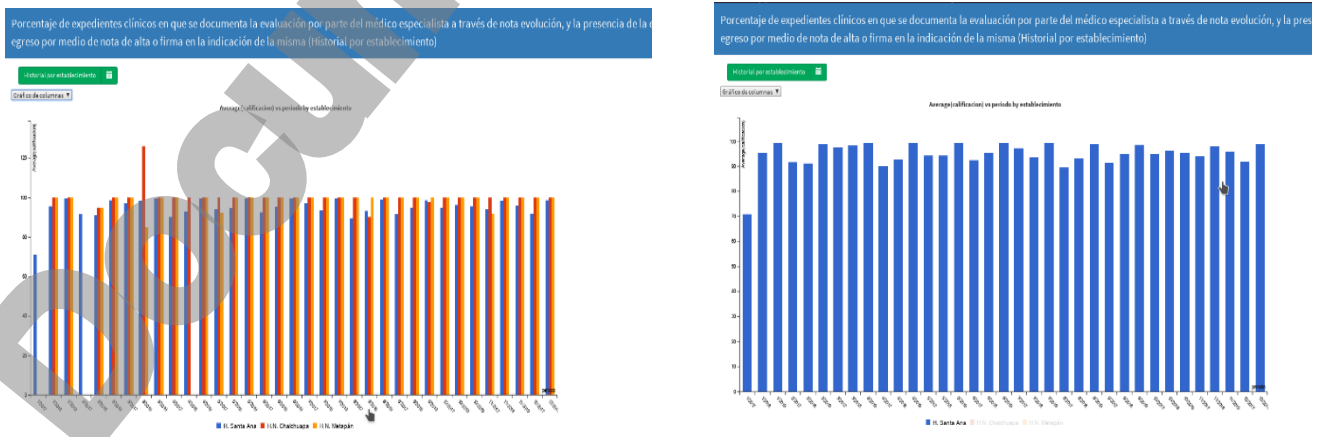


En cada gráfico se puede mostrar u ocultar un establecimiento, seleccionando en su

Imagen30. Ventana que muestra la modalidad [Gráfico de barras] del historial de calificación del indicador de estándar de servicios

nombre.

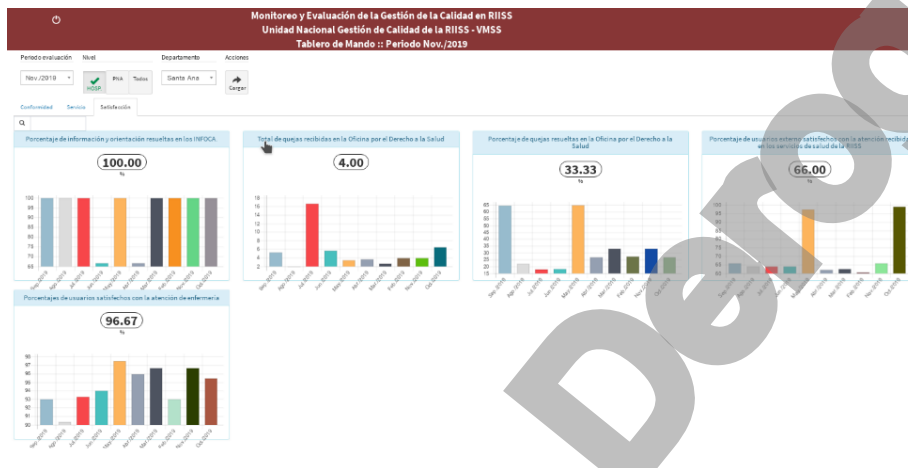
Para el gráfico de barras se muestra u oculta un establecimiento, seleccionando en nombre de establecimiento, (Imagen 30).



2.5 Indicadores de satisfacción

Al seleccionar en la tercera pestaña desplegará los indicadores de satisfacción:

Imagen 31. Pantalla de indicadores de estándares de satisfacción.



d. Planes de mejora en el SIIG- eTab

1. Elección del estándar para crear/ver el plan de mejora

Para crear o ver un plan de mejora entrar a la siguiente ruta del menú: [Calidad → Plan de mejora], que se muestra en la imagen siguiente.

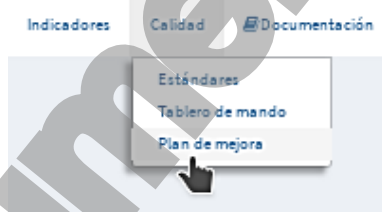


Imagen 32. Pantalla con despliegue de iconos para realizar planes de mejora en plataforma SIIG-eTab.

Seleccionar el periodo de evaluación y dar presionar en el botón [Cargar].

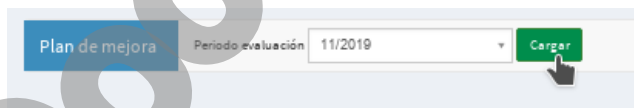
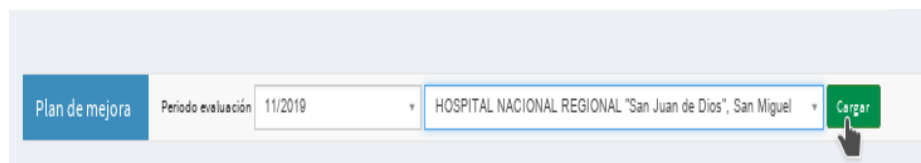


Imagen 33. Pantalla para seleccionar el periodo de evaluación para elaborar plan de mejora

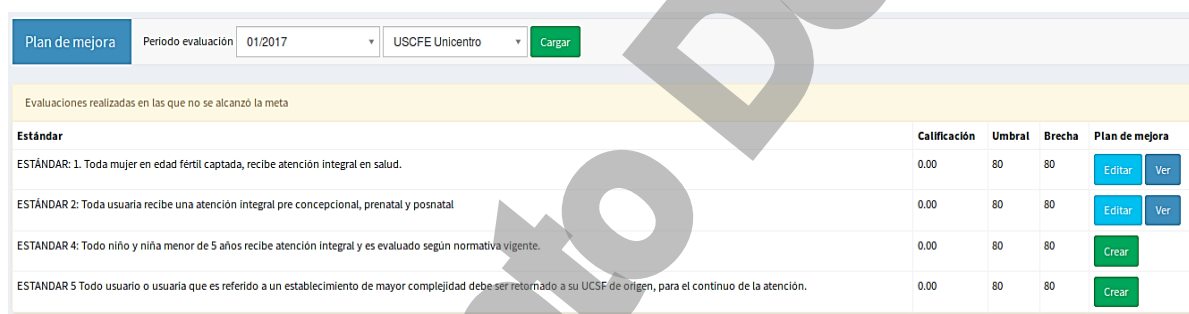
Se mostrarán los establecimientos evaluados en el periodo seleccionado, se debe elegir el establecimiento para el cual se desee crear o ver el plan de mejora y seleccionar nuevamente con el botón [Cargar].

Imagen 34. Pantalla para seleccionar establecimiento



Se mostrará el listado de estándares cuya calificación no alcanzó el umbral o que tenga indicadores que no hayan alcanzado su rango de aceptación. Si el usuario tiene permisos de edición se habilitará el botón [**Crear o Editar**] (Imagen 33). Si no tiene permisos solamente podrá ver el plan de mejora.

Imagen 35. Pantalla para crear y editar planes de mejora



Estándar	Calificación	Umbral	Brecha	Plan de mejora
ESTÁNDAR: 1. Toda mujer en edad fértil captada, recibe atención integral en salud.	0.00	80	80	Editar Ver
ESTÁNDAR 2: Toda usuaria recibe una atención integral pre concepcional, prenatal y posnatal	0.00	80	80	Editar Ver
ESTANDAR 4: Todo niño y niña menor de 5 años recibe atención integral y es evaluado según normativa vigente.	0.00	80	80	Crear
ESTANDAR 5 Todo usuario o usuaria que es referido a un establecimiento de mayor complejidad debe ser retornado a su UCSF de origen, para el continuo de la atención.	0.00	80	80	Crear

2. Crear o editar el plan de mejora.

Del listado de estándares para los cuales se debe crear plan de mejora, se elige el botón [**Crear**, o **Editar**] si el plan ya había sido creado anteriormente.

Se cargará la interfaz para trabajar con el plan de mejora (Imagen 34). Está compuesta por tres secciones:

2.1. Encabezado: muestra el nombre del establecimiento, el periodo de evaluación y el nombre del estándar al que pertenece el plan de mejora.

2.2. Cuadrícula de criterios o indicadores: estará compuesta por los criterios que no hayan llegado al 100% de calificación, para los estándares de conformidad; o aquellos indicadores que no hayan llegado al rango de aceptación para los estándares de servicio y satisfacción.

2.3. Cuadrícula de actividades: para cada uno de los criterios se podrá crear un máximo de 5 actividades.

Imagen 36. Pantalla interfaz para trabajar el plan de mejora

The screenshot shows the 'Plan de mejora' interface. At the top, it displays 'U Unicentro SS 01 / 2017' and 'ESTÁNDAR: 1. Toda mujer en edad fértil captada, recibe atención integral en salud'. Below this is a table of criteria with columns: Descripción, Cumplimiento, Brecha, Causa brecha, Factores a mejorar, Oportunidad mejora, Periodo de intervención, and Prioridad. The first criterion is '1. ¿Los Datos generales de la usuaria cuentan con la información detallada?'. Below the criteria table is a table of activities with columns: Nombre de actividad, Fecha inicio, Fecha fin, Medio de verificación, Responsable, and % de avance. The first activity is 'Act 1'.

Descripción	Cumplimiento	Brecha	Causa brecha	Factores a mejorar	Oportunidad mejora	Periodo de intervención	Prioridad
1. ¿Los Datos generales de la usuaria cuentan con la información detallada?	30	80	Causa Brecha	Factores identificadores para el mejoramiento	Oportunidades de mejora	Septiembre 16 a 18/2017	Alta
1.3 Edad	80	20					Baja
1.4 Hora de consulta	40	60					Media
2. ¿La Historia Clínica cuenta con la siguiente información?	0	100					Alta
2.2 Antecedentes genéticos, familiares y personales	20	80					Alta
2.3 Signos vitales (T°, RA, FC, FR)	80	20					Baja

Nombre de actividad	Fecha inicio	Fecha fin	Medio de verificación	Responsable	% de avance
Act 1	01/05/2017	06/05/2017	Obs	Arce	4
Actividad 4	01/04/2017	11/06/2017	M	Orta	80
Act 3	01/03/2017	22/03/2017	Acta	Eduardo	100
Actividad 2	01/03/2017	05/05/2017	V	Dr. Andrés	80

3. Cuadrícula de criterios.

Para cada criterio se mostrará por defecto su descripción, cumplimiento, su brecha y la prioridad de la misma para implementar mejoras.

- Si la brecha es de 20 a 59 será prioridad baja y se usará el color verde.
- Para brechas de 60 a 79, se asignará prioridad media y color naranja.
- Para valores de brecha entre 80 y 100, le corresponderá prioridad alta y es color rojo.

Con base a lo anterior, se debe seleccionar el criterio a editar y luego presionar en el icono de lápiz ubicado en la parte inferior de la cuadrícula de criterios, debiéndose ingresar:



Imagen 37. Icono de lápiz para poder ingresar el contenido del plan de mejora.

Causa de la brecha: describir la causa priorizada de la brecha.

Oportunidad de mejora: describir las oportunidades de mejora (actividades a realizar para cerrar la brecha identificada y seleccionada).

Factores a mejorar: enunciar los diferentes factores que se han identificados para lograr la mejora esperada.

Periodo de intervención: periodo de tiempo en que serán realizadas las actividades: Inmediata (menor o igual a 30 días), Mediano plazo (menor o igual a 90 días) y Largo plazo (hasta 6 meses).

Al finalizar seleccionar el botón **[Guardar]**.

Imagen 38. Pantalla que muestra las partes que componen el plan de mejora, las cuales serán redactadas

Editar criterio

Descripción: ¿Los Datos generales de la usuaria cuentan con la

Cumplimiento: 20

Brecha: 80

Causa brecha: Causa Brecha

Factores a mejorar: Factores identificados para el mejoramiento

Oportunidad mejora: Oportunidades de mejora

Periodo de intervención: Largo Plazo (91 a 180 días)

Prioridad: Alta

Guardar Cancelar

4 cuadrícula de actividades.

- Al dar clic en un criterio, se cargarán las actividades ingresadas.
- Las actividades se agregarán solamente a nivel de criterio, el usuario no podrá agregar a nivel de subcriterio.

Imagen 39. Cuadrícula de actividades.

Actividades de criterio :: 1. ¿Los Datos generales de la usuaria cuentan con la información detallada?:

Nombre de actividad	Fecha inicio	Fecha fin	Medio de verificación	Responsable	% de avance
Primer Actividad	01/03/2017	10/03/2017	verificación	Dr. XXXXX	90
Actividad 2	01/03/2017	09/03/2017	sjfjla	Dr. adsdfs	80

Página 1 de 1 Mostrando 1 - 2 d

En la parte inferior de la cuadrícula se muestran los botones para agregar, editar y borrar una actividad.

Imagen 40. Pantalla muestra los botones de agregar, editar y borrar actividad.



El formulario para el ingreso de actividades requiere los siguientes datos:

- Nombre de la actividad
- Fecha de inicio
- Fecha de finalización: El conjunto de actividades de un criterio no podrán sobrepasar el periodo de duración según el periodo de intervención del criterio (30 días, 90 días y hasta seis meses)
- Medio de verificación: Señalar los medios de verificación a considerar para establecer en el futuro próximo el grado de cumplimiento.
- Nombre de la persona responsable
- Porcentaje de avance de la actividad
- Al finalizar el ingreso o edición de los datos, dar clic en el botón **[Guardar]**

Imagen 41. Formulario para el ingreso de actividades.

Nombre de actividad	Primer Actividad
Fecha inicio	01/03/2017
Fecha fin	10/03/2017
Medio de verificación	verificación
Responsable	Dr. José Pérez
% de avance	90

5. Monitoreo de plan de mejora en el SIIG-eTab.

En el listado de estándares (sección 1), si se encuentra un plan creado, aparecerá el botón **[Ver]**, El cual mostrará el formato del plan de mejora. En este formato se mostrará la información del establecimiento, el periodo de evaluación, el estándar al que pertenece el plan de mejora y la información ingresada en las dos cuadrículas de la sección 2.

Se deberá ir actualizando el cumplimiento de las actividades programadas.

El sistema, para cada actividad de mejora registrada según los criterios, mostrará la brecha de las evaluaciones anteriores para ese criterio y calculará el porcentaje de días transcurridos, el

estado de avance de cada actividad, porcentaje de avance del criterio y del plan de mejora, de la siguiente forma:

Porcentaje de días transcurridos: para cada actividad se calculará este porcentaje con base a la cantidad de días que han transcurrido desde la fecha de inicio y la fecha actual, tomando como 100% la duración en días desde la fecha de inicio hasta la fecha de finalización.

Estado: el estado de la actividad se denominará de la siguiente forma:

- Vencida (color rojo): si ya se pasó la fecha de finalización y el porcentaje de avance no es 100%.
- Finalizada: si ya se cumplió el 100% de la actividad.
- Tardía (color naranja): cuando el porcentaje de días transcurridos es mayor que el porcentaje de avance de la actividad.
- En tiempo (color verde). Si el porcentaje de días transcurridos es menor o igual que el porcentaje de avance de la actividad.

Imagen 42. Pantalla para monitoreo de planes de mejora

Vice Ministerio de Servicios de Salud
Dirección Nacional de Calidad en Salud
Unidad de Asesoramiento y Gestión de la Información Estratégica de la Calidad
PLAN DE MEJORA / MATRIZ DE PROGRAMACIÓN

Fecha de generación 04/05/2017 Período Ene. / 2017 Porcentaje de Ejecución: 75.3%

Región	REGION DE SALUD METROPOLITANA	Establecimiento	USCPE Unicentro
Categoría		Proceso	
Estándar	ESTÁNDAR 1. Toda mujer en edad fértil capacitada, recibe atención integral en salud.		

Criterio	Cumplimiento	Brecha	Prioridad	Causa brecha	Factores a mejorar	Oportunidad de mejora	Período de intervención	Avance (%)
1. ¿Los Datos generales de la usuaria cuentan con la información detallada?:	20	80	Alta	Causa Brecha	Factores identificadores para el mejoramiento	Oportunidades de mejora	Largo Plazo (91 a 180 días)	70.0
1.2 Edad	80	20	Baja					
1.4 Hora de consulta	40	60	Media					

Brecha histórica

Actividad	Nombre de actividad	Inicio	Finalización	Medio de verificación	Responsable	Días transcurridos (%)	Avance (%)	Estado
Actividad 1		04/05/2017	04/05/2017	acta	Wwar	0.0	4.0	En tiempo
Actividad 4		01/04/2017	11/05/2017	tal	Dra	82.5	88.0	Tardía
Actv 3		05/03/2017	23/03/2017	acta	Eduardo	100.0	100.0	Finalizada ✓
Actividad 2		01/03/2017	05/05/2017	W	Dr. Josedo	98.5	80.0	Tardía
Primer Actividad		01/03/2017	10/03/2017	verificación	Dr. XXXXX	100.0	90.0	Vencida

2. ¿La Historia Clínica cuenta con la siguiente información?:	0	100	Alta
2.2 Antecedentes gineco-obstétricos, hereditarios y personales.	20	80	Alta
2.3 Signos vitales (T°, PA, FC, FR).	80	20	Baja

e. Tablas dinámicas

La función básica de la tabla dinámica es convertir un conjunto de datos en una tabla resumen. Se puede manipular la tabla, arrastrando y soltando los campos en la disposición deseada y convirtiéndola en una tabla dinámica, muy similar a la que se encuentra en las hojas de cálculo.

1. Acceso a tabla dinámica

Para fines de desarrollar análisis de calidad en estándares de conformidad, se sugiere la siguiente ruta: [menú -> indicadores-> tabla dinámica].

— Imagen 43. Pantalla de acceso a plan de mejora

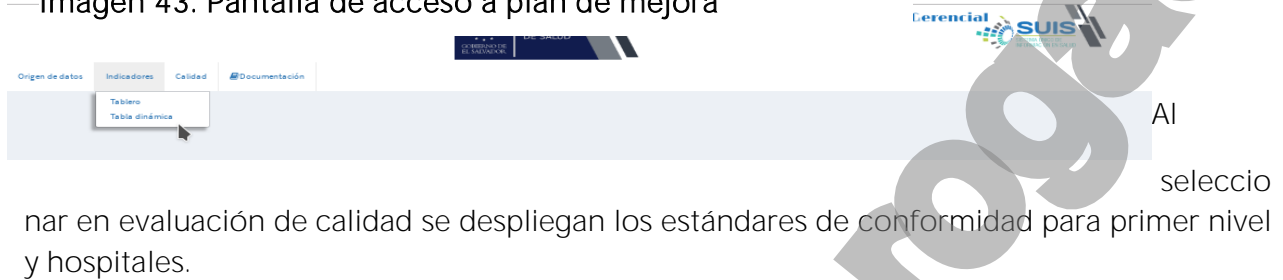


Imagen 44. Pantalla que muestra el icono de evaluaciones de calidad



Imagen 45. Pantalla que muestra los estándares de conformidad para primer nivel y hospitales



2. Evaluación de los datos por medio de tabla dinámica

Las tablas dinámicas permiten hacer diferentes evaluaciones, para el interés del usuario de este manual se mostrará el proceso de los siguientes análisis:

- Análisis por indicador
- Análisis por estándar
- Análisis por criterio.

2.1. Análisis por indicador

Habiendo realizado los pasos anteriores seleccionar si la evaluación será para primer nivel u hospitales, posteriormente:

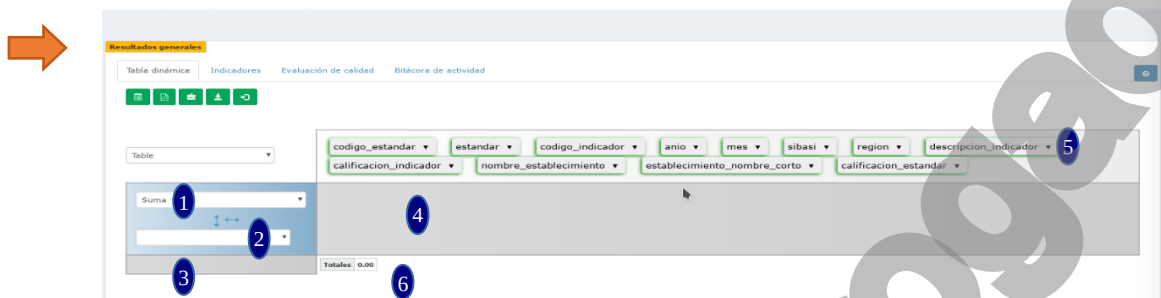
- Dar clic a la pestaña [**Resultados generales**] para primer nivel u hospitales.

Imagen 46. Pantalla que muestra donde se ubica el icono de resultados generales para Primer Nivel y Hospitales.



2
9

Imagen 47. Muestra los campos de la pantalla de tablas dinámicas

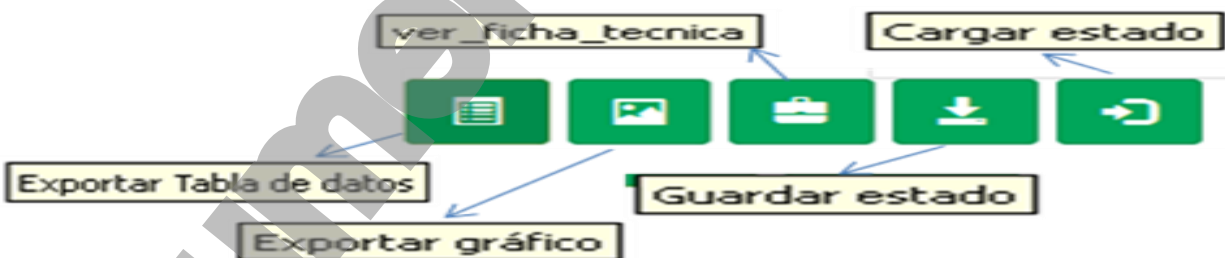


Descripción de campos de pantalla de tabla dinámica.

- Tipos de reporte.
- Configuración de campo de valor.
- Campo fila.
- Campo columna.
- Variables disponibles.
- Resultados.

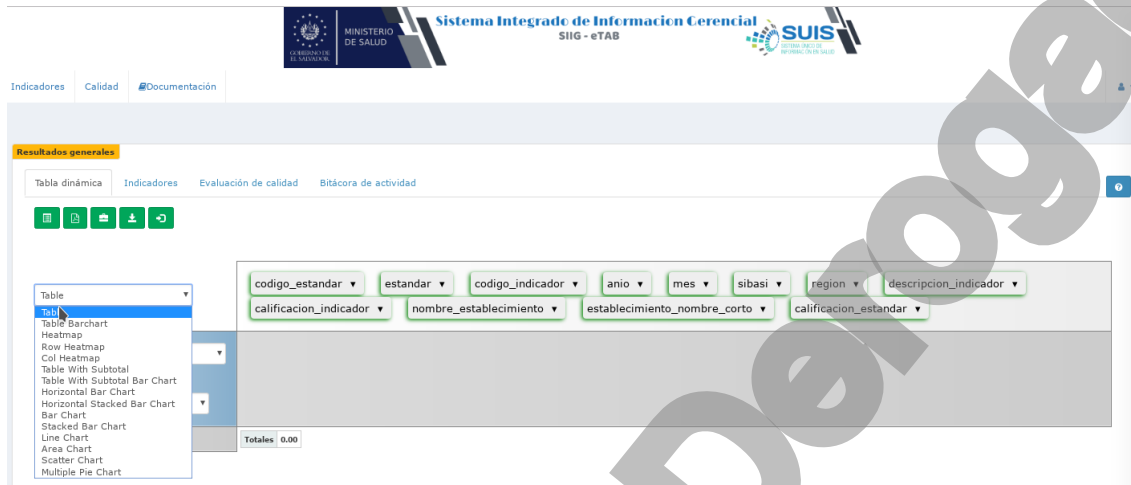
Los iconos de color verde generan diferentes acciones.

Imagen 48. Pantalla que muestra los iconos que componen la parte superior de las tablas dinámicas



Selección de tipo de reporte

Imagen 49. Pantalla de selección se tipos de reportes



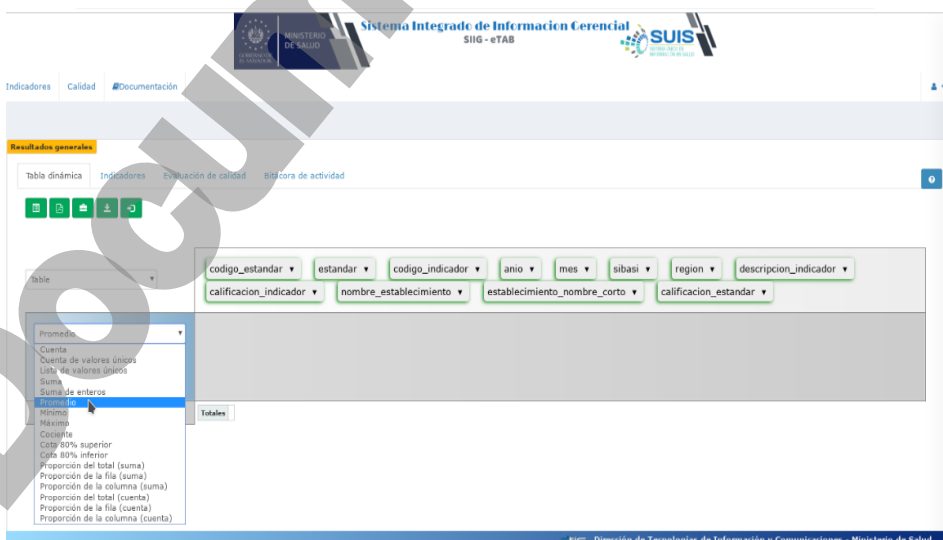
Al seleccionar el control de tipo de reporte, muestra los diferentes tipos de reporte, y se selecciona [tabla].

Configuración del campo de valor:

Al seleccionar el control [configuración de campo de valor] muestra los diferentes tipos de operación matemática.

La ruta recomendada es seleccionar [promedio].

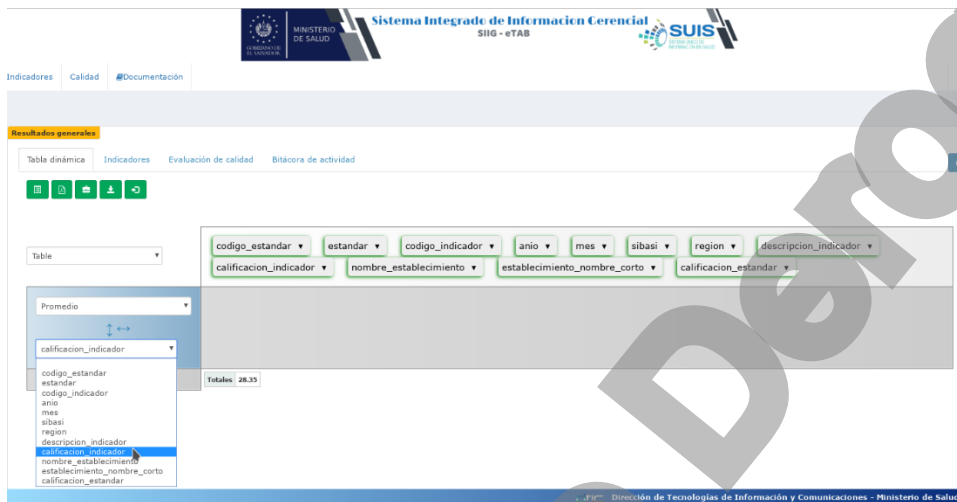
Imagen 50. Pantalla de selección de configuración de campo valor



Después de haber seleccionado el control [configuración de campo], se habilita el siguiente menú que despliega el listado de las diferentes variables a operar.

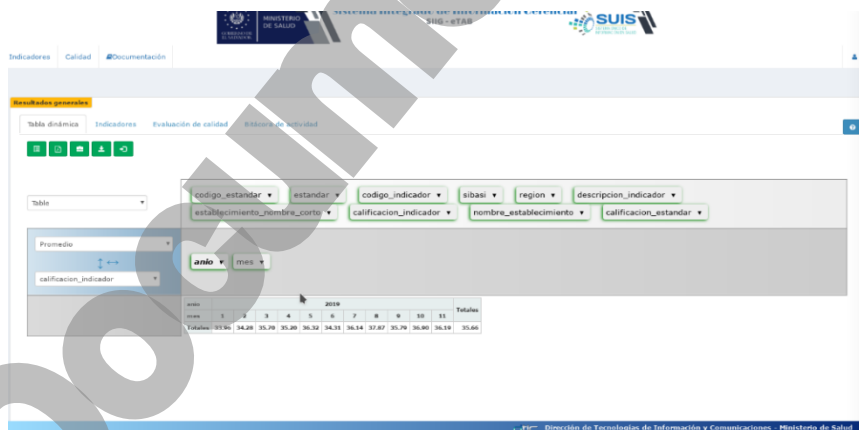
Seleccionar luego [calificación del Indicador].

Imagen 51. Pantalla de selección de calificación del indicador



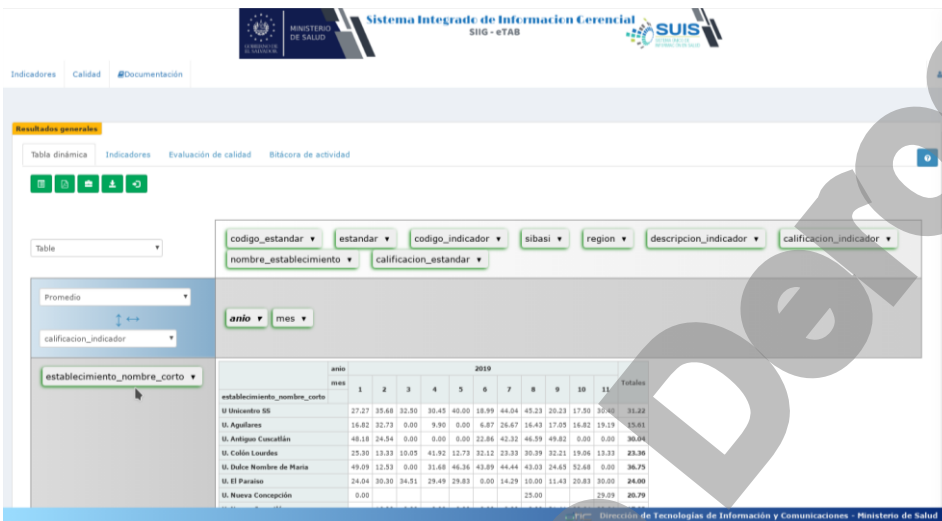
Seleccionar la variable [Mes] y luego [Año], manteniendo presionado el botón izquierdo del ratón, se arrastra y se coloca en el campo columna.

Imagen 52. Pantalla de selección de mes y año en la tabla dinámica



Seleccionar la variable [Establecimiento _nombre_ corto], manteniendo presionado el botón izquierdo del ratón se arrastra y coloca en el campo de fila.

Imagen 53. Pantalla muestra la selección de nombre de establecimiento



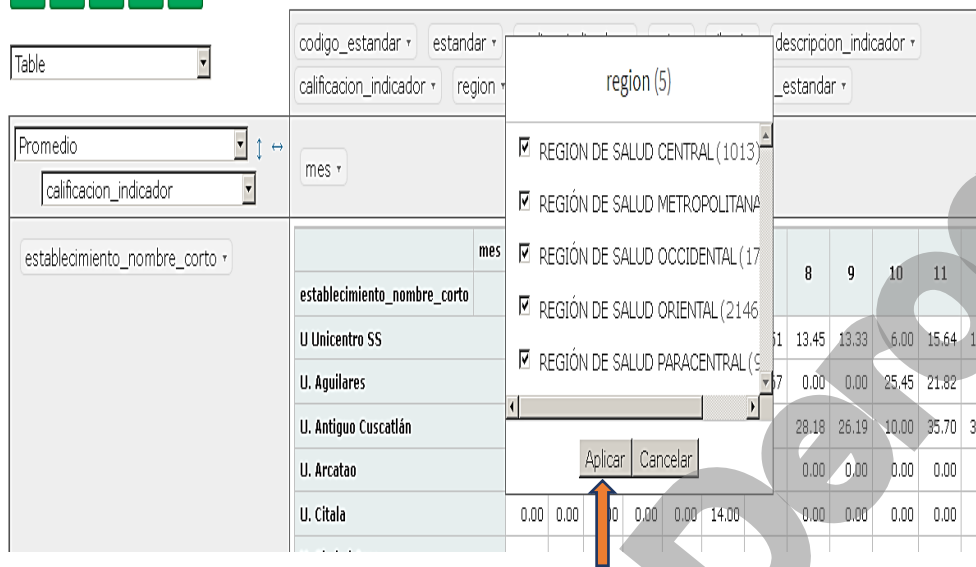
Para filtrar la información por una región específica, se selecciona en el campo de variables [Región] y seleccionar.

Imagen 54. Pantalla que muestra la filtración de información en este caso de región



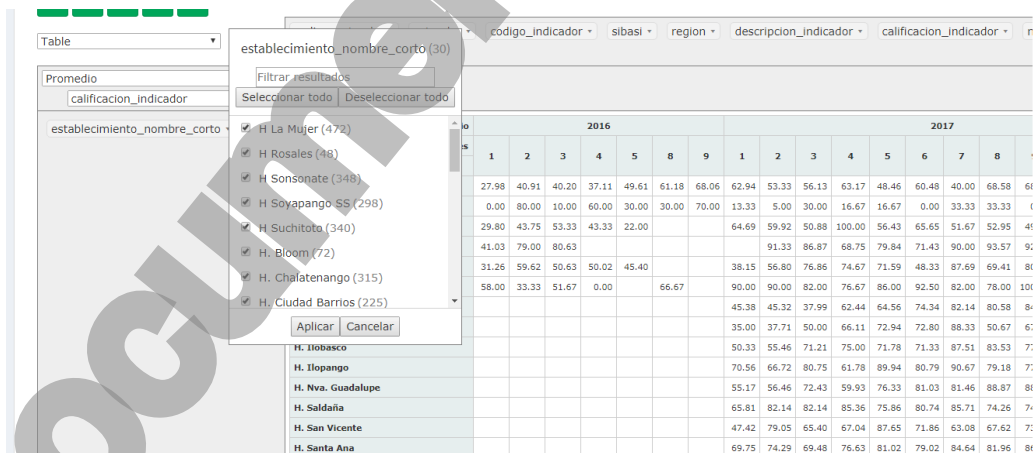
Despliega el cuadro de dialogo donde puede seleccionar la región u hospital, según la ruta utilizada, ya sea para primer nivel u hospitales, donde puede seleccionar una región específica o en su conjunto y después seleccionar en [aplicar].

Imagen 55. Pantalla muestra como filtrar información de [Región]



En el siguiente reporte se presenta todos los establecimientos de la región seleccionada. (En el caso de hospitales todos los seleccionados). En el campo de variable al seleccionar una viñeta a filtrar, esta cambia de color.

Imagen 56. Pantalla muestra como filtrar información en este caso de [Hospitales]



El siguiente paso es identificar el periodo a evaluar, [mes/es, año/os, establecimiento/os], por ejemplo:

Al seleccionar el mes: filtrar como ejemplo enero y febrero.

Imagen 57. Pantalla muestra como filtrar información para este caso de año

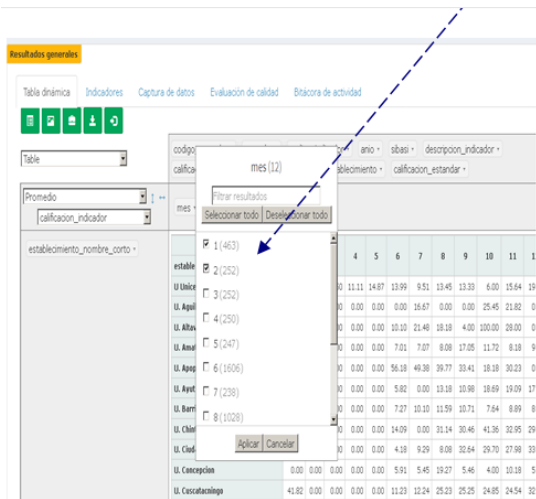
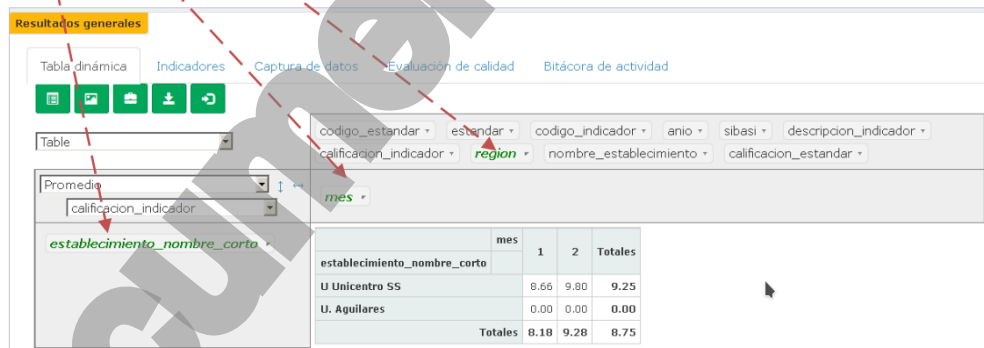


Imagen 58. Pantalla que muestra con se muestra los campos filtrados

Campos filtrados.



Con todas las variables seleccionadas, se puede realizar un análisis creando un mapa de calor como se observa en la siguiente imagen:

Desplegar el tipo de reporte y seleccionar [Heatmap] (mapa de calor). Se observará que al seleccionar el [Heatmap], la tabla cambia el color del fondo de cada valor.

Imagen 59. Pantalla que muestra como con los datos seleccionados puede aplicarse un mapa de calor

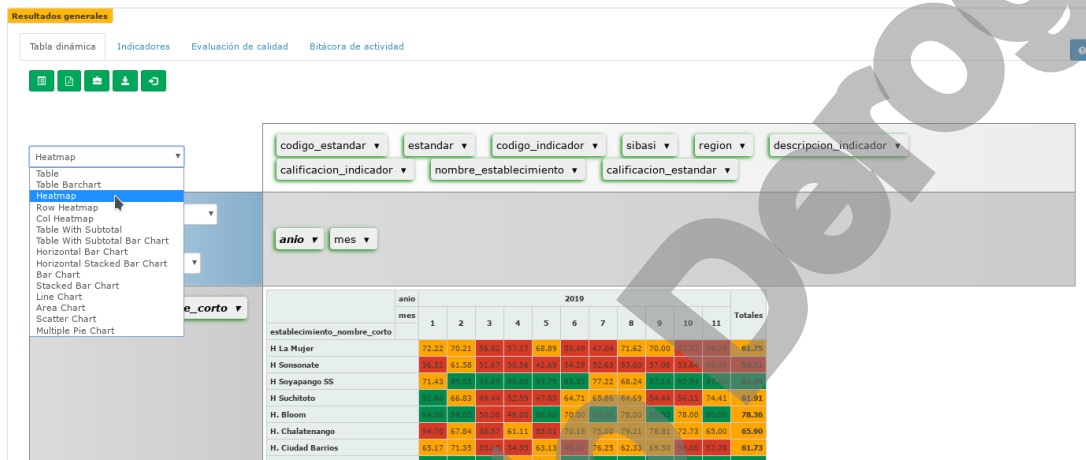
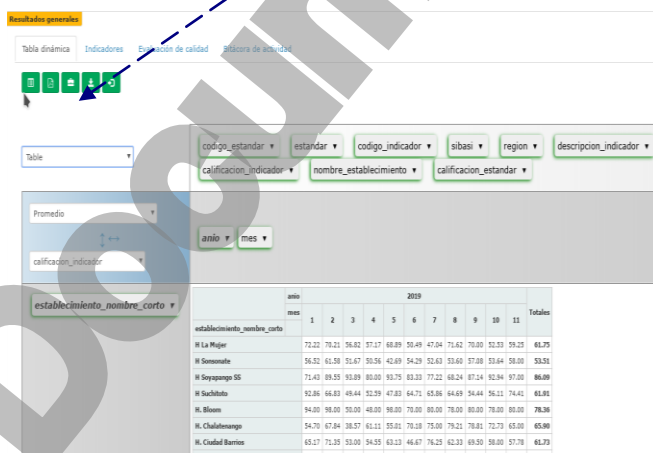


Imagen 60. Pantalla muestra como exportar datos desde la tabla dinámica hacia una hoja de cálculo.

Para exportar a una hoja de cálculo la tabla de datos o mapa de calor: seleccionar en el icono [Exportar tabla de datos]



Luego de seleccionar, el archivo se descargará en formato de hoja de cálculo (excel), al dar selección para abrir el archivo se mostrará un cuadro, aceptar para visualizar y guardar el archivo.

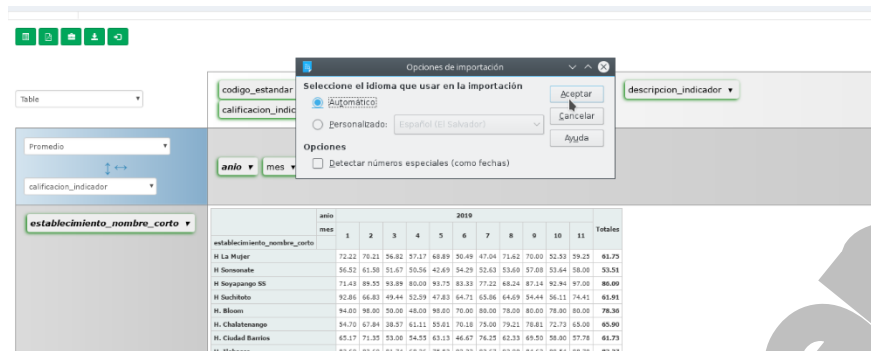


Imagen 61. Pantalla muestra como descarga tabla dinámica en hoja de cálculo

Imagen 62- Pantalla de tabla dinámica exportada a hoja de cálculo desde la plataforma SIIG-eTab.

establecimiento_nombre_corto	año	2019											Totales
		mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
H. La Mujer	72.22	70.21	56.82	57.17	68.89	50.49	47.04	73.62	70.63	53.92	59.25	63.79	53.51
H. Sonsonate	56.52	61.58	51.67	50.56	42.69	54.29	52.63	53.69	57.08	53.64	58.00	53.51	53.51
H. Soyapango SS	71.43	89.35	93.89	80.00	93.75	83.33	77.22	68.24	87.13	92.84	97.00	86.09	80.00
H. Suchitoto	92.86	66.83	49.44	52.59	47.83	64.71	65.86	64.69	54.44	56.11	74.41	61.91	61.91
H. Bloom	94.00	98.00	98.00	48.00	98.00	70.00	80.00	78.00	80.00	78.00	80.00	78.36	78.36
H. Chalatenango	54.70	67.84	38.57	61.11	55.01	70.18	75.00	70.21	78.81	72.73	65.00	65.90	65.90
H. Ciudad Barrios	65.17	71.35	53.00	54.55	63.15	46.67	76.25	62.38	69.00	58.00	57.78	61.73	61.73
H. Ilobasco	83.60	83.60	81.74	68.26	75.83	92.22	83.67	92.00	84.62	80.54	88.70	83.27	83.27
H. Ilopango	56.41	74.93	52.67	52.80	66.54	73.00	60.77	54.00	51.80	64.83	72.61	62.25	62.25
H. Nue. Concepción	78.00	86.52	75.80	73.18	90.00	78.86	69.24	70.20	77.92	80.00	75.83	73.96	73.96
H. Saldaña	67.16	65.65	73.80	81.40	80.43	83.56	84.72	80.21	78.97	81.40	80.77	78.07	78.07
H. San Vicente	78.00	67.27	53.33	77.78	84.58	72.40	84.48	57.20	87.92	82.92	82.38	74.96	74.96
H. Santa Ana	79.10	82.41	79.63	83.47	86.63	80.79	60.83	87.38	85.36	87.41	83.53	85.91	85.91
H. Santa Rosa de Lima	77.22	83.79	84.12	98.18	98.00	91.00	90.48	91.40	96.41	63.27	81.40	88.13	88.13
H. Uzuquín	84.24	80.83	76.32	62.73	82.89	73.23	88.95	94.69	73.10	93.75	84.21	81.77	81.77
H. Zacamín	91.81	83.75	73.12	84.21	90.03	78.83	68.48	70.87	65.68	72.90	81.67	77.82	77.82
H.N. Abascochán AH	68.75	47.35	58.89	76.67	72.08	68.27	64.36	61.20	63.08	68.73	67.71	65.29	65.29
H.N. Chakchiquipa	79.47	89.42	68.99	53.81	66.87	85.67	79.15	78.33	78.69	88.42	84.67	74.91	74.91
H.N. Copanqueque	80.00	90.83	78.60	74.78	81.25	84.35	86.11	92.27	83.33	98.67	91.60	86.62	86.62
H.N. Gozira	65.96	76.88	65.33	33.78	41.24	14.96	19.92	53.08	65.17	82.01	73.41	56.37	56.37
H.N. Jiquilisco	64.64	45.22	50.66	48.80	56.03	32.10	39.42	51.01	51.82	46.53	45.80	49.91	49.91
H.N. La Unión	80.30	89.52	80.00	87.14	82.50	82.51	55.56	77.78	57.78	87.14	81.18	81.18	81.18
H.N. Metapán	79.44	83.89	78.75	78.32	78.80	80.00	82.73	71.20	73.64	72.00	68.25	78.20	78.20
H.N. Nue. Concepción	55.62	70.42	76.84	72.25	80.34	80.59	58.00	68.33	79.57	81.54	79.69	73.61	73.61
H.N. San Rafael	64.13	71.96	72.70	66.47	52.43	81.45	68.33	65.74	69.70	69.17	59.52	65.44	65.44
H.N. Santiago de María	61.79	80.00	65.00	52.40	69.44	70.36	63.13	43.18	38.40	52.50	44.49	58.61	58.61
H.N. Sonsonateque	82.61	89.95	73.77	79.37	90.67	86.67	87.62	86.50	94.25	87.38	85.71	85.69	85.69
H.N. Zacatecoluca	80.69	81.51	84.08	87.42	82.47	82.46	84.12	81.81	86.68	84.24	90.05	84.11	84.11
H.R. San Miguel	75.56	74.06	84.04	83.95	84.81	85.32	94.53	95.45	87.96	92.75	92.51	86.63	86.63
Totales	73.45	76.31	69.76	70.41	73.95	73.34	73.44	72.41	74.65	74.65	76.26	73.50	73.50

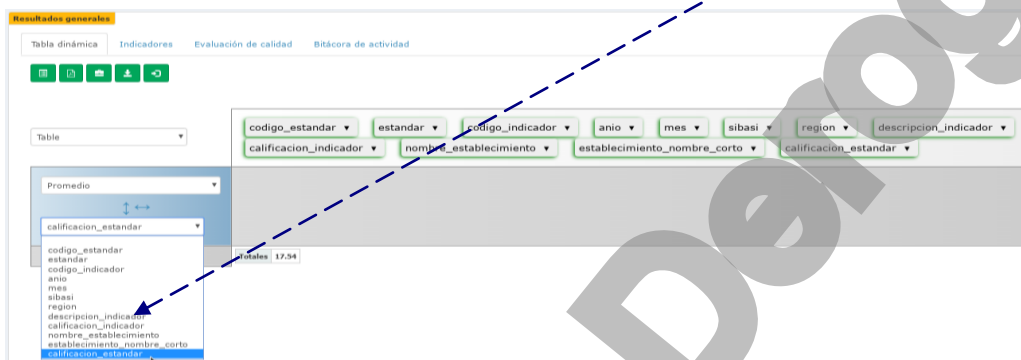
4.2.2. Análisis por estándar.

La ruta de acceso inicialmente es similar a la descrita en el apartado anterior: Se accede al menú, [indicadores].

- Presionar en tabla dinámica
- Luego sub- menú evaluación de calidad.

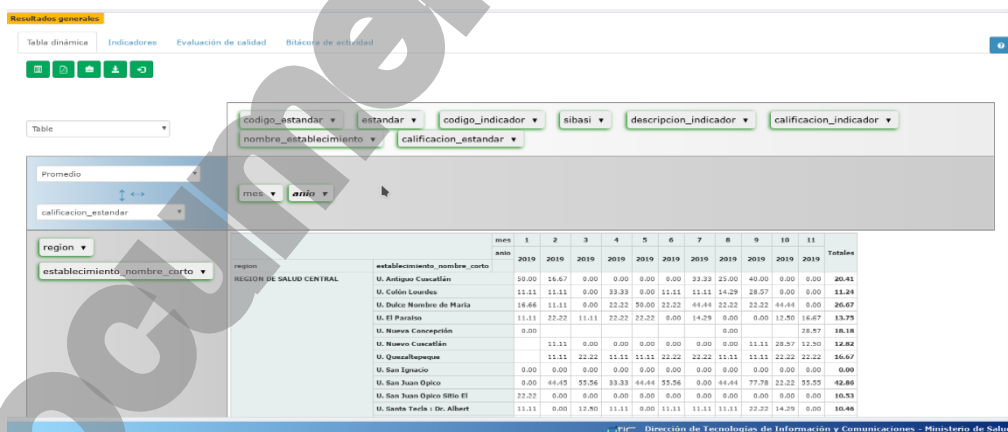
Seleccionar resultados generales ya sea de primer nivel u hospitales según sea el caso, luego seleccione promedio y automáticamente se muestra un cuadro combinado de opciones y escoge la [calificación estándar].

Imagen 63. Pantalla para seleccionar resultados generales



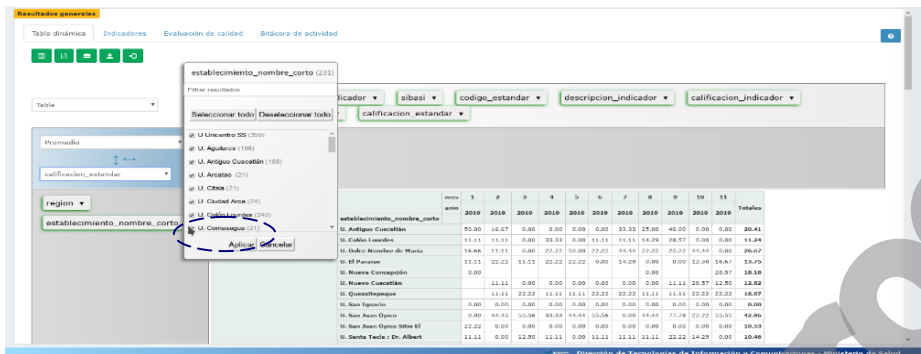
Seleccionar las variables a utilizar y las desplaza al campo de filas o columnas según se requiera.

Imagen 64. Pantalla para seleccionar variables para desplazarlo a campo filas y columnas.



En la variable [establecimiento_nombre_corto] al presionar aparecerá un listado con los nombres de los establecimientos (Unidades de Salud para el primer nivel de atención / Hospitales) en donde puede seleccionar los establecimientos que desea evaluar.

Imagen 65. Pantalla de selección de nombre de establecimiento



Para visualizar el nombre del estándar se arrastra [descripción_ estándar] desde las variables disponibles al campo de fila, se arrastra la variable [establecimiento _nombre_ corto] al campo de columnas, obteniendo la tabla que se muestra en la imagen 58.

Esta tabla puede ser exportada a una hoja de cálculo, aplicarle mapa de calor, siguiendo los pasos realizados en el análisis de indicadores. (Imagen 58-60).

4.2.3. Análisis por criterios

La ruta de acceso inicialmente es similar a la descrita en el apartado anterior:

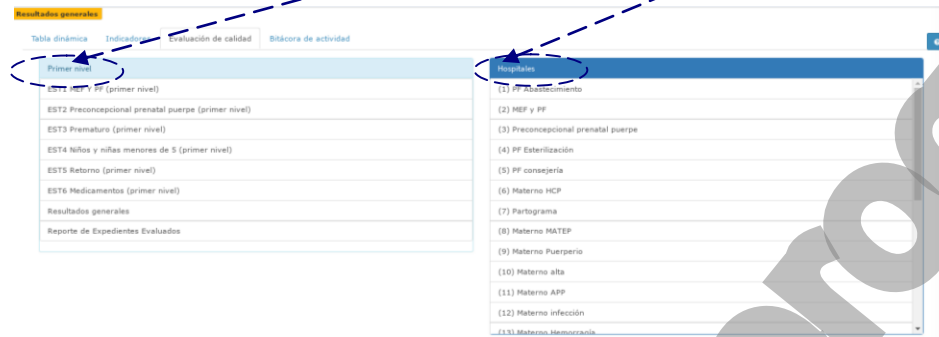
Se accede al menú [indicadores]

Presionar en [Tabla dinámica]

Sub- menú [evaluación de calidad]

Se despliegan dos listados de estándares que corresponde al [Primer Nivel de Atención y Hospitales].

Imagen 66. Pantalla que visualiza el listado de estándares de conformidad para construir tablas dinámicas para el análisis por criterio



En este ejemplo se selecciona [Primer Nivel] y se escoge el estándar específico cuyos criterios se quiere evaluar, para el caso del [Estándar 4], Presionar.

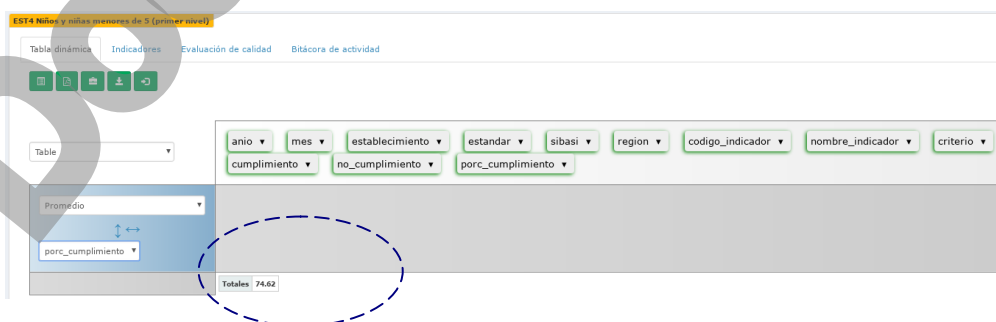
Imagen 67. Pantalla muestra la selección de un estándar para ser evaluado



Al seleccionar lleva a una pantalla en la cual se visualizan los parámetros para elaborar una tabla dinámica del estándar 4, luego puede seleccionar las variables que se desea.

En el menú de [campo valor] seleccionar [promedio], al seleccionar aparece la lista desplegable de opciones debajo de esta, en la cual elegir [porc_cumplimiento].

Imagen 68. Selección de la lista desplegable para evaluar el porcentaje de cumplimiento de criterios.



Posteriormente desplazar las variables que se quiere que aparezcan en la tabla, en este caso seleccionar **[estándar]** desplazándolo al campo de filas.

Imagen 69. Pantalla muestra cómo construir las filas de la tabla dinámica

The screenshot shows a dynamic table interface with the following configuration:

- Columns:** mes, año, 08, 09, 10, 11, Totales
- Rows:** estandar
- Table:** Promedio
- Field:** porc_cumplimiento

estandar	mes		08	09	10	11	Totales
	2019	2019					
EST4.1 Visitas integrales comunidad (primer nivel)	41.77	34.12	38.55	33.57	37.09		
EST4.2 Niños y niñas 0 a 2 meses (primer nivel)	85.43	78.28	86.18	86.39	83.91		
EST4.3 Niños y niñas 2 meses a 5 años (primer nivel)	84.91	79.43	81.63	81.92	81.97		
Totales	77.57	71.20	78.88	78.10	74.90		

Se observa en la tabla el porcentaje de cumplimiento de criterios del estándar 4.

Posteriormente desplazar la variable en la tabla, en este caso seleccionar **[criterio]**, desplazándolo al campo de filas.

Imagen70. Pantalla muestra tabla dinámica completa con los resultados del estándar y criterios

The screenshot shows the dynamic table interface with the following configuration:

- Columns:** mes, año, 08, 09, 10, 11, Totales
- Rows:** estandar, criterio
- Table:** Promedio
- Field:** porc_cumplimiento

estandar	criterio	mes		08	09	10	11	Totales
		2019	2019					
EST4.1 Visitas integrales comunidad (primer nivel)	1. ¿Se realiza visita domiciliar por promotor de salud al recién nacido en las primeras 24 horas de nacido o de haber regresado a la comunidad posterior al egreso hospitalario?	40.25	35.00	37.37	31.83	36.33		
	2. ¿El promotor de salud registra el cumplimiento de las 4 visitas de salud a los 3, 7, 15, y 28 días?	40.74	33.09	36.32	34.08	36.12		
	3. ¿Se registra la temperatura en la hoja de vigilancia comunitaria de la embarazada, puérpera y recién nacido?	43.95	34.83	41.05	34.93	38.77		
	4. ¿Se registra la frecuencia respiratoria en la hoja de vigilancia comunitaria de la embarazada, puérpera y recién nacido?	41.98	32.35	38.42	32.96	36.50		
	5. ¿Se encuentra registro de lactancia materna exclusiva en la hoja de vigilancia comunitaria de la embarazada, puérpera y recién nacido?	44.20	36.05	41.32	35.21	39.29		
	6. ¿Se registra la identificación los signos de peligro del recién nacido?	39.51	33.33	36.84	32.39	35.60		
Totales		41.77	34.12	38.55	33.57	37.09		

Se observa en la tabla los criterios del estándar 4 y el porcentaje de cumplimiento de los criterios evaluados.

Se puede seleccionar un periodo de tiempo a evaluar, en el caso del ejemplo se selecciona el año 2019, meses agosto – noviembre, los cuales se colocan en el **[campo columna]**.

Imagen 71. Pantalla muestra cómo colocar el periodo en mes y año en el área de columnas de tabla dinámica

14 Niñas y niños menores de 5 (primer nivel)

Tabla dinámica | Indicadores | Evaluación de calidad | Bitácora de actividad

establecimiento | sibasi | región | código_indicador | nombre_indicador | cumplimiento | no_cumplimiento | porc_cumplimiento

Promedio | porc_cumplimiento

mes | año

estandar	criterio	mes				Totales
		2019	2019	2019	2019	
EST4.1 Visitas Integrales comunidad (primer nivel)	1. ¿Se realiza visita domiciliar por promotor de salud al recién nacido en las primeras 24 horas de nacido o de haber regresado a la comunidad posterior al egreso hospitalario?	40.25	35.06	37.37	31.83	36.25
	2. ¿El promotor de salud registra el cumplimiento de las 4 visitas de salud a los 3, 7, 15, y 28 días?	40.74	33.09	36.32	34.08	36.12
	3. ¿Se registra la temperatura en la hoja de vigilancia comunitaria de la embarazada, puérpera y recién nacido?	43.95	34.81	41.05	34.93	38.77
	4. ¿Se registra la frecuencia respiratoria en la hoja de vigilancia comunitaria de la embarazada, puérpera y recién nacido?	41.98	32.35	38.42	32.96	36.50
	5. ¿Se encuentra registro de lactancia materna exclusiva en la hoja de vigilancia comunitaria de la embarazada, puérpera y recién nacido?	44.20	36.05	41.32	35.21	39.29
	6. ¿Se registra la identificación los signos de peligro del recién nacido?	39.51	33.33	36.84	32.39	35.60
	Totales	41.77	34.12	38.55	33.57	37.09

Esta tabla puede ser exportada a una hoja de cálculo, aplicarle mapa de calor, siguiendo los pasos realizados en el análisis de indicadores de la página 47.

Fuente de imágenes 1 a 71: Sistema Integrado de Información Gerencial, Módulo de Calidad.

<https://etab.salud.gob.sv/>

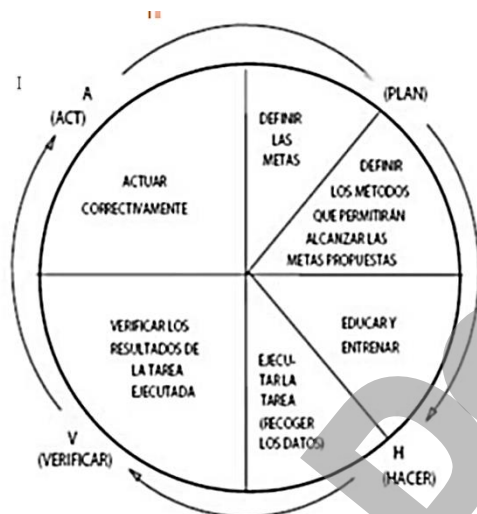
MINSAL. Año 2019.

VII. Elaboración de planes de mejora utilizando ciclos rápidos de mejora o PHVA

La mejora continua de la calidad consiste en la identificación permanente de aspectos que resultan susceptibles de mejoramiento, para establecer ajustes necesarios en donde se involucra a toda la personal relación. El ciclo PHVA, es un método gerencial básico de mejora, el cual consiste en cuatro fases: Planear, Hacer, Verificar y Actuar.⁷

⁷ Modulo II de curso virtual de evaluación de mejora de calidad y seguridad del paciente.

Imagen 72. Módulo II de Curso virtual de evaluación de mejora de calidad y seguridad del paciente.



La implementación de la mejora continua de la calidad por medio de los ciclos PHVA en el sistema de salud puede aplicarse en todos los niveles de atención.

A. Descripción de fases de los ciclos rápidos de mejora o PHVA

1. Fase planear

Se debe realizar en función del objetivo que se pretende alcanzar, este debe ser flexible con el fin de ser adaptado en situaciones imprevistas; debemos tomar en cuenta:

- Definición de metas. (Que).
- Definición de medios. (Como).
- Identificación de problemas prioritarios e identificación de causa raíz.
- Clarificación de la calidad deseada (conocimiento de guías, normas y manuales).
- Identificación de las fuentes de información.
- Definición de quienes harán el trabajo.
- Determinar las responsabilidades para la ejecución de lo planeado, para ello es necesario definir y proveer los recursos necesarios para ejecutar las acciones definidas para cumplimiento de las metas.

2. Fase hacer

- Capacitación de la persona (como hacer las cosas).
- Ejecución de lo planeado.

Es necesario documentar las acciones desarrolladas, evidenciando con recolección de datos, en las herramientas definidas para tal fin en la fase de planificación (voz del cliente, informes estadísticos, identificación de factores de riesgo, diseño de instrumentos para consignar la información, implementación de gestión por procesos).

3. Fase verificar

- Establecer mecanismos de seguimiento y verificación por medio del establecimiento de indicadores y modelos de evaluación.
- Ejecutar los seguimientos del cumplimiento de lo planeado; documentar y registrar los resultados obtenidos. Se debe tomar en cuenta durante la ejecución de la fase de verificar:
 - Resultados.
 - Evaluación del comportamiento de los indicadores.
 - Aplicación de las herramientas de calidad.

4. Fase actuar

- Se deben establecer acciones correctivas ante las desviaciones presentadas o la falta de implementación de lo planificado, definiendo las oportunidades de mejora, documentando y registrando actividades ejecutadas.
- Si se ha cumplido la meta, estandarización de los procesos o intervenciones de mejora.
- Si no se ha cumplido implementar acciones de mejora e iniciar un nuevo ciclo.

B. Modelo de registro de aplicación de los ciclos PHVA en los establecimientos de salud del MINSAL

1. Planear

Para el desarrollo y documentación de la fase de planeación en el establecimiento de salud, puede utilizar la siguiente matriz.

Establecimiento:

Nombre del proceso de atención a mejorar:

Objetivo de del ciclo de mejora ¿Qué estamos tratando de lograr?

Nombre del Indicador que evidenciara las intervenciones realizadas:

Ciclo de mejora o PHVA (planificar, ejecutar, verificar y actuar.)					
Análisis del problema		Planificar			
Fallos en la calidad identificados o <i>brechas</i>	Causas probables de los fallos o brechas identificados.	Defina Ideas de cambios ¿Que hará para disminuir los fallos o brechas identificados?	Actividades a realizar para disminuir las brechas ¿Cómo se realizaran los cambios ?	Fecha de cumplimiento	Responsable

2. Hacer

Constituyen la puesta en práctica de los cambios y actividades que han sido programadas en la fase planear.

Se debe probar cada cambio de manera separada, para permitir modificaciones en cada intervención, antes de la implementación de los cambios en forma integrada. Recordar durante esta fase los siguientes pasos:

- Capacitar al personal que debe desarrollar los cambios propuestos.
- Verificar que los cambios se estén ejecutando de acuerdo al plan.
- Probar el cambio.
- Recopilar los datos sobre el proceso que se está cambiando.
- Documentar los cambios que no se incluyeron en el plan original.

3. Verificar

Para la efectividad de la verificación de los resultados obtenidos, se debe documentar las mediciones:

- Previo a la implementación de los cambios. (Línea Base).
- Posterior a la ejecución de los cambios. (Evaluación).

Primera medición	
Segunda medición	
Tercera medición	

4. Actuar

Realizar un resumen y comunicar lo que se verificó con las intervenciones de los pasos anteriores.

De acuerdo a los resultados obtenidos entre el inicio y la finalización del ciclo de mejora se debe analizar:

El resultado fue efectivo: si la intervención genera una mejora y esta es suficiente, se debe implementar la intervención como parte permanente del sistema (estandarizar).

El resultado fue efectivo, pero necesita mejora: si la intervención genera mejoría, pero no es suficiente debe de adaptar la intervención y repetir el ciclo PHVA para probar la intervención realizada.

No fue efectivo, no hubo mejoría: Si la intervención no genera el mejoramiento deseado se debe volver a crear un nuevo ciclo PHVA, con intervenciones diferentes que se pueda desarrollar e implementar.

VIII. Terminología

1. **Autoevaluación:** evaluación realizada por directivos o profesionales de la misma organización.
2. **Evidencia:** se refiere a la información presentada, la cual debe hacer referencia al estándar/indicador que se esté evaluando. Representa la prueba que avala el cumplimiento del estándar/indicador.⁴
3. **Gestión de la calidad:** es el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad. Generalmente incluye el establecimiento de la política de la calidad y los objetivos de la calidad, así como la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad.⁴
4. **Mejora Continua:** método para la gestión de la calidad que se apoya en el aseguramiento de la misma, haciendo hincapié en los sistemas y procesos de organización, en la necesidad de contar con datos objetivos que permitan mejorar los procesos y en la idea de que los sistemas y el desempeño siempre pueden mejorar aun cuando se han satisfecho los estándares, patrones o normas más altas.⁸
5. **SIAP:** Sistema integral de atención del paciente.
6. **SIIG- eTab:** Sistema Integrado de Información Gerencial.

⁸ Modelo de gestión de la calidad en salud, Secretaría de Integración y desarrollo del sector salud, México 2016.

IX. Disposiciones finales

a. Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad de todo el personal involucrado en la atención de pacientes en el primer, segundo y tercer nivel, dar cumplimiento al presente Manual, en caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa correspondiente.

b. Derogatoria

Dejase sin efecto, *Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las redes integrales e integradas de servicio de salud, emitidas por el titular del MINSAL febrero 2012.*

c. De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en el presente manual, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta cartera de Estado, fundamentando científica y jurídicamente la razón de lo no previsto.

d. Anexos

Son parte del documento los siguientes anexos:

Anexo1. Lista de verificación de cirugía segura adaptada de la Organización Mundial de la Salud OMS.

Anexo 2. Matriz de programación de "Plan de mejora de estándares"

Anexo 3. Matriz para seguimiento de actividades de "Plan de mejora de estándares" de Calidad.

Anexo 4. Metodología para selección de expedientes clínicos para evaluación de estándares de calidad de hospitales.

Anexo 5. Metodología para selección de expedientes clínicos para evaluación de estándares de calidad en establecimientos del Primer Nivel de Atención.

X. Vigencia

A partir de la fecha de aprobación del presente manual por parte del Titular de esta Cartera de Estado, es de obligatorio cumplimiento, de todo el personal involucrado del Ministerio de Salud.

COMUNÍQUESE.



Dr. Francisco José Alabí Montoya
Ministro de Salud *ad honorem*

XI. Bibliografía

1. Duran Silva Luz Mayra. Calidad en la prestación de Servicios de Salud, 2004.
2. Ministerio de Salud de El Salvador Lineamientos técnicos sobre bioseguridad. 2012.
3. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamiento técnico para la aplicación de procesos de enfermería en la RIIS, 2012.
4. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos de la mejora continua de la calidad en hospitales de las redes integrales e integradas de servicios de salud, 2012.
5. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos Técnicos para la implementación del Sistema de Gestión de la calidad en el Ministerio de Salud de El Salvador. 2018.
6. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la implementación de código rojo. 2015.
7. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y mama. 2015.
8. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja en la RIIS. 2017.
9. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención de niños y niñas con microcefalia en las redes integrales e integradas de servicios de salud. 2016.
10. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral de niño y niñas menores de diez años. 2018.
11. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud del prematuro con peso menor de dos mil gramos al nacer. 2013.
12. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo. 2016.
13. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto puerperio y al recién nacido. 2011.
14. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la implementación de código amarillo en la RIIS. 2016.
15. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria. 2015.

16. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos Técnicos para la Provisión de servicios de anticoncepción. 2016.
17. Ministerio de Salud de El Salvador. Listado Institucional de Medicamentos Esenciales. 2016.
18. Ministerio de Salud de El Salvador. Manual de procedimientos técnicos para la vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano. 2008.
19. Ministerio de Salud de El Salvador. Manual de Uso- Operativo: Aplicación Informática del Sistema de Gestión de la calidad en RIIS. 2018.
20. Ministerio de Salud de El Salvador. Taller de habilidades para la estabilización y transporte de neonato en El Salvador, TESALVA. 2017.
21. Ministerio de Salud de Perú Norma técnicas de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados, 2003.
22. Ministerio de Salud de Perú. Norma Técnica de estándares de Calidad para Hospitales e Instituciones especializadas. 2003.
23. Proyecto SENECA: Informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS, 2009.
24. Secretaria de Integración y desarrollo del sector salud de México, Modelo de gestión de la calidad en salud de 2016.
25. Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001:2000. Edición mayo.2005.

Documento Derogado

ANEXOS

Anexo 1.

Lista de verificación de cirugía segura, adaptada de la Organización Mundial de la Salud OMS.

Nombre del/la Paciente: _____ Apellidos: _____

Diagnóstico:


Procedimiento(s):

N° de Registro:

Fecha:

Antes de administrar la anestesia	Antes de la incisión de la piel	Antes que el paciente salga del quirófano
<p>ENTRADA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El paciente ha confirmado: <ul style="list-style-type: none"> - Su identidad - Localización quirúrgica - La operación <input type="checkbox"/> Demarcación sitio quirúrgico / no procede. <input type="checkbox"/> ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/> Pulsioxímetro en el paciente en funcionamiento. <p>Tiene el paciente:</p> <p>¿Alergias conocidas? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>¿Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> y hay instrumental y equipos / ayuda disponible.</p> <p>¿Riesgo de hemorragia > 500 ml de sangre (7 ml/kg en niños)? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>y prevista disponibilidad de vía de acceso IV adecuada / líquidos adecuados.</p>	<p>PAUSA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se han identificado por su nombre y función. <input type="checkbox"/> Cirujano/a, anestesista y enfermera confirman verbalmente identificación del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento. <p>Anticipación de sucesos críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El cirujano/a revisa: los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista. <input type="checkbox"/> El/la anestesista revisa: si el paciente presenta algún problema específico. <input type="checkbox"/> El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos. <p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 30/60 minutos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> procede</p> <p>¿Se muestran las imágenes diagnósticas esenciales? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> procede</p>	<p>SALIDA.</p> <p>La enfermera confirma verbalmente con el equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nombre del procedimiento realizado. <input type="checkbox"/> Conteo de gasas, agujas e instrumental son correctos (o no proceden). <input type="checkbox"/> Identificación de las muestras biológicas (Incluyendo nombre del paciente) y gestión de las mismas. <input type="checkbox"/> Si existe algún problema que resolver en relación con el material o los equipos. <input type="checkbox"/> Cirujano/a, anestesista y enfermera revisan y registran en la historia clínica los principales aspectos en la recuperación y tratamiento del paciente. <p>¿Se ha iniciado profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> procede.</p>
<p>Observaciones: _____</p>		<p>Nombre y firma del/la enfermera circular.</p>


Fuente: Organización Mundial de la Salud Modificado por Comité Nacional de Calidad en Salud.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 70 DE 103
VERSIÓN 01		

Anexo 2. Matriz de programación de "Plan de mejora de estándares

Fecha de generación:			Periodo:			Porcentaje de ejecución:		
Región:					Establecimiento:			
Estándar:								
Criterio	Cumplimiento	Brecha	Prioridad	Causa de la brecha	Oportunidad de mejora	Actividades a implementar	Periodo de intervención	Avance (%)


Documento Deloitte

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 71 DE 103

Anexo 3. Matriz para seguimiento de actividades del “Plan de mejora de estándares de calidad

Nombre de la Actividad.	Fecha de Inicio	Fecha de Fin	Medio de Verificación	Responsable	% de Avance

Documento Derogado

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 72 DE 103

Anexo 4.

Metodología para selección de expedientes clínicos para evaluación de estándares de calidad de hospitales

A. Estándares calidad de conformidad.

Estándar 1. El Establecimiento cuenta con abastecimiento para de la oferta básica de anticoncepción

Metodología para la evaluación del estándar 1


- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones el **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- La enfermera o médico encargado de la provisión de servicios de anticoncepción, debe calcular el consumo promedio mensual, sumando la cantidad por cada uno de los métodos de la oferta básica entregados en los últimos tres meses anteriores a la fecha de evaluación dividiéndolo entre tres. El resultado es el consumo promedio mensual.
- Fuente primaria: Tabulador de control de medicamentos y kardex.

Estándar 2: Toda mujer en edad fértil con factor de riesgo que consulta en un centro hospitalario, recibe atención integral en salud, de acuerdo a normativa, según necesidades identificadas

Metodología de evaluación para el estándar 2:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones el **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- La enfermera o médico encargado de la provisión de servicios de anticoncepción, debe solicitar al personal de archivo los expedientes seleccionados de mujeres en edad fértil captadas con factor de riesgo en el establecimiento, en el mes a evaluar y registrar los criterios correspondientes al estándar 2.

Estándar 3. Toda usuaria inscrita en hospital recibe una atención integral para el control prenatal básico de acuerdo a normativa

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 73 DE 103

Metodología de evaluación para el estándar 3:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- La enfermera o médico encargado del estándar 3, debe solicitar al personal de archivo los expedientes seleccionados de pacientes en control prenatal básico, en el establecimiento en el mes a evaluar. Si fuese el caso no se presta la atención de control prenatal básico en el establecimiento no apertura el estándar en la plataforma el estándar, ya que el sistema se los tomara como cero si no se evalúa. Si el número de controles prenatales básico es menor de diez expedientes, se debe tomar el cien por ciento.

Estándar 4: Toda usuaria/o de métodos de anticoncepción que decide por una esterilización quirúrgica: ligadura o vasectomía, deberá tener hoja de consentimiento informado correctamente registrado

Metodología de evaluación para el estándar 4:


- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- El personal asignado para la provisión de servicios de anticoncepción, debe solicitar al personal de archivo los expedientes seleccionados que están registrados en los libros de métodos permanentes o cirugías realizadas de sala de operaciones para verificar el correcto llenado del consentimiento informado. Si el número de procedimientos de esterilización o vasectomías es menor de diez expedientes, se debe tomar el cien por ciento.

Estándar 5: Toda mujer post evento obstétrico (post parto o post aborto) recibe consejería y egresa con algún método de anticoncepción según normativa

Metodología de evaluación para el estándar 5:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- El médico o enfermera encargados del estándar 5, debe solicitar al personal de archivo los expedientes seleccionados con diagnóstico de egreso post parto o post aborto del registro de egresos del servicio (puerperio, obstetricia, cirugía obstétrica), para revisar los criterios.

Estándar 6. Toda embarazada que recibe la atención prenatal de alto riesgo en el establecimiento debe tener registro correcto de la hoja de control prenatal (HCP) y

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 74 DE 103

expediente clínico, se le brinda consejería prenatal según normativa de acuerdo a su condición clínica

Metodología de evaluación para el estándar 6:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- La jefatura de ginecología, o el responsable de consulta externa, debe solicitar al personal de archivo los expedientes seleccionados de controles prenatales de alto riesgo en el mes a evaluar, donde debe revisar los criterios relacionados al estándar 6.
- Para la muestra debe utilizar el tabulador diario de registro de consultas médicas y Sistema Informático Perinatal (SIP).
- Fuente de verificación: revisar la HCP, expediente clínico y el sello de la consejería prenatal que se encuentren en los expedientes clínicos seleccionado.

Estándar 7. Toda mujer en trabajo de parto tendrá el partograma lleno e interpretado correctamente y aplicado según condición obstétrica


Metodología de evaluación para estándar 7:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- El médico jefe de partos, personal médico asignado o encargado en su ausencia, debe solicitar al personal de archivo los expedientes seleccionados de mujeres que presentaron parto institucional en el establecimiento en el mes a evaluar, donde debe revisar los criterios relacionados al estándar 7.
- Para la muestra debe utilizar el libro de registro de atención de partos y Sistema Informático Perinatal (SIP).

Estándar 8: Toda mujer con parto institucional, según normativa debe recibir oxitocina como parte del manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP) a fin de reducir la hemorragia post- parto

Metodología de evaluación para estándar 8:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- La jefatura de partos, médico asignado o encargado en su ausencia, debe solicitar al personal de archivo los expedientes seleccionados de mujeres que presentaron parto en el establecimiento, en el mes a evaluar, donde revisara los criterios relacionados al estándar 8.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 75 DE 103

- Fuente de recolección de la muestra: libro de sala de partos o SIP Sistema Informático Perinatal.

Estándar 9: A toda mujer en el postparto inmediato se le debe realizar control en las primeras dos horas según normativa

Metodología de evaluación para estándar 9:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- El jefe de obstetricia, médico asignado o encargado en su ausencia, debe solicitar al personal de archivo los expedientes seleccionados de mujeres que presentaron parto en el establecimiento, en el mes a evaluar, donde revisara los criterios relacionados al estándar 9.
- Fuente para la recolección de la muestra: del libro de sala de partos o Sistema Informático Perinatal (SIP).

Estándar 10: Toda mujer en post parto previo al alta, recibe una evaluación clínica según normativa


Metodología de evaluación para estándar 10:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- La jefatura de obstetricia (puerperio), médico asignado o encargado en su ausencia, debe solicitar al personal de archivo los expedientes seleccionados de mujeres que presentaron parto institucional y que fueron dadas de alta del establecimiento en el mes a evaluar, en donde revisar los criterios relacionados al estándar 9.
- Fuente para la muestra: del libro de sala de partos o Sistema Informático Perinatal (SIP).

Estándar 11. Toda mujer con riesgo de parto (vaginal o cesárea) entre las 24 y 34 semanas de gestación (amenaza de parto prematuro, trabajo de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y hemorragia ante parto, que justifiquen un nacimiento pretérmino) recibe dexametasona 6 mg IM cada 12 horas en número de 4, o betametasona 12 mg IM cada 24 horas en número de 2

Metodología de evaluación para estándar 11:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 76 DE 103

- Se deben tomar en cuenta aquellos con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, trabajo de parto pre - término o ruptura prematura de membranas, que se encuentren en una edad gestacional entre 24 y 34 semanas.
- El médico ginecólogo del servicio de obstetricia, médico asignado o encargado en su ausencia, solicita al personal de archivo los expedientes de mujeres que verificaron parto pretérmino de 24 a 34 semanas de gestación en el establecimiento en el mes a evaluar.
- Si no se logra completar dicho número, se deben tomar en cuenta todos los expedientes que estén relacionados a los diagnósticos del estándar en el periodo a evaluar, para revisar los criterios del estándar 11.

Estándar 12: Toda mujer con diagnóstico de infección/ fiebre de causa obstétrica (aborto séptico, absceso mamario, endometritis, infección de herida operatoria o episiorrafia, absceso pélvico, y choque séptico, entre otros) son atendidas de acuerdo a los *Lineamientos técnicos para la aplicación del código amarillo en la RIIS* y otra normativa relacionada


Metodología de evaluación para estándar 12:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.
- Para la selección de expedientes clínicos se deben tomar en cuenta aquellos que posean los diagnósticos de aborto séptico, absceso mamario, endometritis, infección de herida operatoria o episiorrafia, absceso pélvico, y choque séptico.
- Además, tomar en cuenta las muertes y morbilidades extremas maternas debidas a dichos diagnósticos.
- El ginecólogo del servicio obstetricia, médico asignado o encargado, en su ausencia, debe solicitar al personal de archivo de expedientes de mujeres que presentaron diagnóstico de infección/ fiebre de causa obstétrica en el establecimiento en el mes a evaluar.
- Si no se logra completar dicho número, se deben tomar en cuenta todos los expedientes que estén relacionados a los diagnósticos del estándar en el periodo a evaluar, para revisar los criterios del estándar 12.

Estándar 13. Toda usuaria con hemorragia obstétrica debe ser atendida según *Lineamientos técnicos para la aplicación de código rojo* y otra normativa relacionada.

Metodología de evaluación para estándar 13:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.
- Para la selección de expedientes clínicos, se deben tomar en cuenta aquellos que posean los diagnósticos de hemorragia obstétrica post parto o post cesárea.
- Se debe tomar en cuenta para la evaluación del estándar 13, las muertes maternas debidas a dicho diagnóstico y morbilidad extrema.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 77 DE 103

- El ginecólogo del servicio de obstetricia, médico asignado o encargado, de Se debe solicitar al personal de archivo expedientes clínicos de mujeres que presentaron diagnóstico de hemorragia obstétrica, en el establecimiento en el mes a evaluar.
- Si no se logra completar dicho número, se deben tomar en cuenta todos los expedientes que estén relacionados a los diagnósticos del estándar en el período a evaluar, para revisar los criterios del estándar 13.

Estándar 14. Toda mujer con trastorno hipertensivo del embarazo (pre eclampsia con síntomas de gravedad/eclampsia) debe ser atendida según los Lineamientos técnicos para la aplicación del código naranja y otra normativa relacionada.


Metodología de evaluación para estándar 14:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones **del literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- Para la selección de expedientes clínicos se toman en cuenta aquellos que posean los diagnósticos de trastorno hipertensivo del embarazo (pre eclampsia con signos y síntomas de gravedad/eclampsia).
- Tomar en cuenta para la evaluación las muertes maternas debido a dicho diagnóstico.
- El ginecólogo del servicio de obstetricia, médico asignado o encargado en su ausencia, debe solicitar al personal de archivo de expedientes de mujeres que presentaron diagnóstico de trastornos de hipertensión del embarazo (preclamsia grave/ eclampsia) en el establecimiento en el mes a evaluar.
- Si no se logra completar dicho número, se tomarán en cuenta todos los expedientes que estén relacionados a los diagnósticos del estándar en el periodo a evaluar, para revisar los criterios del estándar 14.

Estándar 15. Todo neonato recibe atención inmediata y mediata al nacer y se registran completa y correctamente los criterios de la hoja de historia clínica perinatal (HCP o expediente clínico materno y /o del RN, hoja de alta del RN) según normativa

Metodología de evaluación para estándar 15:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones **del literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- El médico pediatra, neonatología o médico asignado al servicio de pediatría, debe solicitar al personal de archivo los expedientes clínicos de mujeres que presentaron parto institucional o de neonatos con parto normal a término y que fueron dados de alta del establecimiento en el mes a evaluar, donde revisará los criterios relacionados al estándar 15.
- Muestra: libro de egresos de puerperio o SIP.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 78 DE 103

Estándar 16. Todo neonato que egresa, haya nacido por parto vaginal o abdominal, es evaluado con los criterios previo al alta y registrada la información en la hoja de evaluación al alta del neonato según normativa.

Metodología de evaluación para estándar 16:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- El médico pediatra, neonatólogo o médico asignado al servicio de pediatría, debe solicitar al personal de archivo los expedientes clínicos de mujeres expedientes de mujeres que presentaron parto institucional o de neonatos con parto normal a término, los cuales fueron dados de alta del establecimiento en el mes a evaluar, para revisar los criterios relacionados al estándar 16.
- Debe utilizar la hoja de evaluación al alta del recién nacido.

Estándar 17. Todo neonato producto de parto hospitalario sin complicaciones cumple los cuatro criterios de la lactancia materna exclusiva según normativa


Metodología de evaluación para estándar 17:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- El médico pediatra/neonatólogo o médico asignado al servicio de pediatría, debe solicitar al personal de archivo los expedientes de mujeres que presentaron parto institucional o de neonatos con parto normal a término, reciben lactancia materna exclusiva del mes a evaluar, para revisar los criterios relacionados al estándar 17.
- Fuente de verificación: debe utilizar la HCP, expediente clínico de la madres o historia clínica neonatal al momento del nacimiento y la hoja de evaluación al alta del recién nacido.

Estándar 18: Todo recién nacido con diagnóstico de sepsis neonatal recibe atención médica según normativa relacionada.

Metodología de evaluación para estándar 18:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- Para la selección de expedientes clínicos se tomarán en cuenta aquellos que posean los diagnósticos de sepsis neonatal.
- Tomar en cuenta para la evaluación del estándar 18, las muertes debido a sepsis neonatal.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 79 DE 103

- El médico pediatra/neonatología o médico asignado al servicio de neonatología, debe solicitar al personal de archivo los expedientes de neonatos con diagnóstico de sepsis del mes a evaluar, para revisar los criterios relacionados al estándar 18.

Estándar 19: Todo recién nacido que egresa con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal, en el momento del nacimiento es atendido de acuerdo a la normativa relacionada, (flujograma) de reanimación neonatal y se deja constancia en el expediente

Metodología de evaluación para estándar 19:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- Para la selección de expedientes clínicos se deben tomar en cuenta aquellos que posean los diagnósticos de depresión neonatal o asfixia neonatal.
- Tomar en cuenta para la evaluación las muertes debido a depresión neonatal o asfixia neonatal.
- El médico pediatra/neonatólogo o médico asignado al servicio de neonatología, debe solicitar al personal de archivo los expedientes de neonatos con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal del mes a evaluar, se debe solicitar al personal de archivo el expediente diagnóstico de depresión o asfixia neonatal del estándar en el periodo a evaluar, para revisar los criterios relacionados al estándar 19.

Estándar 20: Todo neonato prematuro en condiciones estables posteriores al nacimiento, recibe atención de acuerdo a la normativa relacionada


Metodología de evaluación para estándar 20:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**
- Para la selección de expedientes clínicos se deben tomar en cuenta aquellos que posean los diagnósticos de prematurez.
- Tomar en cuenta para la evaluación las muertes debido a prematurez.
- El médico pediatra/ neonatólogo o médico asignado al servicio de neonatología, debe solicitar al personal de archivo los expedientes de neonatos con diagnóstico de prematurez, para revisar los criterios relacionados al estándar 20.

Estándar 21: Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado oportunamente cumpliendo con los criterios de estabilización y transporte del recién nacido crítico.

Aspectos específicos que el personal debe cumplir para el registro:

- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 80 DE 103

- Para la selección de expedientes clínicos se tomarán en cuenta aquellos recién nacidos que poseen una condición crítica que fueron trasladados y en el expediente clínico posea la hoja de transporte neonatal.
- Tomar en cuenta para la evaluación las muertes de recién nacidos ocurridas durante el transporte neonatal.
- El médico pediatra/neonatólogo o médico asignado al servicio de neonatología o programa de transporte neonatal, debe solicitar al personal de archivo los expedientes que estén relacionados al diagnóstico del estándar, para revisar los criterios relacionados al Estándar 21.

Estándar 22. A todo paciente hospitalizado quien ha desarrollado una IAAS, se le cumplen las medidas de prevención y se registra en el expediente clínico


Metodología de evaluación para estándar 22:

- El médico y la enfermera coordinador del Comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAA), debe solicitar al personal de archivo los expedientes de pacientes con diagnóstico de haber desarrollado una IAAS y egresado del establecimiento en el mes a evaluar, si fuese el caso y no se presente el número de casos esperados se debe tomar en cuenta todos los expedientes que estén relacionados a los diagnósticos del estándar en el periodo a evaluar.
- Para la prevención de infección de sitio quirúrgico: debe seleccionar únicamente pacientes operados, incluidas en el listado de los Lineamientos de IAAS, obtener en área de estadística o del libro de sala de operaciones el total de cirugías realizadas y definir el intervalo de selección de expediente similar a los anteriores.
- Para la prevención de infección materna y onfalitis, mastitis: incluir los partos por vía vaginal y abdominal.
- Fuente de verificación: el expediente clínico, para el criterio 27 incluir además la hoja de estudio de caso de infecciones del Comité de prevención y control de IAAS.
- Como antiséptico apropiado se debe considerar el jabón yodado al 1% de yodo libre o clorhexidina al 4%.
- Verificar los criterios en el periodo comprendido desde la exposición al riesgo hasta el periodo establecido según definición de IAAS.
- En un solo expediente pueden evaluarse varias infecciones si el paciente las ha presentado.
- El listado de riesgos e infecciones a vigilar se basan en los *Lineamientos técnicos para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria*.

Estándar 23. Todo hospital debe manejar los desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalarios (infecciosos y punzocortantes) con base a la normativa.

Metodología de evaluación para estándar 23:

- El responsable es el encargado de saneamiento ambiental en coordinación con la UOC.
- Observación directa para los criterios n 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 13 y 14.
- Para el criterio 8: la programación de recolección.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 81 DE 103

- Para el criterio 9: la ruta crítica señalizada en un plano o en las instalaciones físicas hospitalarias y para el criterio 12: tarjeta de vacunación del personal de recolección y transporte.
- Momentos para la verificación de los criterios:

Segregación y envasado: Se debe registrar el área hospitalaria donde se realizará la inspección de la segregación y envasado; mensualmente se irán rotando las diferentes áreas hospitalarias, priorizando las que generan mayor volumen de estos desechos, se debe realizar antes del horario de recolección de los desechos del área generadora.

Acumulación en áreas hospitalarias: La evaluación de los criterios de este proceso, se debe realizar antes del horario de recolección de los desechos del área generadora.

Recolección intra- hospitalaria: La evaluación de los criterios por inspección, se debe realizar en el momento en que el personal encargado efectúe sus funciones.

Transporte interno: Por inspección, se debe realizar en el momento en que el personal encargado efectúe sus funciones.

Almacenamiento temporal (caseta de almacenamiento): Se debe realizar antes de la recolección de los desechos bioinfecciosos para su disposición final.

Estándar 24. Todo hospital cumple con los criterios de calidad del agua potable para el consumo del usuario

Metodología de evaluación para estándar 24:

- Responsable: el encargado o coordinador del área de saneamiento ambiental en coordinación con la UOC.
- La fuente de verificación:
 - Observación directa los criterios N°. 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.
 - Documentación: los criterios N°. 1, 2, 7, 14, 15 y 16.
- Momentos para la verificación de los criterios:
 - **Fuente de abastecimiento:** todas las fuentes de abastecimiento.
 - **Almacenamiento:** todas las cisternas y tanques de almacenamiento.
 - **Distribución:** en los puntos más cercanos y lejanos de la red de distribución.


B. Estándares de calidad de servicios.

Estándar 25: Brindar atención médica a todos los pacientes que se presenten a la unidad de emergencia con calidad técnica.

Metodología de evaluación para estándar 25

Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del literal A. **Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**

Proceso de medición de tiempos

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 82 DE 103

Criterios de inclusión y exclusión

1. Se deben incluir solo los pacientes clasificados mediante el triage como categoría II (amarillo).
2. Se excluirán a los pacientes clasificados como categoría II, ingresados en el área de observación.
3. Se excluirán a los pacientes clasificados como categoría II, que pasan a sala de operaciones.
4. Se excluirán a los pacientes clasificados como categoría I (rojo) y categoría III (verdes).


Selección de la muestra

Se debe tomar la muestra del total de pacientes categoría II, recibidos en el área de emergencia, en el periodo a evaluar y cumplen con el criterio 1 de inclusión. La fuente primaria será el expediente clínico y la hoja de monitoreo de tiempos de espera en la unidad de emergencias.

Documento Derogado


Tabla Indicadores de estándar 25. Brindar atención médica a todos los pacientes que se presenten a la unidad de emergencia con calidad técnica.

Estándar No. 25	Indicadores	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Periodo
Brindar atención médica a todos los pacientes que se presenten a la unidad de emergencia con calidad técnica	Promedio del tiempo de espera en la atención en la consulta de emergencia	Total, de tiempo de espera medido en minutos desde que los pacientes prioridad II solicitan la consulta de emergencias a la selección o triage / Total, de pacientes evaluados que consultaron como prioridad II en el periodo evaluado	Instrumento	Tabulador de registro diario de pacientes	Revisión del instrumento de registro de tiempos y de los Tabuladores de registro diario de pacientes Observación directa y medición	Según los días señalados en la muestra	Mensual
	Promedio de tiempo de espera en atención médica de emergencia: Tiempo de espera medido en minutos desde que el paciente es atendido en la selección de triage hasta la consulta médica.	Total, de tiempo de espera medido en minutos desde que los pacientes prioridad II pasan de selección por triage hasta la atención médica. / Total de pacientes evaluados que consultaron como prioridad II en el periodo evaluado	Instrumento de registro de tiempo	Tabulador de registro diario de pacientes	Revisión del instrumento de registro de tiempos y de los Tabuladores de registro diario de pacientes Expediente clínico	Según los días señalados en la muestra	Mensual
	Promedio del tiempo de ingreso: Tiempo desde que el médico indica el ingreso hasta la llegada a la cama hospitalización.	Total, de tiempo de espera medido en minutos desde que al paciente prioridad II, el médico indica el ingreso en la consulta de emergencias hasta su llegada a la cama hospitalización x 100	Instrumento	Tabulador de registro diario de pacientes	Revisión del instrumento de registro de tiempos y de los Tabuladores de registro diario de pacientes Expediente clínico	Según los días señalados en la muestra	Mensual

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD		E05-IGC-UC-MEC-01
	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD		PÁGINA 84 DE 103
VERSIÓN 01			

Estándar No. 25	Indicadores	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra	Periodo
	Porcentaje de ocupación de la emergencia: evalúa el grado de ocupación de las camillas ocupadas en las unidades de evaluación clínica en emergencia.	$\frac{\text{Número de camillas o unidades de evaluación clínica ocupadas en emergencia}}{\text{Total, de la dotación de camillas o unidades de evaluación clínica en emergencia}} \times 100$	Número camillas o unidades de evaluación clínica en emergencia a ocupadas	Dotación de camillas o unidades de evaluación clínica en emergencia	Observación directa Índice	Según los días señalados en la muestra	Mensual
	Porcentaje de consulta en menos de 48 horas por el mismo problema clínico (Reingresos)	$\frac{\text{No. de pacientes que consulta nuevamente en la Unidad de Emergencias en menos de 48 horas}}{\text{Total, de pacientes registrados en la Unidad de emergencias}} \times 100$	la selección de pacientes Libro de Reingresos	Tabulador de registro diario de pacientes	Indirecta (revisión de censo de la selección de pacientes, Libro de ingresos)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
	Porcentaje de las caídas en los pacientes	$\frac{\text{El número de caídas}}{\text{Total, de pacientes atendidos en emergencia en el periodo evaluado}} \times 100$	Libro de caídas	Registro diario de pacientes censo o movimiento de pacientes	Indirecta (Revisión del Libro de caídas registro diario de pacientes censo o movimiento de pacientes)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
	Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días:	$\frac{\text{Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días}}{\text{Total, de quejas recibidas}} \times 100$	Libro de actas de quejas resueltas	Libro	Indirecta (Revisión del Libro)	Según los días señalados en la muestra	Mensual

Fuente Sistema Integrado de información gerencial estándares de calidad. MINSAL, 2019

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
		MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 85 DE 103
VERSIÓN 01			

Estándar 26.1. Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: Unidad de Cuidados Intensivos neonatales y pediátricos. (Aplican para hospitales regionales y especializados)

Metodología de evaluación para estándar 26.1:

- El médico y la enfermera o delegado del área de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, debe realizar cuatro mediciones durante el mes a evaluar, se debe introducir en cada medición el numerador y denominador correspondiente al indicador de servicios. Correspondientes a la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales y pediátricos.

Estándar 26.2: Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: Unidad de Cuidados Intensivos para adultos

Metodología de evaluación para estándar 26.2:

- El médico y la enfermera o delegado del área de cuidados intensivos para adultos, debe realizar cuatro mediciones durante el mes a evaluar, se debe introducir en cada medición el numerador y denominador correspondiente al indicador de servicios, correspondientes a la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos.

Estándar 26.3: Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: hospitalización obstetricia

Metodología de evaluación para estándar 26.3

- El médico y la enfermera o delegado del área de hospitalización obstetricia, debe realizar cuatro mediciones durante el mes a evaluar, se debe introducir en cada medición el numerador y denominador correspondiente al indicador de servicios, correspondientes al área de hospitalización obstetricia.

Estándar 26.4: Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: Hospitalización Medicina Interna


Metodología de evaluación para estándar 26.4

- El médico y la enfermera o delegado del área de hospitalización de medicina interna, debe realizar cuatro mediciones durante el mes a evaluar, se debe introducir en cada medición el numerador y denominador correspondiente al indicador de servicios, correspondientes al área de medicina interna.

Estándar 26.5: Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: hospitalización cirugía

Metodología de evaluación para estándar 26.5

El médico y la enfermera o delegado del área de hospitalización de cirugía, debe realizar cuatro mediciones durante el mes a evaluar, se debe introducir en cada medición el

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
		MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 86 DE 103
VERSIÓN 01			

numerador y denominador correspondiente al indicador de servicios, correspondientes al área de hospitalización de cirugía.

Estándar 26.6: Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: hospitalización pediatría

Metodología de evaluación para estándar 26.6

El médico y la enfermera o delegado del área de hospitalización de pediatría, debe realizar cuatro mediciones durante el mes a evaluar, se debe introducir en cada medición el numerador y denominador correspondiente al indicador de servicios, correspondientes al área de pediatría.

Estándar 26.7: Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área hospitalización neumología

Metodología de evaluación para estándar 26.7

El médico y la enfermera o delegado del área de hospitalización de neumología, debe realizar cuatro mediciones durante el mes a evaluar, se debe introducir en cada medición el numerador y denominador correspondiente al indicador de servicios, correspondientes a la Área de neumología.

Estándar 26.8: Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción. Área: hospitalización psiquiatría.


Metodología de evaluación para estándar 26.8

El médico y la enfermera o delegado del área de hospitalización de psiquiatría, debe realizar cuatro mediciones durante el mes a evaluar, se debe introducir en cada medición el numerador y denominador correspondiente al indicador de servicios, correspondientes al área de psiquiatría.

Estándar 27. Proporcionar atención médica oportuna a todos los pacientes que demanden consulta externa de especialidades por primera vez, con calidad técnica y satisfacción, en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.

Este estándar no será evaluado ni registrado en la plataforma SIIG- ETAB debido que la medición puede ser verificada en el SIAP.

Indicador de Estándar 28: Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico menor y mayor en quirófano, se le efectúe oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.


 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 87 DE 103
VERSIÓN 01		

Metodología de evaluación para estándar 28.

El médico y la enfermera o delegado del área de centro quirúrgico, debe realizar cuatro mediciones durante el mes a evaluar, se debe introducir en cada medición el numerador y denominador correspondiente al indicador de servicios, correspondientes al área de centro quirúrgico.


Para la medición se puede utilizar el Anexo 1 Lista de verificación de cirugía segura adaptada de la Organización Mundial de la Salud OMS.

Documento Derogado


 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 88 DE 103

Tablas de Indicadores de estándares de servicios 26.1 -27.


Indicadores	Fórmula	Fuente de Numerador	Fuente del Denominador	Método de recolección	Muestra	Período
1. Porcentaje de expedientes clínicos en el cual se registra la firma del especialista en la nota de evolución y en la indicación del alta o traslado según condición del paciente.	El número de expedientes clínicos en el cual se registra la firma del especialista en la nota de evolución e indicación del alta o traslado/ Total de expedientes clínicos revisados de pacientes X 100	Expediente clínico	Libro de egresos	Indirecto	Según los días señalados en la muestra	Mensual
2. Porcentaje de expedientes clínicos en los que se evidencia que el médico especialista, avala a través de su firma las indicaciones médicas de los pacientes ingresados.	Expedientes clínicos que evidencia firma del médico especialidad en la indicación medicas de los pacientes ingresados/ Total de expedientes clínicos revisados X100	Expediente clínico	Expedientes	Indirecta (revisión de expedientes)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
3. Porcentaje de pacientes que reingresan en menos de 72 horas por el mismo problema clínico. (traslados o transferencias)	N° de pacientes que se transfieren a un servicio en menos de 72 horas / Total, de los egresos del servicio X 100	Libro de ingresos y	Libro de egresos	Indirecta (Revisión de libro de ingresos y egresos)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
4. Porcentaje de complicaciones asociadas a procedimientos	Numero de complicaciones asociadas a procedimientos/ Total de pacientes a los cuales se les realizo procedimientos en el servicio en el periodo evaluado X100	Libro de novedades	Libro reporte	Indirecto (Revisión del Libro de novedades y	Según los días señalados en la muestra	Mensual

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 89 DE 103


Indicadores	Fórmula	Fuente de Numerador	Fuente del Denominador	Método de recolección	Muestra	Período
5. Porcentaje de quejas resultas antes de 15 días	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días/ Total de quejas recibidas X100	Libro de actas de quejas resueltas	Libro de novedades.	Indirecta (Revisión del Libro de quejas resueltas)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
6. Tasa de flebitis en pacientes ingresados con catéter venoso periférico	Número de pacientes con catéter venoso periférico que presentan flebitis /Total, de pacientes con catéter venoso periférico X1000	Sistema de vigilancia de infecciones nosocomiales	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso).	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario	Mensual
7. Tasa de neumonía asociada al ventilador.	Casos de neumonía asociada a ventilador / Total, días ventilador X 1000	Sistema de vigilancia de infecciones	Hoja de reporte mensual de IAAS	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario	Mensual
8. Tasa de infecciones asociada catéter venoso central	Casos de infecciones asociada catéter venoso central/ Total, días de catéter venoso central X1000	Sistema de vigilancia de infección e	Hoja de reporte mensual de IAAS	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso) Indirecta	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario	Mensual
9. Tasa de IVU asociado a catéter urinario	Casos de infecciones asociada catéter urinario/ Total, días de catéter urinario X1000	Sistema de vigilancia de infecciones nosocomiales	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario	Mensual
10. Porcentaje de pacientes a quienes se les aplica proceso de atención de enfermería	Número de pacientes a quienes se les aplica PAE/ Total, de pacientes ingresados en las áreas seleccionadas X 100	Sistema de vigilancia de infecciones nosocomiales	Numero total de expediente clínicos de pacientes totalmente dependiente	Instrumento de procesos de atención de enfermería y libro de registros de PAE.	Según los días señalados en la muestra	Mensual

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 90 DE 103


Indicadores	Fórmula	Fuente de Numerador	Fuente del Denominador	Método de recolección	Muestra	Período
11. Porcentaje de caídas	Número de pacientes que presentaron caídas de su propia altura o de la camilla/cama/ Total, de pacientes egresados. X100	Libro de casos de caídas	Libro de egreso	Indirecto (Revisión del libro egreso y de novedades del servicio)	Se debe anotar el día del evento según calendario	Mensual
12. Porcentaje de complicaciones relacionados a la atención de parto	Número de complicaciones relacionados a la atención de parto/ Total, de partos atendidos en el periodo evaluado X 100	Libro de novedades de los partos	Libro de partos	Indirecto (Revisión del Libro de novedades de los partos)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
13. Tasa de infección de sitio quirúrgico post cesárea	Casos de infección de sitio quirúrgico post cesárea/ Total, de cesáreas realizadas en el periodo evaluado X1000	Sistema de vigilancia de infecciones nosocomiales. Hoja de reporte mensual	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Se debe anotar el apareamiento de la infección según el día calendario	Mensual
14. Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugía de herniorrafia	Casos de infección de sitio quirúrgico (ISQ) post herniorrafia / Total, herniorrafias en el periodo evaluado X1000	Sistema de vigilancia de infecciones nosocomiales. Hoja de reporte mensual	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Se debe anotar el apareamiento de la infección según el día calendario	Mensual
15. Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugía de osteosíntesis	Casos de infección de sitio quirúrgico (ISQ) post osteosíntesis / Total, de osteosíntesis en el periodo evaluado X1000	Sistema de vigilancia de infecciones nosocomiales. Hoja de reporte mensual	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Se debe anotar el apareamiento de la infección según el día calendario	Mensual

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 91 DE 103

Indicadores	Fórmula	Fuente de Numerador	Fuente del Denominador	Método de recolección	Muestra	Período
16. Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugía de colecistectomía (por video)	Casos de infección de sitio quirúrgico (ISQ) post colecistectomía (por video) / Total, de colecistectomía (por video) en el periodo evaluado X1000	Sistema de vigilancia de infeccione nosocomiales. Hoja de reporte mensual	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario	Mensual
17. Tasa de infección de sitio quirúrgico en cirugía de colecistectomía (Por Laparotomía)	Casos de infección de sitio quirúrgico (ISQ) post colecistectomía (por laparotomía) / Total, de colecistectomía (por laparotomía) en el periodo evaluado X1000	Sistema de vigilancia de infeccione nosocomiales. Hoja de reporte mensual	Hoja de reporte mensual de IAAS.	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario	Mensual
18. Porcentaje de neumotórax parcial	Casos de neumotórax parcial / número de broncoscopias realizadas en el periodo a evaluar x 100	Libro de novedades	Libro reporte	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
19. Porcentaje de neumotórax completo	Casos de neumotórax completo / número de broncoscopias realizadas en el periodo a evaluar x 100	Libro de novedades	Libro reporte	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Se debe anotar el aparecimiento de la infección según el día calendario	Mensual
20. Porcentaje de sangramiento escasos ocurridos	Casos de sangramiento escasos ocurridos / número de broncoscopias realizadas en el periodo a evaluar X100	Libro de novedades	Libro reporte	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Según los días señalados en la muestra	Mensual

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 92 DE 103


Indicadores	Fórmula	Fuente de Numerador	Fuente del Denominador	Método de recolección	Muestra	Período
21. Porcentaje de sangramiento moderados ocurridos	Casos de sangramiento moderados ocurridos / número de broncoscopias realizadas en el periodo a evaluar X100	Libro de novedades	Libro reporte	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
22. Porcentaje de sangramiento abundantes ocurridos	Casos de sangramiento abundantes ocurridos / número de broncoscopias realizadas en el periodo a evaluar X100	Libro de novedades	Libro reporte	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
23. Porcentaje de bronco obstrucciones ocurridas	Casos de bronco obstrucciones ocurridas / número de broncoscopias realizadas en el periodo a evaluar X100.	Libro de novedades	Libro reporte	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
24. Porcentaje de caos de hipertensión ocurridos	Casos de hipertensión ocurridos/ número de broncoscopias realizadas en el periodo a evaluar X100.	Libro de novedades	Libro reporte	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
25. Porcentaje de arritmias ocurridos	Casos de arritmias ocurridos / número de broncoscopias realizadas en el periodo a evaluar X100.	Libro de novedades	Libro reporte	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Según los días señalados en la muestra	Mensual
26. Porcentaje de taquicardias ocurridas	Casos de taquicardias ocurridos / número de broncoscopias realizadas en el periodo a evaluar X100.	Libro de novedades	Libro reporte	Indirecta (Revisión de reporte de notificación de caso)	Según los días señalados en la muestra	Mensual

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 93 DE 103

Indicadores	Fórmula	Fuente de Numerador	Fuente del Denominador	Método de recolección	Muestra	Período
27. Estancia media de los pacientes en el servicio de Hospitalización	Número de días de estancia media /Total, de días de hospitalización.	Libro de ingresos y egresos	Libro de egresos	Indirecta (Revisión de libro de ingresos y egresos)	Según los días señalados en la muestra	Mensual

Fuente: Sistema de información gerencial de estándares de calidad MINSAL 2019


Documento Derogado

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 94 DE 103
VERSIÓN 01		

C. Indicadores de estándares de satisfacción


Indicadores de estándar 29 para hospitales y 7 para el primer nivel de atención: Calidad de atención y trato humanizado: los y las usuarios/as reciben calidad de atención y trato humanizado en los establecimientos de salud de la RIIS.

Estándar No. 29	Indicadores	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra
Calidad de Atención y trato humanizado: Los y Las usuarios/ as reciben calidad de atención y trato humanizado en los establecimientos de salud de la RIIS	29.1 Porcentaje de pacientes a quienes se les aplica proceso de atención de enfermería con criterios de calidad	Número de expedientes clínicos seleccionados con PAE que cumplen los criterios de calidad establecidos / Total, de expedientes clínicos seleccionados con PAE X100	Número de expedientes clínicos seleccionados con PAE que cumplen los criterios de calidad establecidos.	Total, de expedientes clínicos seleccionados con PAE.	Seleccionar al azar del libro de PAE aplicados en el servicio o establecimiento.	5 números de expedientes clínicos en el Primer Nivel y 7 en Hospitales, una vez seleccionados proceda a obtener los expedientes
	29.2 Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de enfermería	Número de encuestas aplicadas con evaluación positiva de parte del usuario sobre el cuidado de enfermería recibido / Total, de encuestas de satisfacción aplicadas. X100	Número de encuestas aplicadas con evaluación positiva de parte del usuario sobre el cuidado de enfermería recibido	Número total de encuestas de satisfacción aplicadas.	Realizar encuestas de satisfacción aplicadas en los establecimientos/servicios hospitalarios durante el mes.	Total, de encuestas aplicadas durante el mes. (están se aplican mensualmente en los establecimientos y las envían a la UNE)

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 95 DE 103

Estándar No. 29	Indicadores	Fórmula	Fuente Numerador	Fuente del Denominador	Método de Recolección	Muestra
	29.3 Porcentaje de reclamos resueltas en la Oficina por el Derecho a la Salud.	Número de reclamos resueltos en la oficina por derecho a la salud / Total, de reclamos recibidos en la oficina por derecho a la salud. X100	Número de reclamos resueltos en la oficina por derecho a la salud, la fuente de origen puede ser de dos tipos, la plataforma de Atención al ciudadano esta no se ha implementado en todo el país aún y la Base de solicitudes y reclamos que es una base de Excel que se encuentra en todas las ODS en Hospitales y regiones.	Total, de reclamos recibidos en la oficina por derecho a la salud, la fuente de origen puede ser de dos tipos, la plataforma de Atención al ciudadano esta no se ha implementado en todo el país aún y la Base de solicitudes y reclamos que es una base de Excel que se encuentra en todas las ODS en Hospitales y regiones.	Indirecto (Revisión de plataforma y base de Excel))	Total, de quejas recibidas en el mes
	29.4 Porcentaje de información y orientación resueltas en los INFOCA.	Número de información y orientación resueltos en los INFOCA / Total, de información y orientación recibidos en los INFOCA. X100	CENSO INFOCA	CENSO INFOCA	Indirecto (Revisión de censos)	Según los días señalados en la muestra e informes mensuales INFOCA
	29.5 Porcentaje de usuarios externo satisfechos con la atención recibida en los servicios de salud de la RIIS.	Número de usuarios externos satisfechos con la atención recibida en los servicios de salud de la RIIS/ Total, de usuarios externos que recibieron atención en los servicios de salud de la RIIS.	Encuesta de satisfacción del usuario	Encuesta de satisfacción del usuario.	Se realizará encuesta de satisfacción del usuario.	Total, de encuestas aplicadas durante el mes los resultados de estas son enviadas a la UNE)

Fuente: Sistema de información gerencial de estándares de calidad MINSAL 2019.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 96 DE 103


- **Metodología para la evaluación de estándar 29:**
- Estos indicadores serán evaluados por la/el jefa/e de Departamento o persona delegada en cada unidad o servicio para esta actividad en los hospitales y en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar serán las coordinadoras/es o supervisoras/es locales de enfermería.
- **Indicador 7.1/29.1:** Para establecer el número de procesos de atención de enfermería a elaborar en los establecimientos de Salud de la RIIS, es necesario tomar en cuenta la capacidad instalada del recurso humano (número de enfermeras/os y licenciadas/os en enfermería) capacitado para su elaboración; priorizando pacientes de alto riesgo. Cada establecimiento del primer nivel y servicios/unidades de hospitalización deben llevar control del número de Proceso de Atención de enfermería elaborados, en un libro de registro, de donde se obtendrán los datos para la evaluación de este indicador.

Seleccionar al azar del libro de PAE aplicados en el servicio o establecimiento 5 números de expedientes clínicos en el primer nivel y 7 en hospitales, una vez seleccionados proceda a obtener los expedientes y realizar la medición del indicador.

Procedimiento para establecer el porcentaje de cumplimiento del PAE:

1. Los expedientes seleccionados deben cumplir el 100% de los seis criterios y 13 sus criterios establecidos para su evaluación.
2. Para dar por cumplido un criterio todos los subcriterios deben encontrarse presentes, si alguno de ellos no se cumple, este criterio queda con incumplimiento, por lo que no se tomará en cuenta.
3. Desarrollo de la fórmula.
4. Numerador: número de expedientes clínicos seleccionados con PAE que cumplen los criterios de calidad establecidos.
5. Denominador: número total de expedientes clínicos seleccionados con PAE.
6. El resultado de la división deberá multiplicarse por 100 para obtener el porcentaje de cumplimiento.

Indicador 7.2/29.2: se obtendrá de las encuestas de satisfacción del usuario que se están aplicando según lineamiento del Comité Nacional de Ética en Enfermería (formato estandarizado) y las cuales deberán ser aplicadas por personas externas al servicio o establecimiento.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD	E05-IGC-UC-MEC-01
	VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	PÁGINA 97 DE 103

Procedimiento para establecer el porcentaje de satisfacción del usuario:

Tomar el total de encuestas de satisfacción aplicadas en los establecimientos/servicios hospitalarios durante el mes.


Desarrollo de la fórmula

- Numerador: número de encuestas aplicadas con evaluación positiva de parte del usuario/a atendido/a sobre el cuidado de enfermería recibido.
- Denominador: número total de encuestas de satisfacción aplicadas.
- El resultado de la división deberá multiplicarse por 100 para obtener el porcentaje de cumplimiento.

Los criterios de evaluación los cuales para considerarse positiva deben de cumplir con el 100%, son:

Criterios a revisar en encuesta de satisfacción aplicada:

1. ¿Enfermería le saludó amablemente?
2. ¿Se identifica o presenta la enfermera/o con usted?
3. ¿Cuándo la enfermera/o se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La enfermera/o le explica los cuidados que le va a realizar?
5. ¿La enfermera/o le orienta y enseña sobre qué hacer en relación a su problema de salud?
6. ¿La enfermera/o mantiene condiciones de privacidad (intimidad y pudor)?
7. ¿La enfermera/o le hace sentir segura/o al proporcionarle el cuidado?
8. ¿La enfermera/o lo trata con respeto?
9. ¿La enfermera/o se interesa para que su estancia sea agradable?
10. ¿Se siente satisfecho del trato que le proporciona la enfermera/o?

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	ESTRATEGICO	E05-IGC-UC- MEC-01
	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD	
VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	Página 98 de 103

Anexo 5.

Metodología para selección de expedientes clínicos para evaluación de estándares de calidad en establecimientos del Primer Nivel de Atención

Estándar 1. Toda mujer en edad fértil captada recibe atención integral en salud

Metodología de evaluación para estándar 1:

Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad.**


1. Escoger al azar un día de la semana. (lunes, martes, miércoles, jueves o viernes)
2. Luego proceda a verificar si durante el día seleccionado, en todas las semanas del mes hay expedientes de MEF que consultaron.
 - Para el caso de la vigencia de la citología el sistema **SIIG- Etab** posee un calendario donde se puede colocar la fecha con día, mes y año, si fuese el caso el expediente que fue seleccionado pertenece a una paciente referida, que su citología fue tomada en el ISSS o por médico particular entre otros, y solo se conoce el mes y el año, se podrá colocar el día 15, siempre y cuando exista evidencia en el expediente clínico(Hoja de referencia, copia de tarjeta donde se plasma el resultado de citología de ISSS, copia de resultado de citología de médico particular).

Medición del estándar 1

El numerador es el total de expedientes de MEF que cumplieron con el 100% de los criterios establecidos y el denominador es el total de expedientes evaluados.

También el sistema mide el porcentaje de cumplimiento en la atención integral que brinda el establecimiento de salud a la MEF, para lo cual el total de criterios cumplidos, se convierte en el numerador, mientras que el denominador es el total de criterios establecidos. Para la medición el instrumento tiene 6 criterios de evaluación, los cuales tienen la misma ponderación.

Estándar 2: Toda usuaria recibe una atención integral en salud preconcepcional, prenatal y post natal

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	ESTRATEGICO	E05-IGC-UC- MEC-01
	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	
VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	Página 99 de 103


Metodología para la evaluación del estándar 2:

- El médico o enfermera encargado de realizar la evaluación, debe escoger del libro de atención prenatal, parto y puerperio a través del muestreo explicado en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad**, las pacientes deben haber verificado parto y finalizaron los 42 días de puerperio en los dos meses previos al mes de evaluación y que pertenecen al área de responsabilidad del establecimiento de salud, una vez seleccionadas las usuarias proceda a obtener los expedientes clínicos de las mismas y realizar la evaluación de los criterios.
- Para el caso de la vigencia de la citología el sistema SIIG- Etab posee un calendario donde se puede colocar la fecha con día, mes y año, si fuese el caso el expediente que fue seleccionado pertenece a una paciente referida, que su citología fue tomada en el ISSS o por médico particular entre otros , y que solo se conoce el mes y el año, se podrá colocar el día 15, siempre y cuando exista evidencia en el expediente clínico(Hoja de referencia, copia de tarjeta donde se plasma el resultado de citología de ISSS, copia de resultado de citología de médico particular).

Estándar 3. Todo prematuro con peso menor de 2000g al nacer recibe atención integral, según normativa.

Metodología para evaluar estándar 3:


- Para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad**.
- Para la selección de expedientes clínicos para evaluar el estándar 3, se debe considerar que la mayoría de los criterios pueden ser evaluados en los prematuros en el momento de la inscripción y otros durante el seguimiento del prematuro menor de 2000 gramos al nacer ya que el programa da seguimiento hasta los 5 años.
- Por este motivo, se considera necesario evaluar tanto la inscripción como el seguimiento, se evaluarán dos expedientes en el momento de inscripción que correspondan al mes a evaluar, y tres para seguimiento expedientes de pacientes que hayan cumplido los meses de edad corregida y cuyo control corresponda al mes a evaluar, (en caso de haber menos de 5 expedientes que cumplen criterio de selección, se evalúa con el total de expediente que apliquen).

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	ESTRATEGICO	E05-IGC-UC- MEC-01
	E05-IMPLEMENTARY GESTIONAR LA CALIDAD	
VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	Página 100 de 103

- El sistema mide este estándar con los 5 expedientes seleccionados de las niñas/os prematuros con peso menor a 2000 gramos al nacer, dos expedientes de inscripción y 3 de seguimiento en donde el niño ya haya cumplido los 20 meses de edad corregida, en caso de haber menos de 5 expedientes que cumplen criterio de selección, se evalúa con el total de expediente que apliquen, el numerador es el total de expedientes de niñas/os que cumplen con el 100% de los criterios establecidos y el denominador es el total de expedientes evaluados.
- También el sistema mide el porcentaje de cumplimiento en la atención integral que brinda el establecimiento de salud a la niña y niño prematuro con peso menor de 2000 gramos al nacer, para lo cual el total de criterios cumplidos se convierte en el numerador, mientras que el denominador es el total de criterios establecidos. Para la medición el instrumento tiene 38 criterios de evaluación, los cuales tienen la misma ponderación.
- Registro de prescripción de los siguientes micronutrientes: hierro y zinc.
- Registro de diagnóstico nutricional: se cumple el criterio si se cuenta con el registro del diagnóstico nutricional.
- Registro de diagnóstico clínico: se cumple el criterio si cuenta con el registro del diagnóstico clínico.
- Registro de tratamiento: se cumple el criterio si cuenta con el registro del tratamiento.
- Evaluación del riesgo social: se cumple el criterio si cuenta con el registro de la evaluación del riesgo social.
- Esquema de vacunación completo de acuerdo a la edad cronológica: se cumple el criterio si en el expediente clínico se encuentra registro actualizado.
- *El criterio 1 para el estándar 3, en este se evaluará el funcionamiento de la RIISS, por lo cual no se asigna ponderación en el PNA, ya que su cumplimiento no es responsabilidad del establecimiento evaluado, pero el sistema refleja en la medición el porcentaje de cumplimiento del mismo.

Estándar 4. Todo niño y niña menor 5 años recibe atención integral y es evaluado según normativa vigente.

Metodología de evaluación de estándar 4

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	ESTRATEGICO	E05-IGC-UC- MEC-01
	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	
VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	Página 101 de 103

Indicador 4.1: Porcentaje de hoja VECO (hoja de vigilancia epidemiológica comunitaria) de recién nacidos que recibieron visitas integrales por promotor de salud, durante los primeros 28 días de nacidos, según normativa vigente.

El médico o enfermera encargado de realizar la evaluación de los criterios, para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad**, verificara 5 hojas de vigilancia comunitaria de la embarazada, puérpera y recién nacido de usuarias que han verificado parto y que en el momento de la medición el niño/a ha cumplido 2 meses de edad. (en caso de haber menos de 5 hojas de vigilancia comunitaria que cumplen criterio de selección, se evalúa con el total de hojas de vigilancia que apliquen).


Indicador 4.2: Porcentaje de expedientes de niños y niñas de 0 a 2 meses que recibieron atención integral en salud, en la inscripción

Metodología para indicador 4.2.

El médico o enfermera encargado de realizar la evaluación de los criterios, el personal de archivo para realizar la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad**, debe seleccionarse del libro de atención al menor de uno a 5 años a niñas/os que fueron inscritos en la UNIDADES DE SALUD que tienen entre 0 y 2 meses de edad (excluyendo a los prematuros con peso menor de 2,000 gramos), una vez seleccionados se procede a obtener los expedientes clínicos de los mismos y realizar la medición del indicador. (En caso de haber menos de 5 expedientes que cumplen criterio de selección, se evalúa con el total de expedientes).

Indicador 4.3: Porcentaje de expedientes de niños y niñas con edades entre 2 meses a menor de 5 años que recibieron atención integral en salud (control infantil durante su último control en el periodo evaluado) según normativa.

Metodología para indicador 4.3

 GOBIERNO DE EL SALVADOR MINISTERIO DE SALUD	ESTRATEGICO	E05-IGC-UC- MEC-01
	E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	
VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD	Página 102 de 103

El médico o enfermera es el encargado de realizar la evaluación de los criterios, el personal de archivo para la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad**, la muestra del libro diario de consulta a 5 niñas/os entre las edades de 2 meses y 5 años que recibieron control infantil subsecuente en el mes previo a la evaluación, una vez seleccionados se procede a obtener los expedientes clínicos de los mismos y realizar la medición del indicador. (en caso de haber menos de 5 expedientes que cumplen criterio de selección, se evalúa con el total de expediente que apliquen).

Estándar 5: Todo usuario o usuaria que es referido a un establecimiento de mayor complejidad es retornado a su UNIDADES DE SALUD de origen, cumpliendo con la normativa vigente para el continuo de la atención.

Metodología de evaluación para estándar 5


El médico o enfermera es encargado de realizar la evaluación de los criterios, el personal de archivo para realizar la selección de la muestra debe seguir en la metodología para el registro, evaluación, análisis y uso para toma de decisiones del **literal A. Selección de la muestra a utilizar mensualmente para estándares de conformidad** de pacientes que fueron referidos en el mes a evaluar, una vez seleccionados se procede a obtener los expedientes clínicos de los mismos y realizar la medición del indicador. (en caso de haber menos de 5 expedientes que cumplen criterio de selección, se evalúa con el total de expediente que apliquen).

Estándar 6: Todo establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención esta abastecido con el 80% o más de medicamentos esenciales según normativa vigente

Metodología para evaluación de estándar 6:

Se mide el abastecimiento utilizando el reporte mensual de consumos y existencias de farmacia y almacén de medicamentos del primer nivel de atención, LIME (Listado institucional de Medicamentos Esenciales 1er versión y octava adenda).

Deben calcular el consumo promedio mensual de tres meses anteriores a la evaluación para cada uno de los medicamentos, para obtener el abastecimiento de un mes.

 GOBIERNO DE EL SALVADOR	MINISTERIO DE SALUD	ESTRATEGICO	E05-IGC-UC-MEC-01
		E05-IMPLEMENTARY Y GESTIONAR LA CALIDAD	
VERSIÓN 01	MANUAL DEL USUARIO PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD		Página 103 de 103

El consumo promedio mensual se obtiene del tabulador mensual de medicamentos, sumando los consumos mensuales de tres meses y dividiéndolo entre tres.

Los criterios de evaluación para este indicador *son*:

Abastecimiento según normativa vigente, del 80% o más, de los 55 medicamentos esenciales. Se cumple criterio si el establecimiento cuenta con 80% o más de los 55 medicamentos esenciales.

Medición del estándar 6

El sistema mide este indicador con los 55 medicamentos esenciales, el numerador es el total de medicamentos esenciales de los que se tiene abastecimiento del 80% o más según normativa y el denominador es el total de medicamentos esenciales evaluados. Para la medición de este indicador el instrumento cuenta con los 55 medicamentos esenciales, los cuales tienen la misma ponderación.