

MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

**ESTRATEGIA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA  
CALIDAD EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS**

Ministerio de Salud



**San Salvador, diciembre 2012**

Ministerio de Salud  
Viceministerio de Políticas de Salud  
Viceministerio de Servicios de Salud  
Dirección de Regulación y Legislación en Salud  
Dirección Nacional de Hospitales

**ESTRATEGIA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN  
LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS**

San Salvador, El Salvador

2012.

## **AUTORIDADES**

**Dra. María Isabel Rodríguez**  
**Ministra de Salud**

**Dr. Eduardo Espinoza Fiallos**  
**Viceministro de Políticas de Salud**

**Dra. Elvia Violeta Menjívar**  
**Viceministra de Servicios de Salud**

## **FICHA CATALOGRÁFICA.**

2012 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada a través de: <http://www.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

### **Edición y Distribución.**

Ministerio 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:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud.

Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Dirección Nacional de Hospitales.

**“Estrategia para la mejora continua de la calidad en los servicios hospitalarios”**

1ª. Edición. San Salvador, El Salvador. C.A.

51. Normas, Manuales, Lineamientos y Otros.

## **EQUIPO TÉCNICO**

Dr. Julio Oscar Robles Ticas  
Director Nacional de Hospitales

Dra. Margarita Aquino  
Coordinadora  
Consejo Nacional Calidad Hospitalario

Licda. Clara Luz de Olmedo  
Enfermera Nivel Superior

Licda. Ruth de García  
Colaboradora técnica DNH

Dr. Víctor Odmaro Rivera Martínez  
Director de Regulación y Legislación en Salud

Lic. Fernando Iraheta Flores  
Colaborador Jurídico, Dirección de Regulación  
y Legislación en Salud

Dr. Roberto Monzote  
Asesor Técnico, OPS

## INDICE

Resolución	7
Introducción	8
I. Objetivos	9
II. Alcance	9
III. Premisas	9
IV. Líneas de Acción	10
V. Actividades para el cumplimiento de objetivos	10
VI. Contenidos de la Estrategia	13
VII. Metodología de trabajo	15
VIII. Recomendaciones	17
IX. Indicadores de resultados	18
X. Organización	18
XI. Bibliografía	35

## MINISTERIO DE SALUD

### HOY SE EMITIÓ LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL No. 352 QUE DICE:

“Ministerio de Salud, San Salvador, a los 21 días de mes de diciembre del año dos mil doce. CONSIDERANDO: Que de conformidad a lo prescrito en el Artículo 42 Numeral 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, esta Secretaría de Estado, con el propósito conducir la planificación de intervenciones para la prevención, atención y protección de la salud de la población por ciclo de vida a nivel hospitalario, con calidad y calidez, tomando como base la situación epidemiológica actual; Que es necesario emitir la Estrategia para el mejoramiento de la prestación de servicios hospitalarios, como parte de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, del Ministerio; y Que debe existir una coordinación de intervenciones, sistematizada de forma clara y precisa para la atención integral de la población. POR TANTO: En uso de sus facultades legales, RESUELVE: emitir la siguiente: **“ESTRATEGIA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS”**; en consecuencia a partir de la presente fecha es de obligatorio cumplimiento por parte de todo el personal involucrado, de las Redes Integrales e Integrales de Servicios de Salud. HAGASE SABER. La Titular del Ramo de Salud. (f) M. I. Rodríguez”.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos consiguientes.

**DIOS UNIÓN LIBERTAD**



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "M. I. Rodríguez", is written over a horizontal line.

María Isabel Rodríguez  
Ministra de Salud

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

En los Hospitales Nacionales, se debe perfeccionar la Calidad, desarrollándola de forma consciente y que permita aportar decididamente a la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en adelante RIISS, Para ello es necesaria la sistematización en función de obtener avances sustanciales en esta labor transformadora, mediante la formulación, implementación e implantación de la Estrategia de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios.



## **I. OBJETIVOS**

### **A. General**

Mejorar la calidad de la atención en los servicios hospitalarios que permita aportar al funcionamiento eficiente y eficaz del establecimiento de salud, en marcado dentro de la RIISS, Implementando un liderazgo organizado y coherente con el enfoque de Derecho a la Salud.

### **B. Específicos**

1. Formar una estructura que facilite el desarrollo integral y que permita el desarrollo integral y permanente de la calidad de los servicios hospitalarios.
2. Evaluar integralmente la calidad de los procesos hospitalarios y sus resultados, a través de indicadores estandarizados y medibles para toda la red hospitalaria, definidos por la Dirección Nacional de Hospitales en coordinación con el Comité Nacional de Calidad Hospitalaria (CNCH).
3. Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida.
4. Divulgar la Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios de la institución a todo el personal.
5. Definir indicadores de resultados para todos los niveles de la organización y los objetivos.

## **II. ALCANCE**

La Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios, en adelante EMCSH, se debe implementar en todos los Hospitales del país, ajustándose a su categoría.

## **III. PREMISAS EN RELACIÓN A LA CALIDAD**

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

- A) Adecuarlo al propósito de la organización.
- B) Incluir el compromiso de cumplir con los requisitos y mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
- C) Proporcionar el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.

- D) Debe ser comunicada y adecuarla dentro de la organización.
- E) La Estrategia para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios hospitalarios, debe ser ampliamente conocida por las jefaturas y el personal a fin de que todos se involucren en su ejecución, asegurando que se informe y detalle sobre la misma al personal actual y al nuevo, tanto técnico como administrativo.

#### **IV. LINEAS DE ACCIÓN**

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

#### **V. ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS**

##### **A. Disponer de la estructura que permita el desarrollo integral y permanente de la calidad de los servicios hospitalarios.**

###### **1.1 Dirección Nacional de Hospitales:**

- a) Dirigir la implementación de la EMCSH.
- b) Monitorear, evaluar y dar seguimiento a los resultados de la EMCSH.

- c) Analizar problemas de calidad relacionados con la atención hospitalaria y dar indicaciones para solucionarlos.
- d) Gestionar capacitaciones de la EMCSH, en los diferentes servicios hospitalarios.

### **1.2 El Comité Nacional de Calidad Hospitalario:**

- a) Presentar a las autoridades la EMCSH de la institución, para su aprobación por la Titular del Ramo.
- b) Establecer el cronograma para su implementación.
- c) Disponer de información periódica para el análisis de los resultados de su implementación.
- d) Identificar los problemas de calidad de la atención hospitalaria a fin de recomendar soluciones.
- e) Realizar capacitaciones sobre calidad hospitalaria.
- f) Realizar supervisión y monitoreo de la implementación de la EMCSH.
- g) Definir en coordinación con la Dirección Nacional de Hospitales, los principales indicadores y estándares de calidad hospitalarios.

### **1.3 En Hospitales:**

- a) Conformar la Unidad Organizativa de Calidad, en adelante UOC y garantizar su funcionamiento.
- b) Capacitar al personal sobre la EMCSH.
- c) Cumplir con los instrumentos técnicos jurídicos relacionados con la EMCSH.
- d) Proponer al Consejo Estratégico de Gestión soluciones de impacto, a través de la UOC según evaluación periódica de los indicadores de calidad.
- e) Promover la participación efectiva de los diferentes Comités asesores.

**B. Evaluar integralmente la calidad del proceso asistencial y sus resultados.**

1. Utilizar el enfoque sistémico en la identificación de problemas de calidad, a través del equipo multidisciplinario en la identificación de los pasos de los procesos de atención hospitalaria que afectan la calidad del servicio.
2. Evaluar la calidad de atención hospitalaria mediante el análisis de documentos, en especial el expediente clínico.
3. Identificar los factores de riesgo para los pacientes que se deriven del proceso asistencial proponiendo las medidas para la prevención de los mismos, creando así un ambiente de seguridad y de manejo de riesgos.
4. Identificación, medición y análisis de los eventos adversos que concurren en los pacientes, proponiéndose las medidas correctivas, preventivas sobre la base de la información recopilada.
5. Evaluar los resultados de la implementación de la mejora a los problemas detectados.
6. Realizar investigaciones científicas sobre calidad hospitalaria.

**C. Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares respecto a la atención recibida.**

**D. La Contraloría social sobre la red hospitalaria y cada uno de los hospitales en particular, se ejercerá a través del Foro Nacional de Salud y sus elementos estarán contenidos en un reglamento especial elaborado conjuntamente por la Dirección Nacional de Hospitales y la Dirección del Foro Nacional de Salud. El reglamento en mención deberá contener al menos: frecuencia de las evaluaciones, instrumentos, alcance, actores involucrados (individuales y colectivos), carácter vinculante de las recomendaciones de la evaluación.**

**E. Divulgar la EMCSH de la institución a todo el personal.**

La UOC debe divulgar la EMCSH de la institución a todo el personal, verificando que se tenga comprensión del problema, así como capacitación y desarrollo de competencias; de tal manera que la calidad esté inmersa en toda atención al paciente, es necesario unir esfuerzos dirigidos hacia el logro de la mejora continua de la calidad.

La implementación de la EMCSH se debe definir como componente prioritario del trabajo del de todo personal institucional sin excepción, para generar la mejora continua de la calidad y la obtención de los resultados planificados.

## **F. Definir los principales indicadores y estándares de calidad hospitalarios.**

1. El indicador de resultado como elemento básico del sistema de control de calidad (o monitorización), constituye una guía para evaluar, valorar y controlar la calidad de aspectos importantes en la práctica asistencial y permite compararlos con los objetivos o características de calidad acordados o esperados.
2. Los indicadores deben cumplir los siguientes requisitos: validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad, deben ser exactos, precisos y fácilmente obtenibles.
3. Para el análisis y evaluación de los indicadores, deben ser agrupados por procesos.
4. Los indicadores de resultados miden la calidad de los procesos y sus normas (estándar) y de la atención al paciente, de forma directa o indirecta, reflejan criterios clínicos de actuación, grado de utilización de los servicios, habilidad y desempeño.
5. El producto del proceso se mide por los indicadores de resultados.
6. Constituyen un instrumento para la mejora continua de la calidad, no deben ser considerados un fin en sí mismos y deben estar acompañados de las evaluaciones cualitativas.

## **VI. CONTENIDOS DE LA ESTRATEGIA.**

### **A) Auditoría y evaluación de la actividad médica.**

1. Valoración mediante la observación de la atención del paciente: ingresado en los diferentes servicios de hospitalización, atendido en la unidad de emergencia, consulta externa, farmacia y laboratorio.
2. Evaluación del expediente clínico según el muestreo de la evaluación interna.
3. Informar periódicamente a la UOC del resultado de los análisis realizados.

### **B) Evaluación de la actividad quirúrgica.**

1. Cumplimiento de la programación de cirugías.
2. Procedimientos que se llevan a cabo tanto en los procesos pre-operatorio, trans-operatorio y post-operatorio.

3. Revisar la indicación médica para aclarar si es pertinente la indicación de la cirugía o la pertinencia de las indicaciones a cumplir previo al procedimiento.
4. Índice de correlación quirúrgico - patológico.
5. Complicaciones quirúrgicas y anestésicas.
6. Comportamiento de las infecciones postquirúrgicas.
7. Porcentaje de re - intervenciones quirúrgicas.
8. Evaluar encuestas y entrevistas a usuarios en relación a la atención en servicios de atención quirúrgica.
9. Porcentaje de cirugía mayor (electiva y de emergencia).
10. Porcentaje de cirugía laparoscópica.
11. Porcentaje de cirugía ambulatoria.
12. Rendimiento quirúrgico por quirófano y por especialidad.
13. Porcentaje de cirugías suspendidas por causa interna y externa.

C) Evaluación de la cirugía segura.

1. Garantía de consentimiento informado del mismo paciente o del familiar responsable mas cercano en caso que el paciente no esté en condiciones de valerse por sí mismo.
2. Contenido del Reporte Post-quirúrgico.

D) Evaluación de la mortalidad hospitalaria y de la mortalidad materna y perinatal.

1. Analizar los informes de las evaluaciones de todas las muertes de cada servicio a fin de obtener la información que permita establecer un control adecuado y un mejoramiento progresivo de la calidad.
2. Índice de necropsias por servicios.
3. Concordancia clínico-patológica.

- E) Evaluación del riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria. (De acuerdo a lo establecido en el instrumento técnico jurídico correspondiente.
- F) Evaluación del uso seguro de medicamentos.
- G) Evaluación del riesgo de caídas.
- H) Integración de la información.
- I) Evaluación de la indicación para uso de sangre y hemoderivados.
- J) Integración de los procesos de atención en las RIISS.
- K) Evaluación de la información al usuario.
- L) Evaluación de la percepción del usuario de la atención sanitaria recibida.
- M) Evaluación del impacto de la implementación de la EMCSH.
- N) Investigación en relación con la calidad en los servicios.

## **VII. METODOLOGÍA DE TRABAJO.**

### **A. Información y socialización.**

1. Socialización y divulgación de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados a la calidad.
2. Elaboración del Plan de Calidad Institucional.
3. Capacitación y desarrollo del recurso humano en calidad y seguridad del paciente, considerando los siguientes aspectos:
  - a) Enfoque al paciente, familia y comunidad.  
Todas las acciones en salud deben estar orientadas al usuario, su grupo familiar y su comunidad dentro de las RIISS.
  - b) Enfoque sistémico y de procesos.  
La identificación de fallas del sistema de atención sanitaria, debe enfocarse en un análisis causal a través del enfoque sistémico (entrada, proceso y salida) y de procesos interrelacionados entre sí, para el cumplimiento de objetivos planteados por la Institución en beneficio de los usuarios. Para el manejo de los problemas tomar en cuenta el trabajo en equipo multidisciplinario.
  - c) Enfoque basado en evidencias.

Evidencia objetiva, medible, con información actualizada y con resultados, para la toma de decisiones acertadas.

- d) Manejo de los riesgos.  
En el análisis de resultados se deben tomar en cuenta las acciones o intervenciones para minimizar los riesgos según la falla de la calidad identificada.
- e) Planificación participativa y trabajo en equipo.  
Para todo proceso de mejora, se debe documentar lo planificado y la participación de equipos de mejora o círculos de calidad, que deben conformarse según los problemas identificados y priorizados. Se debe involucrar al recurso humano en los diferentes niveles y así aprovechar sus destrezas y compromisos con la calidad en el desempeño de sus funciones.
- f) Corresponsabilidad.  
Todos los recursos humanos del Hospital, con sus diferentes funciones, son responsables que se desarrolle bien la Institución, reflejado a través de la participación y compromiso con la calidad en el desarrollo de sus actividades.

**B. Establecer el cronograma de la implementación de la Estrategia de Calidad y ejecución de la misma, documentado en el Plan Operativo Anual.**

**C. Elaboración e implementación de planes de mejora o proyectos.**

Incorporar estrategias de intervención para mejorar la calidad y seguridad del paciente, con énfasis en la gestión de riesgos a través de la aplicación del ciclo de mejora (PHVA o de Deming). Los cuales deben documentarse y darle seguimiento y acompañamiento en su implementación cuando sea requerido.

**1. Evaluación, supervisión y monitoreo.**

Interna y Externa ambas deben incluir lo siguiente:

- a) Desarrollo de herramientas de monitoreo y evaluación de cada área de trabajo, que evidencien objetivamente las actividades relevantes que se realizan en esa área relacionadas con la calidad.
- b) Se debe realizar periódicamente en las diferentes áreas o servicios de atención; para realizarla debe participar el Coordinador o Jefe del servicio en forma conjunta con los miembros de la UOC de ser necesario.
- c) Se debe establecer el plan del monitoreo y evaluación que permita conocer las carencias y tendencias de los procesos.



- d) La toma de decisiones debe basarse en resultados obtenidos de análisis de los problemas priorizados.
- e) Autoevaluación.
- f) Evaluación de resultados de los Comités institucionales y de los equipos de mejora.

**2. Retroalimentación de resultados.**

**3. Recolección de datos.**

- a) Utilización del instrumento de recolección de datos diseñado para este fin.
- b) Análisis de resultados para identificación de problemas y proponer alternativas de solución.

**4. Informes.**

- a) Informes de resultados mensuales o cuantas veces sea requerida por la DNH o por la Dirección del Hospital.
- b) Informes de auditoría administrativa, con participación multidisciplinaria y con el/la jefe del servicio, para verificar los avances en la implementación de la Estrategia según áreas de atención y sus propuestas de mejora.
- c) Informes de los planes de mejora elaborados según priorización, para asegurar que la no conformidad se repita y minimizar las causas de los riesgos potenciales, con el registro respectivo de resultados y verificar si las acciones implementadas fueron efectivas o no.

**VIII. RECOMENDACIONES**

- A) Establecer compromisos de mejora en todos los niveles organizativos de la institución, incorporando en los mismos las recomendaciones producto de la Contraloría social.
- B) Desarrollar nuevas estrategias.
- C) Elaboración y modificación de procesos.
- D) Autoevaluación.
- E) Evaluación constante según nivel de responsabilidad.

- F) Actualización de los planes de mejora.
- G) Capacitación continua en calidad y seguridad del paciente.
- H) Solicitar asesoría técnica en base a los problemas identificados.

## **IX. INDICADORES DE RESULTADOS**

Estos indicadores miden el producto de los procesos de atención, es decir de su calidad para evaluarlos y compararlos con los objetivos o metas esperadas.

- A) Porcentaje del grado de satisfacción del usuario interno y externo.
- B) Prevalencia de eventos adversos post transfusionales entre otros.
- C) Tasa de infecciones intrahospitalaria, por tipo, global y por servicio.
- D) Número de brote de infección, global y por servicio.
- E) Letalidad de la infección intrahospitalaria, según tipo, global y por servicio.
- F) Porcentaje de mortalidad bruta y neta por servicio.
- G) Mortalidad infantil, fetal tardía y neonatal precoz.
- H) Letalidad por diferentes enfermedades crónicas, tales como infarto agudo del miocardio, accidente cerebro vascular, asma, diabetes, entre otras.
- I) Índice de necropsia o autopsia.
- J) Correlación diagnóstica clínico-patológica y por servicio.
- K) Porcentaje de ocupación, rotación de cama, promedio de días estancia.
- L) Costo día cama, costo de principales patologías y de procedimientos quirúrgicos.

## **X. ORGANIZACIÓN.**

La EMCSH debe ser conducida por el Director del Hospital, como máximo responsable, asimismo debe nombrar a través de resolución al responsable de la UOC.

El Director debe designar a los miembros de los diferentes Comités, los cuales realizarán su trabajo Ad Honores, durante el período para el que fueren nombrados.

### **Unidad organizativa de calidad (UOC).**

Unidad encargada de orientar, asesorar y controlar las diferentes actividades relacionadas con la EMCSH y estará subordinada al Director del Hospital.

El Jefe de la UOC, debe asesorar al Consejo Estratégico de Gestión de la institución. Cada Hospital, ajustándose a su categoría y necesidades, debe constituir los Comités asesores para el cumplimiento de la EMCSH, que dependen técnicamente de la UOC, con base al Reglamento General de Hospitales, siendo los siguientes:

**UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC)**  
**Comité de Ética**

OBJETIVO	ESTRUCTURA	FUNCIONES	PROCEDIMIENTO
<p>Verificar el cumplimiento de las normas éticas y morales, en el desempeño de las funciones diarias del personal, así como en los procesos de investigación técnico-científicas.</p>	<p>Debe constituirse por un Coordinador y por cuatro miembros, representativos del resto de disciplinas del Hospital, con representatividad de las mismas y que tengan valores éticos y morales, reconocidos por el personal</p>	<p>a) Difundir entre el personal técnico y administrativo los Instrumentos Técnicos Jurídicos relacionados con la ética.</p> <p>b) Evaluar actos contra la moral en general.</p> <p>c) Evaluar transgresiones a la normativa.</p> <p>d) Evaluar la conducta con el personal técnico y administrativo.</p> <p>e) Verificar el cumplimiento de la normativa en todo acto profesional y laboral.</p> <p>f) Capacitar a todos los profesionales y proponer los Instrumentos técnicos jurídicos requeridos.</p>	<p>En caso de tener conocimiento de actos que atenten contra la ética, el Comité debe elaborar el informe por escrito, dirigido al Director del Hospital, previo análisis del mismo, para la implementación de medidas correctivas, de acuerdo a la gravedad de la falta cometida, con base a los Instrumentos técnicos jurídicos aplicables.</p>

**Comité de Auditoría Clínica**

OBJETIVO	ESTRUCTURA	FUNCIONES	PROCEDIMIENTO
<p>Evaluar la calidad de las actividades que se desarrollan en el proceso de atención de los pacientes de forma retrospectiva y concurrente.</p>	<p>Debe estar constituido por un Coordinador y otros miembros que se estimen pertinentes, asegurando la representación de personal de enfermería en el mismo.</p> <p>La composición y número de miembros del Comité debe estar acorde con el tipo, perfil y especialidades con que disponga el Hospital, debiendo estar integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores de reconocido prestigio y autoridad en el Hospital.</p>	<p>Evaluar el resultado de la calidad del proceso de atención de forma Integral y permanente que se brinda en el Hospital a través del análisis de las actividades asistenciales, identificando los problemas y proponiendo las soluciones pertinentes. Esta evaluación debe considerar la efectividad de esos resultados y se llevará a cabo de la forma siguiente:</p> <p>a) Valoración mediante la observación participativa y preguntas del manejo y atención del paciente ingresado en Hospitalización, en Unidades de Cuidados Intensivos, Unidad de Emergencias, Consulta Externa, Sala de operaciones y cualquier otro lugar del Hospital donde se encuentre el paciente.</p> <p>b) Evaluación del expediente clínico de forma retrospectiva, según el muestreo establecido en la evaluación interna.</p> <p>c) Realizar las investigaciones que necesarias para la solución de los problemas identificados.</p> <p>d) Informar periódicamente a la</p>	<p>El Comité debe analizar la información aportada por sus integrantes, sobre la identificación de problemas en la prestación de servicios. Este trabajo se debe realizar de forma concurrente y retrospectiva.</p> <p>La evaluación concurrente se debe realizar mediante el siguiente procedimiento:</p> <p>a) El Comité se dirigirá a los servicios, Salas y Departamentos hospitalarios para evaluar la prestación de servicios al paciente ingresado, en el momento en el que la atención médica se está proporcionando, revisando técnicas y procedimientos médicos y paramédicos, evaluación diaria del estado clínico del paciente, discusión de casos, así como la calidad del expediente clínico, entre otros, debiendo ser evaluados un número de servicios acorde a las necesidades y características de cada institución hospitalaria.</p> <p>b) Incluye entrevistas, encuestas, evaluaciones de la atención en los servicios de Emergencias, Consulta Externa y cualquier lugar donde se encuentre el paciente.</p> <p>c) Las evaluaciones que se desarrollen por el Comité en las diferentes Áreas del Hospital, se deben realizar sin aviso previo.</p>

		unidad organizativa de calidad del resultado de los análisis realizados en el comité.	
--	--	---	--

## Comité para la Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.

OBJETIVO	ESTRUCTURA	FUNCIONES	PROCEDIMIENTO
<p>a) Contribuir a mejorar la calidad de la atención hospitalaria y materializar con la máxima eficiencia los objetivos del control de las Infecciones en la atención sanitaria.</p> <p>b) Establecer prioridades entre los problemas de infecciones y de mortalidad identificados, definir estrategias de prevención y control para aquellos problemas considerados de primer orden dentro del Hospital.</p>	<p>Se debe conformar con el epidemiólogo o médico con capacitación en el Área, personal de enfermería, inspector de saneamiento y personal de administrativo.</p>	<p>a) Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de los miembros del Comité, así como, las de los Servicios o Departamentos vinculados con la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS).</p> <p>b) Verificar el cumplimiento de los Instrumentos Técnicos Jurídicos y procedimientos para la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, sobre la base de las indicaciones nacionales, ajustadas a las condiciones institucionales.</p> <p>c) Garantizar el sistema de vigilancia de las IAAS hospitalarias tomando como base las necesidades y peculiaridades de cada hospital.</p> <p>d) Definir la magnitud de las IAAS y de la mortalidad por esta causa, determinando servicios y localización de infecciones más frecuentes y los factores de riesgo asociados.</p>	<p>a) Mantener actualizados los aspectos microbiológicos relacionados con las infecciones hospitalarias, en especial los mapas microbianos por servicios. La sensibilidad y resistencia a los antimicrobianos en uso, que debe ser la base para el desarrollo de una política adecuada de racionalización en el uso de los antibióticos, antisépticos, y desinfectantes.</p> <p>b) Sistematizar la atención médica integral del equipo de salud del Hospital, controlando los riesgos laborales (biológicos) en el medio hospitalario, con el fin de disminuir la morbilidad por estas causas, exigiendo el cumplimiento de los programas de vacunación establecidos y otros que se determinen en el plan de acción diseñado a partir de la realización del Análisis de Situación de Salud Integral.</p> <p>c) Establecer y evaluar el cumplimiento de las acciones de capacitación al personal y a los miembros del Comité en relación a la prevención y control de las Infecciones hospitalarias, así como el impacto de estas en los indicadores epidemiológicos.</p> <p>d) Controlar que en el Hospital se garantice el saneamiento ambiental básico.</p>

### Comité de Evaluación de Medicina Transfusional.

OBJETIVO	ESTRUCTURA	FUNCIONES	PROCEDIMIENTO
<p>Implementar estrategias viables y factibles, que aseguren el uso eficiente de la sangre y sus componentes, mediante la promoción, implementación, seguimiento y evaluación sistematizada de las buenas prácticas de su uso.</p>	<p>Debe ser conformado por el profesional responsable de Servicios de sangre, como coordinador, un representante administrativo, uno de enfermería, personal médico, trabajo social, y uno de la Región, en casos requeridos por la categoría del Hospital.</p>	<p>a) Elaborar el Plan Operativo Anual.                      b) Diseñar y divulgar el procedimiento para la práctica de transfusiones.                      c) Apoyar la gestión del Banco de sangre, a fin de obtener oportunamente los insumos requeridos.                      d) Promover la educación continua, en este tema.                      e) Promover alternativas al uso de la sangre.                      f) Mantener la coordinación con otros comités similares.                      g) Realizar auditorías, relacionadas con el uso de la sangre.                      h) Compartir de forma sistemática, el resultado de las auditorías, con el personal de los diferentes servicios médicos y de apoyo.</p>	<p>Implementar estrategias viables y factibles, que aseguren el uso eficiente de la sangre y sus componentes, mediante la promoción, implementación, seguimiento y evaluación sistematizada de las buenas prácticas de su uso.</p>



### Comité de Lactancia Materna

OBJETIVO	ESTRUCTURA	FUNCIONES	PROCEDIMIENTO
<p>Promover, proteger y apoyar práctica de lactancia materna en los diferentes Hospitales de las RIISS, fomentando el apego precoz y la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, iniciando con la promoción de la misma, desde el control prenatal.</p>	<p>Debe estar conformado de preferencia por pediatra, quien fungirá como coordinador, además por personal del área administrativa, personal de enfermería, nutrición y personal de apoyo.</p>	<p>a) Apoyar la implementación de la Política Nacional de Lactancia Materna.                      b) Desarrollar capacitaciones para el personal.                      c) Promover la lactancia materna desde el control prenatal.                      d) Identificar niños ingresados en el hospital que no reciben lactancia materna.                      e) Coordinar con otras instituciones u organizaciones, el desarrollo de la estrategia.</p>	<p>a) Promover la lactancia materna exclusiva, desde el control prenatal como método de alimentación insustituible para el recién nacido.                      b) Impulsar y apoyar las estrategias para la creación y desarrollo de los bancos de leche.                      c) Desarrollar metodologías a fin de incrementar la práctica de lactancia materna en los servicios de pediatría y consulta externa.                      d) Coordinar con el Comité Nacional de Lactancia Materna y alimentación del lactante.</p>

## Comité de Seguridad y Salud Ocupacional

OBJETIVO	ESTRUCTURA	FUNCIONES	PROCEDIMIENTO
<p>Cumplir los requisitos de seguridad y salud ocupacional que deben aplicarse en el Hospital, a fin de garantizar un nivel adecuado de protección y seguridad para el personal.</p>	<p>Debe estar conformado por partes iguales de los representantes electos por el Hospital y de los trabajadores, respectivamente, así como por los delegados de prevención.</p>	<p>d) Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de la política y las intervenciones para la prevención de riesgos ocupacionales.  e) Promover iniciativas sobre procedimientos para la efectiva prevención de riesgos.  f) Vigilar el cumplimiento de la legislación e instrumentos técnicos jurídicos relacionados.  g) Elaborar el Reglamento interno de funcionamiento.  h) Coordinar con otros Comités en la RIISS.</p>	<p>a) Investigar objetivamente las causas que motivaron los accidentes y las enfermedades profesionales.  b) Proponer al personal, la adopción de medidas de carácter preventivo, mediante la elaboración de propuestas por escrito.  c) Instruir al personal sobre los riesgos propios de la actividad laboral.  d) Inspeccionar periódicamente los sitios de trabajo, a fin de identificar condiciones físicas y mecánicas inseguras</p>

### Comité para desastres, emergencias y contingencias.

OBJETIVO	ESTRUCTURA	FUNCIONES	PROCEDIMIENTO
<p>Establecer las medidas de manejo adecuado del riesgo y de los desastres, coadyuvando con medidas de preparativos y respuesta.</p>	<p>Debe estar conformado por personal multidisciplinario, incluyendo al personal administrativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Elaborar el Plan contingencial en base a la estructura establecida.</li> <li>b) Elaborar el cronograma de trabajo, que incluya tareas, responsables, plazos y recursos necesarios.</li> <li>c) Validación del Plan, con participación multidisciplinaria tanto técnica como administrativa.</li> <li>d) Divulgar, capacitar y entrenar al personal, en relación al contenido del Plan.</li> <li>e) Promover el cumplimiento de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados.</li> <li>f) Coordinar con el Sistema Nacional de Protección Civil.</li> <li>g) Elaborar y actualizar cada año el directorio de instituciones y personal clave ante situaciones de desastres, emergencias y contingencias vinculados al Sistema Nacional de Protección Civil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Conformación del equipo técnico.</li> <li>b) Revisión técnica del Plan.</li> <li>c) Identificación de los recursos disponibles y necesarios para el proceso, y establecer las coordinaciones necesarias.</li> <li>d) Organización de simulación o simulacros</li> </ul>

### Comité de actividad quirúrgica hospitalaria.

OBJETIVO	ESTRUCTURA	FUNCIONES	PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN CONCURRENTE	EVALUACIÓN RETROSPECTIVA
<p>Evaluar de forma integral todas las acciones que se realizan en el proceso de atención al paciente durante la actividad quirúrgica</p>	<p>Este Comité debe estar conformado por un Coordinador y cirujanos de diversas especialidades, patólogos, anestesiólogos, enfermeras o cualquier otro personal que sea necesario, sin faltar la representación de cada uno de los servicios quirúrgicos de acuerdo a la complejidad de la institución. El Coordinador debe ser cirujano con experiencia</p>	<p>a) Evaluar el cumplimiento del plan quirúrgico.                      b) Evaluar los procedimientos que se llevan a cabo durante el pre-operatorio, el acto anestésico quirúrgico y el post-operatorio.                      c) Determinar la plena justificación médica de la intervención quirúrgica practicada.                      d) Precisar si la magnitud de la intervención realizada es adecuada, según lo establecido para las diferentes especialidades en las Guías Clínicas.                      e) Validar los</p>	<p>a) El Comité se debe reunir semanalmente para analizar la información recogida por sus miembros durante el trabajo de identificación de problemas.                      b) Dadas las características de los resultados de las evaluaciones del trabajo y los problemas detectados se podrán convocar reuniones extraordinarias.                      c) Realizará sus funciones a través de evaluaciones</p>	<p>a. Esta evaluación la debe realizar el Comité, en Sala de operaciones durante la realización del procedimiento anestésico-quirúrgico, en la cual evaluarán todos los procesos que se realicen en el acto quirúrgico, en los períodos el pre y post-operatorios.                      b. Si durante el proceso de evaluación concurrente se detectan deficiencias que se considere puedan tener serias consecuencias, se debe garantizar su solución inmediata,</p>	<p>Durante las evaluaciones se deben revisar los documentos que a continuación se relacionan, para calificar la atención médica quirúrgica en la Historia Clínica, que incluyen:</p> <p>a) La programación de la cirugía.                      b) El informe operatorio.                      c) El informe del estudio histológico, si lo hubiera.                      d) El informe de necropsia.                      e) Opiniones de especialistas</p>

	<p>profesional, administrativa y de reconocido prestigio en la práctica quirúrgica.</p>	<p>diagnósticos preoperatorios con los hallazgos quirúrgicos y los diagnósticos anatomopatológicos cuando se haya extirpado tejido, determinando el índice de correlación quirúrgico-patológico.</p> <p>f) Evaluar los accidentes quirúrgicos y anestésicos teniendo en cuenta sus causas, la trascendencia de éstos y la responsabilidad individual.</p> <p>g) Evaluar el comportamiento de la infección postquirúrgica en sitios quirúrgicos, donde se incluye infección en el sitio quirúrgico limpio.</p> <p>h) Evaluar la totalidad de las re intervenciones en cirugías electivas y urgentes.</p> <p>i) Revisar situación de</p>	<p>concurrentes y retrospectivas.</p>	<p>comunicándolo rápidamente a las instancias administrativas correspondientes.</p> <p>c. El Comité debe dirigirse a los Servicios, Salas y Departamentos para evaluar el proceso de atención del paciente quirúrgico ingresado, en el momento en que la atención médica se está produciendo, revisando técnicas y procedimientos médicos y paramédicos, evaluación diaria del estado clínico del paciente, discusión de casos, así como la calidad de la historia clínica, debiendo ser evaluadas un número de salas mensualmente, que estará en dependencia de las</p>	<p>consultados.</p> <p>Informe de la evaluación pre-anestésica.</p> <p>El resultado de la evaluación retrospectiva y concurrente debe informarse de forma periódica a la UOC.</p> <p>Evaluar la actividad quirúrgica el análisis de los indicadores de resultado del programa quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento del Plan de Intervenciones Quirúrgicas de la Unidad y por Servicios y Especialidades, causas de incumplimiento y medidas tomadas.</li> <li>• Porcentaje de cirugías mayores.</li> <li>• Porcentaje de cirugías mayores electivas.</li> <li>• Porcentaje de cirugías mayores de urgencia.</li> </ul>
--	---	--	---------------------------------------	--	---

		<p>aseguramientos y de la capacidad disponible.</p> <p>j) Controlar el registro de programación quirúrgica.</p> <p>k) Realizar encuestas y entrevistas a usuarios.</p> <p>l) Favorecer el desempeño de los profesionales a partir de las experiencias identificadas en el análisis de los procesos</p>		<p>necesidades y características de cada Hospital.</p> <p>d. Incluye entrevistas, encuestas, visitas a los Unidad de Emergencias, Consulta Externa y cualquier lugar donde se encuentre el paciente, para valorar su atención.</p> <p>e. Las evaluaciones que se desarrollen por el Comité, se deben realizar sin aviso previo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias.</li> <li>• Porcentaje de reintervenciones.</li> <li>• Porcentaje de cirugías de mínimo acceso, del total de cirugías mayores.</li> <li>• Porcentaje de infecciones en el sitio quirúrgico limpio.</li> <li>• Rendimiento quirúrgico por Sala de operaciones y por cirujano.</li> <li>• Índice de correlación quirúrgico – patológico.</li> <li>• Número de operaciones suspendidas, por causas del paciente o institucionales.</li> </ul>
--	--	--	--	---	---

## Comité Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria

OBJETIVO	ESTRUCTURA	FUNCIONES	PROCEDIMIENTO	Parámetros para establecer el fallecido con problemas en la atención médica.
<p>Evaluar los fallecidos del Hospital, a fin de obtener la información que permita establecer el control y mejoramiento de la calidad de la atención, docente y científica del Hospital.</p>	<p>El Comité de Evaluación de la Mortalidad debe estar integrado por un coordinador y tantos miembros como resulte necesario, principalmente de los servicios que influyan en la mortalidad hospitalaria.</p>	<p>a) Evaluar la calidad de la atención que se brinda en el Hospital, a través del análisis de la atención proporcionada a los pacientes que hubieren fallecido, para identificar los problemas existentes, precisando las soluciones pertinentes. Esta evaluación debe llevar implícita la valoración de la efectividad de los resultados y debe tener en cuenta la revisión de todos los fallecidos haciendo énfasis en los que</p>	<p>a) Analizar semanalmente para los informes de las evaluaciones de todos los fallecidos de cada servicio.                      b) Conocer mediante el informe del departamento de Registros Médicos, el número de fallecidos correspondientes a cada mes, por servicio y el número de autopsias realizadas, si las hubiere.                      c) Registrar las defunciones en las que se han detectado problemas en la atención médica de cada servicio y el análisis de éstos, informando de inmediato a la UOC acerca de cualquier desviación detectada.                      d) Evaluar en lo referente a la mortalidad y letalidad, causas, tasas y acciones encaminadas al mejoramiento del estado de salud de la población, haciendo énfasis en las enfermedades determinantes.                      e) Vigilar el comportamiento de indicadores trazadores como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principales causas de mortalidad</li> </ul>	<p>Se debe considerar fallecido con problemas en la atención médica, cuando en el análisis el Comité concluya que, no hubo correlación clínico - patológica o en el proceso de diagnóstico o tratamiento ocurrieran eventos adversos por diferentes causas, como omisiones, imprecisiones o errores, que afectaron el resultado de la atención médica.</p>

		<p>se han identificado problemas o dificultades.</p> <p>b) Seleccionar los fallecidos que por su interés docente o científico ameriten una discusión especial en Reuniones Clínico-Patológicas.</p> <p>c) Rendir información periódica del trabajo realizado y de los hallazgos en la evaluación a la UOC. El abordaje de situaciones urgentes, las viabilizará a través de la dependencia administrativa correspondiente, para su solución.</p> <p>d) Realizar investigaciones necesarias.</p>	<p>por servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de autopsias por servicios.</li> <li>• Concordancia clínico - patológica.</li> <li>• Índice de corrección de certificados médicos de defunción.</li> </ul> <p>f) Establecer las coordinaciones necesarias con medicina forense, para la obtención del resultado de autopsias médico legales, de los pacientes fallecidos en la institución, por causas de violencia.</p>	
--	--	---	---	--

**Nota: El Comité Farmacoterapéutico y de Tecnología Sanitaria se debe regir de acuerdo a lo establecido en el Manual de Organización y Funciones de los Comités Farmacoterapéuticos y de Tecnología Sanitaria.**



**UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD (UOC)  
Comité de Contraloría Social**

OBJETIVO	ESTRUCTURA	FUNCIONES	PROCEDIMIENTO
<p>Evaluar la pertinencia y la calidad de la respuesta hospitalaria desde el punto de vista de la población del área de responsabilidad del hospital.</p> <p>Posibilitar la participación social y comunitaria para facilitar el cumplimiento de la misión hospitalaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un Coordinador designado por la Unidad por Un Derecho a la Salud.</li> <li>2. Dos coordinadores adjuntos el primero sera el Director del Hospital y el Segundo que será designado por el Foro Nacional de Salud.</li> <li>3. Tres miembros del hospital representantes del área de servicios (Emergencia, consulta externa, servicios de pacientes ingresados, laboratorio, etc.).</li> <li>4. Tres miembros de la comunidad designados por el Foro Nacional de Salud.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identificar quejas y sugerencias de los usuarios respecto al desempeño de todo el personal que labora o practica en el hospital.</li> <li>b. Diseño y realización de encuesta de satisfacción a usuario semestral.</li> <li>c. Identificar las áreas susceptibles de apoyo por parte de la comunidad y formulación de planes específicos para concretar dicho apoyo.</li> <li>d. vigilar y reportar en el seno del comité actividades reñidas con la honestidad, ética, o presencia de corrupción en las que se involucre el personal hospitalario y las personas ajenas al mismo.</li> <li>e. hacer recomendaciones para el plan de mejora continua de la calidad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. El comité se reunirá cada dos mese.</li> <li>b. Contara con una Planificación Anual Operativa.</li> <li>c. Diseñara y ejecutara los instrumentos de evaluación de satisfacción de usuario.</li> <li>d. El comité de Contraloría Social sera el responsable de elaborar el informe anual de rendición de cuentas y organizar el evento de rendición de cuentas a la población del área de responsabilidad del hospital en un acto publico y abierto.</li> </ol>

## Bibliografía

1. Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública, XVIII Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno, 2008.
2. Manual de Normas y Procedimientos OPS-OMS1990.
3. Santos Peña M. Auditorías de Calidad. Boletín IRAM. Buenos Aires, Febrero 2003.
4. Gálvez, G. A. N. El Concepto de Eficiencia en Salud: C. Habana 2002.
5. Donabedian Calidad de la Atención Médica. Rev. de Salud Pública. México 1990: 225-23.
6. AHRQ Agencia de Investigación de la Calidad de los Servicios Médicos EEUU 2000.
7. Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales: documentos técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud.
8. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud; 2007.
9. MINSAP, Cuba, Programa de Perfeccionamiento Continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios 2007.
10. Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, El Salvador, 1996.
11. Mejoramiento Continuo de la Calidad, El Salvador, 2009.
12. Guía Técnica de Mejora continúa de la Calidad, El Salvador, 2009.
13. Norma para el control de las infecciones en la atención sanitaria el salvador, 2010  
OPS file: //A:-Glosario de términos-modelo de garantía de calidad. HTM
14. Ramos D, B N. Control de Calidad de la Atención de Salud Editorial Ciencias Médicas. 2004.