



DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y
ACREDITACIÓN

ESTÁNDARES DE CALIDAD
PARA EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN EN SALUD



LIMA, PERÚ
JULIO DEL 2002



MINISTERIO DE SALUD

Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención en Salud

DIRECTORA GENERAL

Dra. René Luisa Hidalgo Jara

Dirección General de Salud de las Personas

DIRECTOR GENERAL ADJUNTO

Dr. Hernán García Cabrera

Dirección General de Salud de las Personas

DIRECTOR EJECUTIVO DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Seimer Escobedo Palza

Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud

DIRECTORA GARANTÍA DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN

Lic. Ina Vigo Obando

Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación

Documento elaborado a partir de los Talleres Regionales de Formulación del Programa de Gestión de la Calidad y el Taller de Formulación de Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención.

Consolidado y revisado por la Comisión de Redes:

Oscar David Aguirre Sánchez	DISA Cajamarca
Leyla De La Torre Poma	DISA Ayacucho
David Gordillo Inostroza	DISA Ayacucho
Manuel Burgos Zavaleta	DISA La Libertad
Francisco Chura	DISA Tacna
César Morón Pastor	DISA San Martín
José Baca Carrillo	DISA Lima Este
Ana Borja Hernani	DGCA
José Luis Solano	DGCA

Redactado por:

Ina Vigo Obando	DGCA
Ramiro Carbajal	DGCA
Borman Cerna Palomino	DGCA
Milton Morales BendeZú	DGCA

Lima - Perú, Julio del 2002

Índice

INTRODUCCIÓN	4
1. PROPÓSITO Y PRINCIPIOS	
1.1 Propósito de los estándares de calidad	5
1.2 Objetivos	6
1.3 Principios para el desarrollo de estándares	6
2. ELEMENTOS GENERALES	
2.1 Modelo de Evaluación	7
2.2 Atributos de Calidad	7
2.3 Estándares de Calidad	8
2.4 Indicadores	10
3. ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	12
3.1 Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención	17
3.2. Indicadores de Calidad para el Primer Nivel de Atención	27

Introducción

En los últimos años, los países han tenido importantes transformaciones en la organización de su Sistema Nacional de Salud, que han involucrado la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud. De ello se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El Sistema de Gestión de la calidad, del Ministerio de Salud del Perú identifica la calidad como un principio básico de la atención de salud, estableciendo que calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los usuarios en la búsqueda constante de su satisfacción. El sistema considera entre sus componentes el de Información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permiten contar con evidencias de la calidad de manera sistemática y continua.

En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, que serán medidos por un conjunto de indicadores, a través de metodologías y herramientas que permitirán identificar el nivel de progreso hacia los niveles deseados de calidad.

El presente documento contiene los Estándares e Indicadores de Calidad para el Primer Nivel de Atención, los mismos que han sido formulados de manera concertada con equipos de las direcciones desconcentradas del Ministerio de Salud, entidades públicas y privadas involucradas en el tema y organismos de cooperación técnica, considerando los requisitos recomendados y las experiencias previas desarrolladas a nivel nacional e internacional en el tema.

Los estándares forman parte del componente de Garantía de la Calidad constituyendo la base normativa del proceso de autoevaluación, que a su vez alimenta a los procesos planificación y de mejoramiento continuo de la calidad.

Los estándares son requerimientos indispensables que debe cumplir un establecimiento de salud para garantizar una adecuada calidad en la prestación de salud, y serán sometidos a revisiones periódicas para su actualización en base a los logros obtenidos y a los avances científicos y tecnológicos en salud .

1. PROPÓSITO Y PRINCIPIOS

1.1 Propósito de los Estándares de Calidad

Brindar seguridad a los usuarios que acuden a los servicios de salud, al garantizar el cumplimiento de estándares de calidad en el funcionamiento de las unidades prestadoras del primer nivel en el país.

Definiciones acerca de los términos

- Brindar seguridad a los usuarios: constituye la razón de ser de los estándares y justifica su existencia al ligarlos a una de las funciones fundamentales del Estado en el sistema de salud, garantizar el derecho de las personas a recibir atención de salud de calidad.
- Garantizar el cumplimiento: Implica la obligatoriedad en el cumplimiento de los estándares, pues su omisión estaría significando la existencia de un servicio de salud que no garantiza condiciones de seguridad al usuario.
- Estándares de calidad: Condiciones esperadas de calidad, para el presente caso implica que los estándares seleccionados no son exhaustivos, ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el óptimo funcionamiento de un servicio de salud.

Incluyen aquellos que considerados como los más importantes, es decir para los cuales hay evidencia de que su ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud de las personas en la prestación del servicio.

- Para el funcionamiento en el país: La aplicación de los estándares debe ser uniforme en todo el territorio nacional.
- De un prestador de servicios de salud del MINSA: Limita el alcance de los estándares, entendiéndose como prestadores de servicios de salud a todos los establecimientos del primer nivel en el sistema del MINSA (Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales I).

1.2 Objetivos

El proceso pretende cubrir simultáneamente los siguientes objetivos:

- a) Establecer un conjunto de estándares e indicadores que permitan conocer los niveles de calidad en términos recursos, procesos y resultados, en los establecimientos de salud del primer nivel.

- b) Proporcionar datos que permitan hacer una primera aproximación a estudios comparativos sobre la calidad de la prestación de servicios de salud.
- c) Gestionar una base de datos que permita un estudio de la evolución del sistema de gestión de la calidad a lo largo de distintos períodos de tiempo.
- d) Contar con información para la identificación y priorización de procesos críticos u oportunidades, que sirvan de base para el desarrollo de procesos de mejora de la calidad.

1.3 Principios para el desarrollo de estándares.

- **Sencillez:** La sencillez debe guiar la definición de los estándares, y los procedimientos de medición y verificación, de forma que sean entendibles y aplicables por todo el personal de salud.
- **Validez:** Los estándares y sus indicadores de medición deben ser realmente esenciales, por ello su definición debe estar soportada en evidencia de una relación directa entre su presencia y la prevención de un riesgo prioritario para la vida y la salud en la prestación del servicio.
- **Confiabilidad:** La forma de aplicación y verificación del estándar debe estar explícita y ser tan clara que permita una aplicación homogénea por los verificadores.

2. ELEMENTOS GENERALES

2.1 Modelo de Evaluación de la Calidad

Para la medición de la calidad se han utilizado diversos modelos. El que se ha aplicado en la presente propuesta se sustenta en el desarrollado por Donabedian, que propone abordar la calidad a partir de tres dimensiones, la dimensión humana, la dimensión técnica y la dimensión del entorno, en cada una de las cuales se puede encontrar atributos o requisitos de calidad que caracterizarán al servicio de salud.

Para efectos del análisis y evaluación de la calidad se utiliza el enfoque sistémico diferenciando tres áreas, a saber: la estructura, los procesos y los resultados. **La estructura** se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. **Los procesos** corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención. **Los resultados** representan el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

2.2 Atributos de Calidad

Para evaluar la calidad de la atención es importante, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. A partir de las múltiples reuniones de trabajo se logró un consenso acerca de los atributos prioritarios a ser incluidos en esta fase de implementación del sistema, los mismos que se definieron operacionalmente para facilitar su manejo y operativización. Estos son:

- ✓ **Oportunidad**
Respuesta a una necesidad de salud en un tiempo que implique menor riesgo y mayor beneficio para la persona o la población
- ✓ **Eficacia**
Uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva
- ✓ **Integralidad**
Acciones dirigidas a la persona, su familia, la comunidad y el ambiente en un proceso que contiene los momentos de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- ✓ **Accesibilidad**
Condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y colectiva, disminuyendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales.
- ✓ **Seguridad**
Condiciones en el establecimiento que garanticen a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en él y medio ambiente.

- ✓ **Respeto al usuario**
Considerar a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales
- ✓ **Información completa**
Provisión de contenidos, veraces, oportunos y entendibles por las personas o público, que le permite tomar decisiones sobre su salud
- ✓ **Trabajo en equipo**
Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.
- ✓ **Participación social**
Mecanismos y procesos que permiten a la población organizada intervenir y tomar decisiones respecto a las prioridades, políticas y estrategias sanitarias.
- ✓ **Satisfacción del usuario externo**
Es el balance favorable entre lo que la persona o población espera de los servicios de salud y su percepción acerca de lo que recibe de ellos.
- ✓ **Satisfacción del usuario interno**
Es el balance favorable entre lo que el usuario interno espera de la organización y lo que percibe de ella.

2.3 Estándares de Calidad

Definición

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

Es importante resaltar que cada uno de los estándares mencionados en adelante cuenta con una particularidad en común: el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso, que parte desde la planeación, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades, propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el sistema de Gestión de la calidad, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en soportes técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen mecanismos de evidencia y soporte que permitan a todos los actores sociales constatar su compromiso con la gestión de calidad en Salud.

Ese sistema explícito ha definido que variables e indicadores integran el sistema de verificación o cumplimiento del estándar.

Tipo

Los estándares definidos son de estructura, proceso y resultado.

Ámbito

Abarcan las organizaciones que prestan directamente uno o más servicios de salud en el primer nivel. Ello implica que los estándares no son aplicables a organizaciones que no presten al menos un servicio de salud de manera integral. El cumplimiento de los estándares que se refieran a servicios de apoyo a la atención será de responsabilidad de los prestadores que ofrezcan el servicio integral, independientemente si éstos son contratados o asumidos directamente.

Contenido

Los estándares están dirigidos a la minimización de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud. El siguiente listado, en el marco de las prioridades sanitarias, es un referente para la definición de estándares que relaciona los riesgos identificados como prioritarios:

- Mortalidad materna y perinatal.
- Atención de emergencias.
- Prevención y control de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Atención a poblaciones en condiciones de pobreza y exclusión.

El contenido de los estándares, inicialmente se centra en las condiciones básicas prioritarias, pero podrán adicionarse en el tiempo otros criterios de inclusión de estándares luego de una evaluación de su cumplimiento y verificación, y siempre y cuando los nuevos estándares cumplan con los lineamientos aquí definidos.

Estructura de los estándares

Los estándares enunciados se corresponden con el atributo de la calidad para el cual fue seleccionado.

Para mejorar la facilidad y homogeneidad en la aplicación de los estándares, tendrán la siguiente estructura:

- *Descripción del estándar:* Formula el estándar de obligatorio cumplimiento.
- *Propósito:* grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- *Ámbito.* Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del capítulo.

- *Proactividad*: grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.
- *Ciclo de evaluación y mejoramiento*: forma en que se evalúa y mejora el enfoque.
- *Impacto*: Grado de incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados.
- *Despliegue en la institución*: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.
- *Despliegue hacia el usuario*. Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los usuarios internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

2.4 Indicadores

Los indicadores constituyen las variable o conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permite identificar y comparar el nivel o estado de un aspecto o área determinada. Sus resultados insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los servicios de salud. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

En la evaluación del sistema se mide no solo la estructura y los resultados, sino principalmente los procesos que se dan en cada área o servicio, a través de indicadores adecuados, que permitan a los propios responsables conocer su desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente.

Tipo

Los indicadores definidos en correspondencia a los estándares son de estructura, proceso y resultado.

Estructura de los indicadores

La estructura de los indicadores contempla los aspectos definidos para establecer la interpretación equivalente de los términos y resultados:

- *Nombre*: Descripción puntual que mejor identifica el indicador.
- *Tipo del indicador*: Define el ámbito al que aplica el indicador desde la perspectiva sistémica (estructura, proceso o resultado).
- *Justificación*: Antecedentes, hechos y datos que sustentan la importancia de medir el aspecto, área o componente al que está enfocado el indicador.

- *Objetivo del indicador*: Aspecto que se busca medir con el indicador.
- *Tipo de medida*: Describe la unidad de medición a emplearse (ejemplo: porcentaje, tasa, etc.).
- *Numerador*: Describe la unidad exacta a emplearse en el numerador, enunciando las unidades de tiempo y espacio en las que se establece la medida.
- *Denominador*: Describe la unidad exacta a emplearse en el denominador, enunciando las unidades de tiempo y de espacio en las que se establece la medida.
- *Umbral*: Denota el nivel deseado de calidad al que se quiere llegar.
- *Fuente de datos*: Describe la fuente de donde los datos del numerador y denominador por separado, deberán ser obtenidos.
- *Técnica*: Describe la metodología de recolección de los datos (encuestas, registros, etc).
- *Muestra*: Conjunto de unidades muestrales de donde se va a obtener los datos para el indicador.
- *Periodicidad del indicador*: Establece la frecuencia o períodos en que se medirá el indicador.
- *Unidad responsable*: Indica la unidad que se responsabiliza de alimentar con la información para el monitoreo del indicador.

3. ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

ATRIBUTO	DEFINICIÓN DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
Oportunidad	Respuesta a una necesidad de salud en un tiempo que implique menor riesgo y mayor beneficio para la persona o la población.	El E.S. dispone de medicamentos, insumos y equipos para el manejo de las primeras causas de emergencias y daños prevalentes	ESTRUCTURA	% de medicamentos, insumos y equipos disponibles para el manejo de emergencias y daños prevalentes	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos, insumos y equipos disponibles para el manejo de las primeras causas de emergencias y daños prevalentes}}{\text{Total de medicamentos, insumos y equipos mínimos requeridos}} \times 100$
		El E.S. dispone de medios de transporte y comunicación operativos y equipados para realizar las referencias.	ESTRUCTURA	Disponibilidad de medios de comunicación y transporte operativos y equipados para las referencias	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medios de comunicación y transporte operativos y equipados para realizar referencias}}{\text{Total de medios de transporte y de comunicación requeridos}} \times 100$
Eficacia	Uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva	El personal de salud aplica guías de atención para el manejo de los daños correspondientes a las prioridades sanitarias locales.	PROCESO	% de casos manejados de acuerdo a guías de atención para prioridades sanitarias locales	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos manejados de acuerdo a guías de atención para prioridades sanitarias locales}}{\text{N}^\circ \text{ de casos auditados}} \times 100$
		El E.S. garantiza la atención institucional del parto.	RESULTADO	Cobertura de parto institucional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos atendidos por personal de salud capacitado}}{\text{No partos esperados}} \times 100$
		El E.S. realiza la referencia y contrarreferencia según normas y protocolos	PROCESO	% de referencias y contrarreferencias realizadas según normas y protocolos	$\frac{\text{No de referencias y contrarreferencia realizadas según normas y protocolos}}{\text{Total de referencias y contrarreferencias realizadas}} \times 100$

ATRIBUTO	DEFINICIÓN DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
Integralidad	Acciones dirigidas a la persona, su familia, la comunidad y el ambiente en un proceso que contiene los momentos de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud	El E.S. se articula y organiza funcionalmente con la microred y la red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad.	PROCESO	Organización y articulación del E.S. a la Microred y Red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad.	Existen evidencias objetivas de la articulación y organización del E.S. con su microred y red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad
Accesibilidad	Condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y colectiva, disminuyendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales.	El E.S. identifica y aborda barreras de acceso de los usuarios al servicio de salud.	PROCESO	Identificación y abordaje de barreras de acceso a los servicios de salud.	El E.S. tiene evidencias objetivas de identificación y abordaje de barreras de acceso a la atención de salud

ATRIBUTO	DEFINICIÓN DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
Seguridad	Condiciones en el establecimiento que garanticen a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en él y medio ambiente.	El establecimiento de salud cuenta con sistema de agua segura, disposición apropiada de excretas y eliminación de residuos sólidos teniendo en cuenta criterios de bioseguridad.	ESTRUCTURA	Disposición de agua segura, eliminación apropiada de excretas y de residuos sólidos. Teniendo en cuenta criterios de bioseguridad.	El E.S. dispone de agua segura, disposición apropiada de excretas y eliminación de residuos sólidos teniendo en cuenta criterios de bioseguridad
Respeto al usuario	Considerar a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales	Los usuarios están satisfechos por el trato recibido del personal de salud en los servicios	RESULTADO	% de usuarios que perciben buen trato en los servicios de salud.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios que perciben buen trato en el S.S.}}{\text{N}^\circ \text{ Total de usuarios encuestados}} \times 100$
		El E.S. cuenta con mecanismos operativos de escucha al usuario.	PROCESO	Disponibilidad de mecanismos operativos de escucha al usuario	El E.S. cuenta con evidencias objetivas de la operatividad de mecanismos de escucha al usuario
Información completa	Provisión de contenidos, veraces, oportunos y entendibles por las personas o público, que le permite tomar decisiones sobre su salud	Los usuarios del servicio reciben información clara acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento, referidos a su caso.	RESULTADO	% de usuarios que perciben que la información recibida en la atención es entendible y completa.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios que perciben que la información recibida en la atención es entendible y completa}}{\text{N}^\circ \text{ total de usuarios encuestados}} \times 100$

ATRIBUTO	DEFINICIÓN DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
Trabajo en equipo	Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados	Los equipos del E.S. implementan proyectos de mejora de la calidad.	PROCESO	% de trabajadores del E.S. involucrados en la implementación de proyectos de mejora de la calidad.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores del E.S. involucrados en la implementación de proyectos de mejora de la calidad}}{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores del E.S.}} \times 100$
		El equipo del E.S. participa en el análisis de la morbilidad materna y perinatal e implementa estrategias acordadas por el Comité.	PROCESO	Participación del Equipo del E.S. en el análisis de la morbilidad materna y perinatal e implementación de estrategias.	Existen evidencias objetivas de la participación del equipo del E.S. en el análisis de la morbilidad materna y perinatal e implementación de estrategias acordadas por el comité.
Participación social	Mecanismos y procesos que permiten a la población organizada intervenir y tomar decisiones respecto a las prioridades, políticas y estrategias sanitarias.	El E.S. determina prioridades, formula y evalúa su plan local de salud con participación de la comunidad.	PROCESO	Plan local de salud elaborado y evaluado participativamente	Existen evidencias objetivas de la determinación de prioridades, elaboración y evaluación participativa del plan local de salud.
Satisfacción del usuario externo	Es el balance favorable entre lo que la persona o población espera y lo que percibe de los servicios de salud.	Los usuarios están satisfechos con los servicios de salud brindados por el equipo del establecimiento de salud.	RESULTADO	% de usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios brindados por el equipo del establecimiento de salud.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Usuarios que refieren satisfacción con los servicios de salud recibidos}}{\text{N}^\circ \text{ Total de usuarios encuestados}} \times 100$
Satisfacción del usuario interno	Es el balance favorable entre lo que el usuario interno espera de la organización y lo que percibe de ella.	El personal de salud está satisfecho por su trabajo en la institución.	RESULTADO	% de trabajadores de salud que refieren estar satisfechos en la institución	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Trabajadores que refieren estar satisfechos en la institución}}{\text{N}^\circ \text{ total de trabajadores encuestados}} \times 100$

3.1 Estándares de Calidad para el primer Nivel de Atención

Atributo: Oportunidad

1. El establecimiento de salud dispone de medicamentos, insumos y equipos para el manejo de las primeras causas de emergencia y daños

- **Propósito:** Es un estándar de estructura que busca asegurar la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos acorde al perfil de morbilidad de cada establecimiento, por ello el nivel central y sus representantes regionales dispondrán lo necesario para implementarlo.
- **Ámbito.** Se busca que este estándar se aplique a todo el primer nivel de atención.
- **Proactividad:** Se busca relacionar las existencias con los recursos y la morbilidad registrada en los diversos centros de atención.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Los equipos de gestión de la red y las DISAS buscarán asegurar las existencias en recursos y el seguimiento adecuado de los registros.
- **Impacto:** Con este estándar se busca conseguir una atención oportuna de emergencias y daños prevalentes.
- **Despliegue en la institución:** Los niveles de decisión buscarán crear procesos adecuados a las necesidades de atención de emergencias y daños prevalentes según nivel de complejidad del servicio de salud.
- **Despliegue hacia el cliente:** Se buscará a través del estándar que los trabajadores de los servicios de salud y la comunidad sientan que el centro atiende con oportunidad los requerimientos más frecuentes.

2. El establecimiento de salud dispone de medios de comunicación y transporte operativos y equipados para realizar las referencias

- **Propósito:** Es un estándar de estructura que contempla la disponibilidad de medios de transporte y comunicación que asegure la continuidad de la atención en especial de los casos de emergencia en toda la red de servicios según niveles de complejidad requeridos, en función de la necesidad del paciente. Los medios de comunicación o transporte no son necesariamente de propiedad del establecimiento de salud

- **Ámbito.** Se buscará que el enfoque esté presente y oriente las actividades dentro de todo el sistema de redes de atención, debe incluir también a los diferentes actores sociales dentro y fuera del Ministerio de salud.
- **Proactividad:** Promueve la integración con las diferentes instancias de desarrollo de la población y sus representantes interrelacionado el sector salud con los demás.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Se evaluará la interacción del sector salud y otros de la comunidad para lograr cumplir con el estándar, la evaluación estará a cargo de los equipos de gestión de las DISAS y las REDES, se llevará a cabo a través del seguimiento del indicador referencia oportuna en casos de emergencia.
- **Impacto:** Se buscará la reducción de muertes y complicaciones dentro del sistema de atención
- **Despliegue en la institución:** Las redes de salud deben garantizar la disponibilidad de los medios de transporte y comunicación, los que deben estar operativos y para el caso de los medios de transporte deberán estar equipados o tener un equipo disponible para viabilizar las referencias.
- **Despliegue hacia el usuario:** Involucrando a todos los actores sociales tanto dentro y fuera de la Institución se buscará cumplir con el estándar, asegurando disponibilidad de recursos de comunicación y transporte eficaz para la adecuada referencia del paciente.

Atributo: Eficacia

1. **El personal de salud aplica guías de atención integral para el manejo de los daños correspondientes a las prioridades sanitarias locales.**
 - **Propósito:** Es un estándar de proceso que busca implementar la atención normatizada de casos de manejo prioritario dentro del sector tratando de controlar costos y mejorar la eficacia de la atención.
 - **Ámbito.** Ámbito local define las prioridades sanitarias de acuerdo a los perfiles de morbimortalidad, el personal debe conocer y aplicar las guías de atención.
 - **Proactividad:** Permite al personal documentarse de las normas de atención, motiva a una atención estandarizada y a una evaluación constante por todos los actores sociales involucrados.
 - **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Los equipos de gestión de DISAS y REDES de servicios de Salud realizarán auditorías

inopinadas de las historias clínicas para verificar si la atención se ha realizado en base al cumplimiento de las guías de atención.

- **Impacto:** El estándar busca contribuir a la disminución de la morbimortalidad asociada a las patologías prevalentes y prioritarias según realidad local.
- **Despliegue en la institución:** Los equipos de gestión de redes y DISAS buscarán normatizar las enfermedades prevalentes, motivarán la implementación junto a los equipos de gestión de los servicios de salud.
- **Despliegue hacia el usuario.** El trabajador de salud obtendrá seguridad con el cumplimiento de las guías de atención, el usuario externo recibirá una atención estandarizada, cuyo fin último será el incremento de su satisfacción.

2. El establecimiento de salud garantiza la atención institucional del parto.

- **Propósito:** Es un estándar de resultado que busca disminuir los riesgos en la gestante durante el parto, procurando su atención por personal de salud capacitado para brindar este tipo de atención.
- **Ámbito.** Primer nivel de atención, en el aspecto de salud individual, con involucramiento de todo el personal de salud para poder brindar asistencia a la gestante.
- **Proactividad:** Promueve la búsqueda de atención de partos por personal de salud, para lo cual el personal debe estar capacitado y con disponibilidad para acudir a brindar atención cuando sea requerido Intramural o extramural.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Para ello los niveles gerenciales DISAs y Redes deben garantizar la capacitación constante del personal en sus ámbitos respectivos, y buscar el compromiso para garantizar la disponibilidad constante de personal.
- **Impacto:** Busca disminuir la mortalidad materna y perinatal, brindando atención por personal capacitado.
- **Despliegue en la institución:** La mortalidad materna es un problema sanitario, que requiere ser abordado integralmente, por las Redes, DISAs y el nivel central, para ello se promoverá la disponibilidad permanente de personal en los establecimientos de salud y la constante capacitación de su personal.
- **Despliegue hacia el usuario:** El momento del parto no sólo involucra a la misma gestante, sino también a su entorno familiar, por tanto requiere que todos reconozcan que la disminución del riesgo

de muerte de la gestante, esta vinculado a la atención por personal entrenado para llevar a cabo este procedimiento.

3. El establecimiento de salud realiza la referencia y contrareferencia según normas y protocolos.

- **Propósito:** El estándar es de proceso, y busca garantizar que las referencias de los pacientes se realicen cuando sea necesario, en el momento adecuado y cumpliendo las normas para llevar a cabo este procedimiento, evitando incrementar el riesgo de secuelas o muerte en el paciente.
- **Ámbito:** Este estándar tiene aplicación en todo el sistema de salud.
- **Proactividad:** Promueve el cumplimiento de las normas y la estandarización de los procedimientos para el traslado efectivo de los casos que requieren referencias.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Se realizará con el indicador de aplicación y cumplimiento de normas y protocolos de referencias, permite realizar procesos de evaluación para identificar las fallas en su cumplimiento y adoptar medidas correctivas.
- **Impacto:** Se buscará disminuir el riesgo de secuelas y mortalidad de los pacientes que requieren ser referidos a niveles más complejos para la resolución de sus problemas.
- **Despliegue en la institución:** Las redes de atención buscan garantizar la continuidad de la atención de los usuarios de nuestros servicios. En consecuencia las Redes, deberán establecer un adecuado sistema de referencias entre sus establecimientos. Con ello se promueve la autoevaluación y evaluación cruzada con sus niveles superiores.
- **Despliegue hacia el usuario interno:** promueve la participación de todo el personal involucrado en la organización del sistema de referencia, así también el conocer de las normas y protocolos, para su correcta aplicación.

Atributo: Integralidad

1. El establecimiento de salud se articula y organiza funcionalmente con la microred y la red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad.

- **Propósito:** Estándar de proceso que busca que los establecimientos se articulen y organicen con microred y red teniendo en cuenta la complementariedad de los recursos humanos para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad.

- **Ámbito:** Primer nivel de atención, teniendo en cuenta a la persona, familia y comunidad.
- **Proactividad:** Promueve la articulación funcional de los recursos al interior de la microred y la complementariedad con la red para brindar servicios integrales a su población dentro del espacio jurisdiccional de los establecimientos.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Se hará en base al seguimiento de los indicadores de atención integral.
- **Impacto:** Permitirá un abordaje holístico, tanto en las personas, familia y comunidad.
- **Despliegue en la institución:** Involucra a todo el sistema tanto en el ámbito administrativo y asistencial de la microred con alcance a la red.
- **Despliegue hacia el usuario:** Los sujetos de atención prioritaria son parte integrante y nudos críticos dentro del núcleo familiar y comunal.

Atributo: Accesibilidad

1. El establecimiento de salud identifica y aborda barreras de acceso de los usuarios al servicio de salud.

- **Propósito:** Es un estándar de proceso que busca acortar las brechas de la oferta con la demanda tomando en cuenta las barreras de acceso tanto culturales, económicas y geográficas, y la forma de abordarlas.
- **Ámbito:** Prioritariamente sobre el primer nivel de atención aunque podría aplicarse a otros niveles.
- **Proactividad:** Promueve planificar la oferta, tratando de acortar las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud, para ello es necesario tomar en cuenta la perspectiva de la demanda.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** En base evidencias objetivas que permitan dar cuenta del reconocimiento de las barreras y sus estrategias de abordaje utilizadas por el servicio de salud.
- **Impacto:** Buscar el acercamiento de los servicios a los usuarios, reflejado en el mayor uso de los servicios.
- **Despliegue en la institución:** El enfoque es consistente con las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** Busca la participación de los usuarios dando sus puntos de vista acerca de las barreras que le impiden o limitan acceder a los servicios y plantear alternativas de solución.

Atributo: Seguridad

1. El establecimiento de salud cuenta con sistema de agua segura, disposición apropiada de excretas y eliminación de residuos sólidos teniendo en cuenta criterios de bioseguridad.

- **Propósito:** Estándar de estructura que permite establecer como norma que los establecimientos de salud garanticen la tenencia de servicios sanitarios esenciales para garantizar una adecuada comodidad a los usuarios, y como forma de proteger a las personas y al medio ambiente de la contaminación innecesaria.
- **Ámbito:** Se aplica a todos los niveles de atención.
- **Proactividad:** Genera la necesidad de contar requisitos básicos sanitarios básicos y adoptar medidas de bioseguridad como medio para evitar que el personal se contamine o contamine a los demás.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** A través del indicador condiciones sanitarias básicas en los establecimientos y aplicación de normas de bioseguridad.
- **Impacto:** Contribuiría a la satisfacción del usuario interno y externo y evita la contaminación con sustancias peligrosas.
- **Despliegue en la institución:** Compete a todos los niveles de decisión y gestión.
- **Despliegue hacia el usuario:** Involucra a todos los usuarios o actores sociales.

Atributo: Respeto Al Usuario

1. Los usuarios están satisfechos por el trato recibido del personal de salud en los servicios

- **Propósito:** Es un estándar de resultado, que se focaliza en el trato al usuario por parte de los proveedores de salud, dicha interacción debe ser percibida como favorable por el usuario externo.
- **Ámbito:** El enfoque en el usuario atraviesa todo el sistema de prestaciones de salud.
- **Proactividad:** Promueve la medición y análisis del componente trato al usuario dentro de la prestación de salud.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Se hará el seguimiento en base al indicador percepción del trato en el usuario externo.

- **Impacto:** Mejorar la calidad de atención de los servicios de salud con un enfoque basado en el usuario.
- **Despliegue en la institución:** El enfoque es aplicable y es consistente con las políticas de calidad en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** Pasa a ser el usuario externo foco de atención en sus percepciones medidas a través de encuestas, cuyos análisis de resultados son de importancia para el usuario interno.

2. El establecimiento de salud cuenta con mecanismos operativos de escucha al usuario.

- **Propósito:** El estándar corresponde a proceso, tratando que cada establecimiento cuente con al menos un mecanismo operativo de escucha al usuario. Con ello busca la participación de los usuarios en el sistema de atención de salud que percibe él como no adecuado o que le causa malestar.
- **Ámbito:** El enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización.
- **Proactividad:** Promueve que los diferentes servicios de salud por niveles de atención conozcan, comprendan y acepten las evaluaciones que realiza el usuario respecto al servicio recibido.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Se realizará en base al seguimiento del indicador mecanismos de escucha al usuario externo.
- **Impacto:** Hacer participe de la evaluación al usuario y darle a conocer lo importancia de su voz en el proceso de mejora de la calidad.
- **Despliegue en la institución:** El enfoque es aplicable y consistente con las políticas de la Institución dentro de las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario.** El usuario externo pasa a ser el foco de la atención y es percibido por los usuarios internos y/o externos

Atributo: Información completa

1. Los usuarios del servicio reciben información clara acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento, referidos a su caso.

- **Propósito:** Estándar de resultado, basado en la percepción de los usuarios respecto al conocimiento, comprensión y aceptación de la

información brindada por el equipo de salud, durante el proceso de atención.

- **Ámbito:** El enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización.
- **Proactividad:** Promueve el interés por el usuario interno en lograr una interacción efectiva de intercambio de información con el usuario externo.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Se utilizará el indicador de comprensión del usuario respecto a la información recibida en el servicio.
- **Impacto:** Contribuye a generar en los usuarios una actitud crítica y de colaboración con el desempeño de la prestación de servicios de salud que le permita tomar decisiones sobre su salud.
- **Despliegue en la institución:** La implementación del enfoque es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** El enfoque es percibido por los usuarios internos y/o externos.

Atributo: Trabajo en equipo

1. Los equipos del establecimiento de salud implementan proyectos de mejora de la calidad.

- **Propósito:** Estándar de proceso que busca propiciar la cultura de calidad a través de la formulación de proyectos de mejora de la calidad, como parte de la Implementación de planes de mejora continua de la calidad.
- **Ámbito:** Se aplica con igual importancia en las diferentes áreas de la organización.
- **Proactividad:** Promueve la implementación de procesos de mejora de la calidad y la competitividad entre los diversos establecimientos de salud dentro del Ministerio de salud.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Mediante el indicador porcentaje de proyectos de mejora de la calidad implementados.
- **Impacto:** Mejora de la calidad de atención mediante la cultura de la calidad.
- **Despliegue en la institución:** Es aplicable a todos los niveles de atención y es consistente en las distintas áreas de la organización.

- **Despliegue hacia el usuario:** Dirigido principalmente hacia el usuario externo.
2. **El equipo del E.S. participa en el análisis de la morbimortalidad materna y perinatal e implementa estrategias acordadas por el Comité.**
- **Propósito:** Estándar de proceso que busca la participación efectiva de los equipos de los establecimientos de salud en el análisis de la morbimortalidad materna y perinatal, así como fomenta la implementación de estrategias acordadas por los Comités de análisis, con el fin de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.
 - **Ámbito:** Se aplica en los establecimientos de salud y en los niveles donde existen comités de análisis.
 - **Proactividad:** Promueve el análisis participativo y la implementación de estrategias o acciones que conlleven a la disminución de la mortalidad materna y perinatal.
 - **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Mediante el indicador evidencias objetivas de la participación del equipo del E.S. en el análisis de la morbimortalidad materna y perinatal e implementación de estrategias acordadas.
 - **Impacto:** Generar una cultura de búsqueda de evidencias que permitan un análisis holístico y profundo para obtener nudos críticos que conlleven a implementar estrategias de mejora.
 - **Despliegue en la institución:** Es aplicable a todos los niveles de atención y propicia el trabajo en equipo.
 - **Despliegue hacia el usuario:** Dirigido principalmente hacia la participación de la familia de las gestantes para brindar evidencias de las causales de la morbilidad y muerte materna o perinatal.

Atributo: Participación social

1. **El Establecimientos de Salud determinan prioridades, formulan y evalúa su plan local de salud con participación de la comunidad.**
- **Propósito:** Estándar de proceso, que busca considerar la participación social dentro de la planificación institucional.
 - **Ámbito:** Prioritariamente para el primer nivel de atención.
 - **Proactividad:** Promueve la participación de la comunidad en los planes locales de salud.

- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** A través del indicador porcentaje de comunidades que participan en la formulación del plan de salud local.
- **Impacto:** Democratización de la gestión de los establecimientos de salud.
- **Despliegue en la institución:** En todo el primer nivel de atención se busca que los servicios de salud cuenten con participación comunitaria.
- **Despliegue hacia el usuario:** Busca establecer la participación comunitaria con los representantes comunitarios.

Atributo: Satisfacción del usuario externo

1. Los usuarios están satisfechos con los servicios de salud brindados por el equipo del establecimiento de salud.

- **Propósito:** Componente de resultado.
- **Ámbito:** En todos los niveles de prestación de servicios del Ministerio de salud.
- **Proactividad:** Promueve la incorporación de las mediciones de satisfacción del usuario externo de manera periódica, sistemática y analítica.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** En base al indicador satisfacción del usuario con los de servicios de salud recibidos.
- **Impacto:** Mejora sostenida de la satisfacción del usuario.
- **Despliegue en la institución:** En todos los niveles de servicios la medición de satisfacción del usuario es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** Es la esencia del enfoque en el usuario y es percibido por los usuarios internos y/o externos.

Atributo: Satisfacción del usuario interno

1. El personal de salud esta satisfecho por su trabajo en la institución.

- **Propósito:** Estándar de resultado.
- **Ámbito:** Todos los niveles de servicios de salud dentro de la organización.

- **Proactividad:** Promueve la medición sistemática de la percepción del eje o motor del cambio hacia la calidad de atención en salud.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** A través del indicador de satisfacción del usuario interno.
- **Impacto:** Mejora global y sostenida de la calidad de atención en los servicios de salud.
- **Despliegue en la institución:** En todos los niveles de atención dentro del Sistema del MINSA.
- **Despliegue hacia el usuario:** Centra su atención en el usuario interno

3.2 Indicadores de Calidad para el Primer Nivel de Atención

Para cada estándar propuesto se han definido uno o más indicadores que posibilitarán su medición de manera periódica, priorizándose para efectos de esta fase los siguientes:

1. % de medicamentos, insumos y equipos disponibles para el manejo de emergencias y daños prevalentes.
2. Disponibilidad de medios de comunicación y transporte operativos y equipados para la referencia.
3. % de casos manejados de acuerdo a guías de atención para prioridades sanitarias locales
4. Cobertura de parto institucional
5. % de referencias y contrareferencias realizadas según normas y protocolos
6. Organización y articulación del establecimiento a su microred y red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad.
7. Identificación y abordaje de barreras de acceso a los servicios de salud.
8. Disposición de agua segura, eliminación apropiada de excretas y de residuos sólidos. Teniendo en cuenta criterios de bioseguridad.
9. % de usuarios que perciben buen trato en los servicios de salud.
10. Disponibilidad de mecanismos operativos de escucha al usuario.
11. % de usuarios que perciben que la información recibida en la atención es entendible y completa.
12. % de trabajadores del establecimiento de salud involucrados en la implementación de proyectos de mejora de la calidad.
13. Participación del equipo del establecimiento de salud en el análisis de la morbimortalidad materna y perinatal e implementación de estrategias.
14. Plan local de salud elaborado y evaluado participativamente
15. % de usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios brindados por el equipo del establecimiento de salud
16. % de trabajadores de salud que refieren estar satisfechos en la institución.

INDICADOR 1

1.- NOMBRE	Porcentaje de medicamentos, insumos y equipos disponibles para manejo de emergencias y daños prevalentes.
2.- TIPO	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Encuentra su justificación en el hecho de que una proporción importante de pacientes que requieren servicios de emergencia en diversos centros a nivel nacional, no consigue una atención adecuada, muchas veces ocasionada por la limitaciones estructurales (disponibilidad de medicamentos, insumos o equipos); lo que pone en mayor riesgo su vida, debido a complicaciones y secuelas.</p> <p>Se entiende por <i>Emergencia</i> a la condición de salud que de forma no prevista pone en riesgo inminente la vida de la persona; o como toda atención que requiere una atención médica inmediata.</p> <p><i>Daño Prevalente</i>, se refiere a las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en un determinado periodo y que afectan a grandes grupos poblacionales.</p> <p>El indicador busca que los establecimientos de salud del primer nivel, cuenten con los requerimientos estructurales mínimos para brindar atención adecuada y oportuna que permita estabilizar a los pacientes. Este nivel se considera orientador de la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de las secuelas y morbimortalidad asociada.</p>
4.- OBJETIVO	Establecer la disponibilidad óptima de recursos para la atención adecuada de la demanda de emergencia y daños prevalentes en los establecimientos del primer nivel de atención
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Número de medicamentos, insumos y equipos disponibles para el manejo de las primeras causas de emergencias y daños prevalentes. (primeras causas deben cubrir el 80 % de las causas de emergencias y de daños en función al total)
7.- DENOMINADOR	Total de medicamentos, insumos y equipos mínimos requeridos
8.- UMBRAL	80% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Servicio de emergencia, consultorios externos y Farmacia del establecimiento
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Fuentes primarias: lista de verificación o chequeo
11.- MUESTRA	No Aplica.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan corregirse sesgos por situaciones coyunturales, realizando consolidados, semestrales y anuales.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 2

1.- NOMBRE	Disponibilidad de medios de comunicación y transporte operativos y equipados para la referencia.
2.- TIPO	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Las redes de salud deben garantizar la continuidad de la atención entre los diferentes niveles de complejidad, en función de la necesidad del paciente. Esto requiere, entre otras cosas, medios de comunicación y transporte, operativos y equipados que permita el traslado adecuado de paciente entre los establecimientos de la red.</p> <p>El término transporte o medio de comunicación <i>operativo</i> esta referido a que la unidad móvil o medio de comunicación este en condiciones de ser usado (funcionando).</p> <p><i>Equipado</i>, referido a que el establecimiento cuente con un set de equipos mínimos que debe llevar durante su traslado al paciente para prestarle atención (según caso)</p> <p>Encuentra su justificación en el hecho de que el primer nivel de atención es una de las más frecuentes puertas de entrada al sistema y requiere de la disponibilidad de medios de comunicación y de transporte para garantizar una adecuada referencia y traslado de pacientes garantizando una respuesta rápida de este nivel, que contribuye a la minimización de riesgos y secuelas asociada al motivo de referencia. Se pretende que los servicios cuenten con disponibilidad de medios de comunicación y transporte adecuado para el envío de pacientes, que no necesariamente deben pertenecer al servicio de salud, pudiendo involucrar a otras instancias del espacio local.</p>
4.- OBJETIVO	Determinar la disponibilidad y operatividad de recursos para la referencia adecuada de la demanda en los establecimientos de salud del primer nivel
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Nº de medios de comunicación y transporte operativos y equipados para realizar referencias(unidades móviles, teléfono, radio, mail, etc), para la referencia oportuna.
7.- DENOMINADOR	Total de medios de transporte y de comunicación requeridos.
8.- UMBRAL	80% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Primaria: medios de comunicación y unidades móviles del establecimiento o comunidad; Secundaria: Personal del establecimiento de salud y autoridades locales
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Fuentes primarias: lista de verificación o chequeo. Fuentes secundarias: entrevistas.
11.- MUESTRA	No Aplica
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan corregirse situaciones desfavorables, a través de negociaciones que permitan cumplir con el indicador.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 3

1.- NOMBRE	Porcentaje de casos manejados de acuerdo a guías de atención para prioridades sanitarias locales.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Es frecuente el manejo de casos sin ceñirse a las guías de atención normatizadas, con la subsiguiente morbilidad asociada, registro inadecuado y aumento de costos.</p> <p>Los establecimientos de salud deben garantizar la eficacia a través del cumplimiento de guías de atención, en función de la prioridades sanitarias locales. Esto requiere, entre otras cosas, el conocimiento, comprensión y aceptación de los contenidos de las guías de atención entre los trabajadores de los establecimientos de la red asistencial, así como el uso adecuado de dichas guías en los procesos de atención a los usuarios. Para ello es necesario realizar procesos de auditoración de historias para ver el grado de consecución de los procedimientos normados.</p> <p><i>Guías de Atención:</i> son documentos que norman los procedimientos en el proceso de atención (Protocolos de atención).</p> <p><i>Prioridades Sanitarias:</i> Principales problemas de salud que afectan o ponen en mayor riesgo a la población de un ámbito determinado.</p> <p><i>Auditoría:</i> análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención prestada, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados</p>
4.- OBJETIVO	Verificar el conocimiento y aplicación de guías de atención para problemas sanitarios priorizados localmente.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Número de historias clínicas de pacientes atendidos (casos) relacionados con los problemas sanitarios priorizados, donde se han cumplido con la aplicación de las guías de atención
7.- DENOMINADOR	Número de historias clínicas auditadas
8.- UMBRAL	80% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Archivo de historias clínicas.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Fuentes secundarias: lista de verificación o chequeo aplicado a las historias clínicas de pacientes atendidos.
11.- MUESTRA	Aleatoria, tomando en cuenta el registro de pacientes atendidos relacionados con la prioridades sanitarias, mínimo una historia de cada prioridad.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma mensual de tal manera que puedan corregirse situaciones desfavorables, a través de la discusión, análisis de resultados y propiciar el interés en el usuario interno que permitan cumplir con el indicador.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 4

1.- NOMBRE	Cobertura de parto institucional
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Las muertes maternas constituyen un problema de salud pública que repercute negativa en las familias de las gestantes muertas, para el año 2000 se tuvo una tasa de 185 x 100,000 N.V. existiendo grandes brechas al interior. Las muertes mayormente se presentan en el momento del parto; frente a este problema se vienen desarrollando estrategias especialmente en el primer nivel de atención, que conlleven a mejorar las coberturas del parto institucional.</p> <p>Según lo establecido en el documento de Acuerdos de Gestión 2002, define al <i>Parto Institucional</i>: es aquel parto atendido en el establecimientos de salud, o fuera del establecimiento por personal de salud capacitado.</p> <p>Las coberturas de atención del parto por personal de salud en gran parte de los departamentos no logra superar el 50% con excepción de Arequipa, Ica, Lima, Tacna y Tumbes que superan el 65%. Con este indicador se pretende que el equipo del establecimiento de salud, establezca mecanismos que permitan garantizar la atención del parto por personal calificado para realizar este acto.</p>
4.- OBJETIVO	Determinar la cobertura de atención del parto por personal de salud capacitado en los establecimientos de salud del primer nivel.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Nº de partos atendidos por personal de salud capacitado
7.- DENOMINADOR	Número de partos esperados
8.- UMBRAL	50% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	<p><u>Numerador</u>: se obtiene de los registros del libro o cuaderno de partos de los establecimientos de salud.</p> <p><u>Denominador</u>: dado por la programación en función a la población INEI (80% de las gestantes esperadas.)</p>
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Fuentes secundarias. Reportes del sistema materno perinatal.
11.- MUESTRA	Partos esperados
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma mensual de tal manera que puedan ir viendo el avance en el logro del indicador.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento.

INDICADOR 5

1.- NOMBRE	Porcentaje de referencias y contrareferencias realizadas según normas y protocolos
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Muchos de los establecimientos del primer nivel no cuentan con un sistema normatizado de referencias y contrareferencias de pacientes, no permite garantizar un adecuado proceso de referencias de pacientes a niveles de mayor capacidad resolutive, esto puede conducir a un deterioro de la salud de las personas que han requerido este procedimiento. El procedimiento de las contrareferencias se torna más crítico muchas veces porque es obviado como parte de la continuidad de la atención.</p> <p>Se entiende por <i>referencias</i> al procedimiento que se realiza para enviar un paciente de un establecimiento de salud a otro de mayor resolutive.</p> <p><i>Contrareferencia</i> es el procedimiento que realiza el establecimiento receptor de la referencia, con el fin de informar sobre los procedimientos realizados en este nivel y los que posteriormente demandará se ejecuten en el establecimiento que realizó la referencia (continuidad de atención).</p> <p>El reto que se presenta hoy, es realizar las referencias y contrareferencias ciñéndose a normas y protocolos, que el establecimiento debe adecuar para mejorar su uso y aplicabilidad tomando en cuenta los elaborados por el MINSA y niveles locales</p>
4.- OBJETIVO	Verificar la aplicación de normas y protocolos en los procedimientos de referencia y contrareferencia realizado por los establecimientos del primer nivel de atención.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Número de referencias y contrareferencias realizadas según normas y protocolos en el periodo de evaluación.
7.- DENOMINADOR	Número total de referencias y contrareferencias realizadas en el periodo de medición
8.- UMBRAL	80% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	<u>Numerador:</u> Fichas de referencias y contrareferencias e historias de atención. <u>Denominador:</u> Registro de referencias y contrareferencias.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Fuentes primarias: Auditoria de historias clínicas de pacientes referidos, fichas de referencia y contrareferencia. Revisión de fuentes secundarias: Registro de atención diaria.
11.- MUESTRA	Universo de referencias y contrareferencias realizadas en el periodo de evaluación.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan corregirse los procedimientos que no se ciñeron a las normas, a través de la discusión, análisis de resultados y propiciar el interés en el equipo de gestión que permitan cumplir con el indicador.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 6

1.- NOMBRE	Organización y articulación del establecimiento a su microred y red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>En el País hace varias décadas se han venido desarrollando algunas experiencias en la búsqueda de introducir la atención integral en los servicios de salud; impulsadas por programas, proyectos e iniciativas locales. A pesar de estos esfuerzos aún subsiste situaciones de inequidad y deficiencias en la cobertura del Sistema de Salud, desarticulación entre los niveles de atención, Inadecuada coordinación y trabajo inter e intrasectorial, poca conciencia de derechos y deberes que tienen los usuarios de los servicios. Debido a ello el MINSA ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012, la implementación de un MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL. Esto supone, en términos generales, "priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados."</p> <p>Se entiende por <i>atención integral</i> a las acciones que se realicen desde el establecimiento de salud con énfasis en la promoción, prevención y cuidado de la salud, dirigidas a las personas (abordaje multidimensional), las familias y la comunidad (parte del entorno e intrínseca a la persona y familia), para satisfacer sus necesidades de salud.</p> <p>El indicador busca garantizar esta atención integral en los diferentes espacios (persona, familia y comunidad), para ello es prioritario organizarse y articularse a la microred y red para hacer un uso eficiente de los recursos humanos y materiales que disponen las redes de salud.</p>
4.- OBJETIVO	Verificar que el establecimiento se ha articulado y organizado funcionalmente con su microred y red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad
5.- TIPO DE MEDIDA	Ponderado de criterios de evaluación
6.- NUMERADOR	Se considera las evidencias objetivas de la articulación y organización del E.S. con su microred y red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad.
7.- DENOMINADOR	Número total de criterios de evaluación.
8.- UMBRAL	100% de Establecimientos de salud.
9.- FUENTE DE DATOS	Equipo del establecimiento, planes de atención a personas, familias y comunidad, documentos de actividades realizadas.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de fuentes primaria: Lista de Chequeo. Observación directa.
11.- MUESTRA	No aplica
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá medirse en forma mensual de tal manera que propicie, discusión, análisis de resultados y el interés en el equipo de gestión por cumplir con el indicador.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento.

INDICADOR 7

1.- NOMBRE	Identificación y abordaje de barreras de acceso a los servicios de salud.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Existen poblaciones excluidas de los servicios de salud, debido a que en muchos casos no se han identificado las barreras que limitan su acceso a los servicios de salud. Lo cual repercute en un incremento del riesgo de enfermar y morir.</p> <p>Cuando hablamos de <i>barreras de acceso</i> nos estamos refiriendo a factores socioculturales, condicionantes económicas y aspectos geográficos que limitan el acceder a los servicios de salud</p> <p>Existen establecimientos vienen poniendo en marcha estrategias para abordar estas barreras, pero que en muchos de los casos no están dando los resultados esperados, debido a que no se han realizado acciones de identificación de estas limitantes. En consecuencia se hace necesario antes de definir estrategias de intervención en la oferta de los servicios, la identificación de estas barreras, buscando incorporar la perspectiva de los propios usuarios de los servicios, con el fin de definir estrategias de abordaje más eficaces.</p>
4.- OBJETIVO	Determinar cuales son las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud y plantear estrategias de abordaje
5.- TIPO DE MEDIDA	Ponderado de criterios de evaluación
6.- NUMERADOR	El E.S. tiene evidencias objetivas de identificación y abordaje de barreras de acceso a los servicios de salud
7.- DENOMINADOR	Total de criterios de evaluación
8.- UMBRAL	50% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Documentos que den cuenta de la identificación de barreras (estudios, mapeos, sectorizaciones, etc) realizadas en los establecimientos de salud y de las estrategias puestas en marcha para abordar estas limitantes.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Fuentes secundarias: Revisión documentaria que permita verificar la identificación de estas barreras, así como el abordaje de las limitantes.
11.- MUESTRA	No aplica
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma semestral de tal manera que puedan observarse resultados objetivos no sólo en la identificación de las barreras, sino en el abordaje de las mismas, realizando consolidados, anuales.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento.

INDICADOR 8

1.- NOMBRE	Disposición de agua segura, eliminación apropiada de excretas y de residuos sólidos. Teniendo en cuenta criterios de bioseguridad
2.- TIPO	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Existen limitaciones en la implementación de servicios sanitarios y de apropiada eliminación de residuos sólidos en los establecimientos del primer nivel de atención, que repercuten en insatisfacción de los usuarios y deterioro del medio ambiente.</p> <p>Se busca con este indicador que los usuarios pueden acceder a servicios de sanitarios básicos (agua segura, servicios higiénicos apropiados) y garantizar la eliminación apropiada de los residuos sólidos, para ello se deben cumplir las normas de bioseguridad vigentes para los servicios de salud. Con ello se protege la salud de los usuarios y trabajadores del establecimiento; así como se contribuye a la protección del medio ambiente.</p> <p>Se define <i>agua segura</i> como el agua potable, hervida durante 1 minuto o agua que ha sido desinfectada por procedimientos químicos (cloración, etc) o físicos (rayos ultravioletas, etc).</p> <p><i>Excretas:</i> excrementos humanos y aguas servidas</p> <p><i>Residuos sólidos:</i> son todos los desechos orgánicos e inorgánicos producto de las actividades en la prestación de servicios de salud.</p> <p><i>Criterios de Bioseguridad:</i> son las medidas que operativamente tienden a proteger tanto al pacientes como al personal de salud y su utilización tiene carácter de obligatorio.</p>
4.- OBJETIVO	Determinar el nivel de implementación de condiciones sanitarias básicas en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, que garanticen la protección de sus trabajadores y usuarios externos
5.- TIPO DE MEDIDA	Ponderado de criterios de medición
6.- NUMERADOR	Se considera a los criterios que evalúan la disponibilidad de agua segura, eliminación apropiada de excretas y residuos sólidos teniendo en cuenta criterios de bioseguridad.
7.- DENOMINADOR	Total de criterios de evaluación
8.- UMBRAL	80% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Instalaciones del establecimiento de salud.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa de instalaciones, se registra en lista de chequeo.
11.- MUESTRA	Todas las instalaciones del establecimiento .
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma semestral de tal manera que puedan corregirse las situaciones que no se ajustan a los requerimientos mínimos.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 9

1.- NOMBRE	Porcentaje de usuarios que perciben buen trato en los servicios de salud.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Existen experiencias de medición de satisfacción del usuario dentro del sistema de prestaciones del MINSA, hecho que se traduce en el conocimiento del grado de satisfacción de muchos aspectos que han sido abordados en las mediciones realizadas como, el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención, entre otros. A partir de ello se han desarrollado varias iniciativas para mejorar los valores negativos de satisfacción expresados por los usuarios de los servicios de salud. Lo cual implica estar en constantes procesos de medición.</p> <p>El presente indicador cobra importancia debido a que constituye el eje esencial dentro del enfoque de calidad vigente, debido a que el maltrato es un problema que se evidencia constantemente en las quejas de los usuarios. Se busca el compromiso de los trabajadores en el cambio sostenido de actitudes, para brindar una atención donde prime el buen trato.</p> <p>Se entiende por <i>buen trato</i>, a la forma amable, cordial y empática, que se pone de manifiesto durante el proceso de atención - interacción entre el proveedor y el usuario- donde prima el respeto a sus derechos y valorando su cultura y condiciones individuales.</p>
4.- OBJETIVO	Determinar la satisfacción del usuario externo con el trato brindado por el equipo de salud del establecimiento de salud.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Se considerará al número de usuarios que perciben buen trato luego de recibir atención en el establecimiento.
7.- DENOMINADOR	Todos los usuarios encuestados
8.- UMBRAL	80% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Usuarios externos.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Encuesta de satisfacción del usuario externo.
11.- MUESTRA	Aleatoria, tomando como universo la relación de pacientes atendidos (referente año anterior) con un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 10% (no indispensable).
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá medirse por lo menos semestralmente de tal manera que propicie, discusión, análisis de resultados y el interés en el equipo de gestión por cumplir con el indicador.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 10

1.- NOMBRE	Disponibilidad de mecanismos operativos de escucha al usuario
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>La voz de los usuarios constituye en una fuente valiosa de información para las entidades prestadores de servicios, permitiendo brindar servicios de acuerdo a sus necesidades. Los establecimiento de salud, no están ajenos a este planteamiento, motivo por el cual han venido implementado algunos mecanismos para el recojo de la opinión de los usuarios, muchos de los cuales no han dado los resultados esperados debido a la idiosincrasia de los usuarios que ha dificultado hacer una expresión efectiva de sus opinión acerca de los servicios de salud que se prestan u otros de interés para el usuario vinculados a los establecimientos.</p> <p>Con el presente indicador se busca que los establecimientos pongan a disposición de los usuarios mecanismos de escucha que le permitan hacer uso de su derecho sin restricciones sociales o culturales.</p> <p>Se entiende por <i>mecanismo operativo</i> a los medios o canales que disponga o brinde el establecimiento a los usuarios para que estos pueden expresar su opinión de manera abierta, libre y voluntaria.</p>
4.- OBJETIVO	Establecer la proporción de centros que cuentan con mecanismos operativos de escucha al usuario externo.
5.- TIPO DE MEDIDA	Ponderado de criterios de evaluación
6.- NUMERADOR	Se considerará a la evidencia objetiva de la operatividad de al menos un mecanismo de escucha al usuario (buzones, oficinas de quejas y sugerencias, recepción de quejas por escrito y/o verbales, etc).
7.- DENOMINADOR	Total de criterios de evaluación.
8.- UMBRAL	50% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Instalaciones en el establecimiento, Registros, personal del establecimiento
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Observación directa mediante lista de chequeo con requisitos mínimos de implementación y operatividad de mecanismos de escucha al usuario.
11.- MUESTRA	No aplica
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma mensual de tal manera que puedan establecerse los mecanismos más apropiados de escucha a los usuarios.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 11

1.- NOMBRE	Porcentaje de usuarios que perciben que la información recibida en la atención es entendible y completa.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Las encuestas realizadas en algunas regiones del país, reflejan como uno de los factores que generan insatisfacción en los usuarios externos la poca o nula entrega de información durante el proceso de atención, y en muchos casos la información que se imparte es poco comprensible por el usuario.</p> <p>Debido a que en el proceso de atención tanto el prestador como el usuario interactúan bidireccionalmente en la búsqueda de las solución de su necesidad de salud, es primordial que se le proporcione información veraz, clara, y completa, para que pueda tomar decisiones apropiadas –derecho a ser informado-</p> <p>Dentro del área de evaluación de satisfacción al usuario es importante detectar con alta sensibilidad la comprensión y aceptación de los contenidos entregados al usuario por el personal de salud, para ello se debe medir este aspecto que va a constituir una fuente de cambio sostenido de actitudes del personal, quienes velarán por brindar contenidos que el usuario comprenda acerca de su de salud y otros que demande.</p>
4.- OBJETIVO	Determinar la percepción del usuario respecto a la comprensión de la información recibida durante la entrega de los servicios de salud.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.-NUMERADOR	Se considerará los usuarios que perciben que la información recibida en la atención, es entendible y completa
7.- DENOMINADOR	Todos los usuarios encuestados
8.- UMBRAL	80% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Usuarios encuestados.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Encuesta de satisfacción del usuario externo.
11.- MUESTRA	Aleatoria, tomando como universo la relación de pacientes atendidos (referente año anterior) con un nivel de confianza de 95% y una exactitud de 10% (no indispensable)
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá medirse en forma semestral de tal manera que propicie, discusión, análisis de resultados y el interés en el equipo de gestión por cumplir con el indicador.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 12

1.- NOMBRE	Porcentaje de trabajadores del establecimiento de salud involucrados en la implementación de proyectos de mejora de la calidad.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	Existen experiencias de conformación de equipos de gestión a nivel redes y microrredes con conocimientos de calidad en la búsqueda de cambiar la cultura organizacional del sector, e implementar mejoras en los servicios de salud teniendo como punto de partida el análisis de problemas de la calidad, que requieren ser abordados a través de la implementación de proyectos de intervención para la mejora de la calidad de atención, permitiendo resolver los problemas cotidianos dentro de la prestación. Debido a que los problemas de calidad en los servicios de salud, comprometen a toda la organización; se busca el involucramiento de todos los trabajadores del establecimiento (trabajo en equipo) para garantizar mejoras sostenibles que se reflejen en mayores niveles de satisfacción de sus usuarios .
4.- OBJETIVO	Determinar el nivel de involucramiento de los trabajadores del establecimiento en la implementación de proyectos de mejora de la calidad.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Número de trabajadores del establecimiento involucrados en la implementación de proyectos de mejora de la calidad.
7.- DENOMINADOR	Nº de trabajadores en el establecimiento
8.- UMBRAL	80% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Acta de reuniones y documentos donde se dan cuenta de los proyectos implementados
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de fuentes secundarias: Proyecto, cronograma, evaluación de la implementación (Registros).
11.- MUESTRA	Universo de trabajadores del establecimiento de salud.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan tomar acciones que comprometan el trabajo en equipo de todo el personal.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 13

1.- NOMBRE	Participación del Equipo del E.S. en el análisis de la morbimortalidad materna y perinatal e implementación de estrategias.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Las muertes maternas constituyen un problema de salud pública que requiere ser investigado para determinar las causas subyacentes que originaron la defunción de las gestantes. De otra parte las altas tasas de mortalidad infantil presentes en muchos de los departamentos de nuestro país esta determinado por los elevados números de muertes en el periodo perinatal.</p> <p>Debido a que se requiere plantear estrategias con conlleven a disminuir el riesgo de enfermar y morir de nuestros grupos prioritarios (madre, perinato) se hace necesario generar el compromiso del equipo de los establecimientos de salud para participar en reuniones de trabajo donde no sólo se analicen los factores determinantes de la mortalidad, sino de la morbilidad más frecuente, con el propósito de plantear estrategias de abordaje de estas determinantes, los que sean tomados como acuerdos de implementación en los establecimientos de salud.</p>
4.- OBJETIVO	Generar una cultura de análisis participativo en los equipos de los establecimientos de salud, de hechos prioritarios de intervención como la morbimortalidad materna y perinatal, que conlleve a formular estrategias de solución.
5.- TIPO DE MEDIDA	Ponderación de criterios de evaluación
6.- NUMERADOR	Existencia de evidencias objetivas de la participación del equipo del E.S. en el análisis de la morbimortalidad materna y perinatal e implementación de estrategias acordadas en comité
7.- DENOMINADOR	Nº total de criterios de evaluación
8.- UMBRAL	100% de equipos de E.S. participando en el análisis e implementación de estrategias
9.- FUENTE DE DATOS	Acta de reuniones de comité de análisis de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, reunión de equipo (conclusiones) y estrategias planteadas.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de fuentes secundarias (libro de actas, registros).
11.- MUESTRA	No aplica.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma mensual de tal manera que pueda evaluarse el grado de cumplimiento del indicador y adoptar mecanismos conducentes a propiciar la participación de los equipos de los establecimientos en estas reuniones de interés común.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento.

INDICADOR 14

1.- NOMBRE	Plan local de salud elaborado y evaluado participativamente
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Existen experiencias de elaboración de planes locales de salud incorporando la participación de la población en forma organizada a nivel de establecimientos de salud, lo cual se convierte en un mecanismo de participación efectiva de la población en la planificación de la salud involucrando a la comunidad, esta experiencia esta siendo extendida en los establecimientos del primer nivel y es uno de los acuerdos de gestión del MINSA con las DISAs en el propósito de incorporar la perspectiva de la población en la planificación de salud.</p> <p>Se entiende por <i>participativo</i>, a la presencia e intervención efectiva de los representantes de la comunidad (líderes comunales, representantes de organizaciones de base, etc). en las reuniones de trabajo para formular y evaluar el plan local de salud.</p> <p>Se busca un efectivo ejercicio de la ciudadanía en salud, consignada en la constitución política, y que forma parte de los derechos que le asisten a todos los ciudadanos y compromete a las personas en la corresponsabilidad en su salud y las demás.</p>
4.- OBJETIVO	Determinar el nivel de participación comunal en las diferentes etapas de formulación y ejecución del plan de salud local
5.- TIPO DE MEDIDA	Ponderado de criterios de evaluación
6.- NUMERADOR	Se considera las evidencias objetivas participación de la población organizada en la elaboración y evaluación del plan local de salud.
7.- DENOMINADOR	Nº. Total de criterios de evaluación
8.- UMBRAL	60% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Fuentes primarias: Registro de participantes en la formulación y evaluación del plan local de salud (libro de actas) Fuentes secundarias: autoridades locales.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de fuentes secundarias (Registro).
11.- MUESTRA	No aplica.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de manera diferenciada de tal manera que pueda evidenciarse los avances en los procesos de formulación, ejecución y evaluación de los planes de manera participativa.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 15

1.- NOMBRE	Porcentaje de usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios brindados por el equipo del establecimiento de salud
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Existen pocas experiencias de medición de satisfacción del usuario dentro del sistema de prestaciones del MINSA, pero siendo el eje esencial dentro del sistema de calidad vigente, es necesario establecer una serie de aspectos factibles de medir mediante encuestas u otros métodos, que permitan tener la percepción de del usuario respecto de los requerimiento y procesos desarrollados durante la prestación del servicio de salud. Esto permite desarrollar un espíritu competitivo en el equipo del establecimiento de salud con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios.</p> <p>La <i>satisfacción del usuario</i> es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento. La satisfacción del cliente puede influir en: el hecho de que el usuario procure o no procure atención, el lugar al cual acuda para recibir atención, que esté dispuesto a pagar por los servicios, el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios, regrese o no regrese al prestador de servicios y que recomiende o no recomiende los servicios a los demás.</p> <p>La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas.</p>
4.- OBJETIVO	Determinar la satisfacción del usuario externo con los servicios brindados por el equipo del establecimiento de salud.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Se considera al número de usuarios que refieren satisfacción por el servicio recibido en el establecimiento de salud.
7.- DENOMINADOR	Todos los usuarios encuestados
8.- UMBRAL	75% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Total de usuarios externos encuestados
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Encuesta de satisfacción del usuario externo.
11.- MUESTRA	Aleatoria, tomando como universo la relación de pacientes atendidos en el periodo de medición (referente año anterior) con un nivel de confianza de 95% y una exactitud de 10% (no indispensable)
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá medirse en forma semestral de tal manera que propicie, discusión, análisis de resultados y el interés en el equipo de gestión por cumplir con el indicador.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

INDICADOR 16

1.- NOMBRE	Porcentaje de trabajadores de salud que refieren estar satisfechos en la institución
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>Dentro de las pocas experiencias de medición de satisfacción del usuario, la mayoría han centrado su mirada en el usuario externo. Dentro del sistema de prestaciones del MINSA, el usuario interno es uno de los ejes esenciales dentro del enfoque de calidad propuesto.</p> <p>La satisfacción de los trabajadores de las instituciones sanitarias es un elemento que forma parte de la definición de la calidad de la atención prestada. Aunque se cuestione su relación directa sobre la calidad de la atención al cliente externo, nadie discute que al medir la satisfacción laboral se está comprobando la calidad de la organización y de sus servicios internos, lo que se proyectará en la satisfacción de los usuarios externos y en el impacto en la comunidad.</p> <p>Con la evaluación de la satisfacción de los trabajadores se pretende conocer qué logros está alcanzando la organización en relación con las personas que la integran. Este conocimiento permitirá plantear objetivos concretos, relativos al grado de satisfacción laboral del personal, y desplegar las acciones necesarias para alcanzarlos lo que favorece el involucramiento del personal en estas tareas.</p>
4.- OBJETIVO	Determinar el grado de satisfacción laboral del usuario interno dentro de su institución donde labora.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Se considerará al número de trabajadores que refieren estar satisfechos con su institución (establecimiento de salud)
7.- DENOMINADOR	Todos los trabajadores encuestados
8.- UMBRAL	75% (Sujeto a variación según medición basal)
9.- FUENTE DE DATOS	Total de trabajadores encuestados
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Encuesta de satisfacción del usuario interno.
11.- MUESTRA	Se toma todo el universo de trabajadores del establecimiento.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá medirse en forma semestral de tal manera que propicie, discusión, análisis de resultados y el interés en el equipo de gestión por cumplir con el indicador.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento

Cuadro Resumen de Estándares según clasificación: Estructura, proceso y Resultado.

CLASIFICACIÓN		
ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El establecimiento de salud dispone de medicamentos, insumos y equipos para el manejo de las primeras causas de emergencias y daños prevalentes ✓ El establecimiento de salud dispone de medios de transporte y comunicación operativos y equipados para realizar las referencias ✓ El establecimiento de salud cuenta con sistema de agua segura, disposición apropiada de excretas y eliminación de residuos sólidos teniendo en cuenta criterios de bioseguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El personal de salud aplica guías de atención para el manejo de los daños correspondientes a las prioridades sanitarias locales. ✓ El establecimiento de salud realiza la referencia y contrareferencia según normas y protocolos ✓ El establecimiento de salud se articula y organiza funcionalmente con la microred y la red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad. ✓ El establecimiento de salud identifica y aborda barreras de acceso de los usuarios al servicio de salud.. ✓ El establecimiento de salud cuenta con mecanismos operativos de escucha al usuario. ✓ Los equipos del establecimiento de salud implementan proyectos de mejora de la calidad ✓ El equipo del establecimiento de salud participa en el análisis de la morbilidad materna y perinatal e implementa estrategias acordadas por el comité ✓ El establecimiento de salud determina prioridades, formula y evalúa su plan local de salud con participación de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El establecimiento de salud garantiza la atención institucional del parto ✓ Los usuarios están satisfechos por el trato recibido del personal de salud en los servicios ✓ Los usuarios del servicio reciben información clara acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento, referidos a su caso. ✓ Los usuarios están satisfechos con los servicios de salud brindados por el equipo del establecimiento de salud. ✓ El personal de salud esta satisfecho por su trabajo en la institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. SANAZARO PJ. Autoevaluación profesional y calidad de la atención médica. *Control de Calidad asistencial*, 1987; **2**: 99-104.
2. PEIRÓ S. Comparación de resultados en atención de salud. En Pablo Lázaro e Ignacio Martín. *Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria*. Curso UIMP. Santander, 1997.
3. DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 1966; **44**: 166-206.
4. MIRA, J.J.; LORENZO, S.; RODRIGUEZ-MARÍN, J.; ARANAZ, J. Y SITGES, E. La gestión de la mejora continua de la calidad: aplicaciones al sector sanitario. *Calidad Asistencial*, 1.998; **13**: (en prensa).
5. MIRA JJ. La gestión de la calidad orientada hacia el usuario. Curso UIMP. Alicante, 1998 (en prensa).
6. ARANAZ, J.M. Y BUIL, J.A. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clín (Barc)*, 1995;**106**: 182-184.
7. MIRA, J.J.; BUIL, J.A.; RODRIGUEZ, J. Y ARANAZ, J. ¿Es posible mejorar la coordinación entre niveles asistenciales?. *Med Clín (Barc)*, 1997;**109**: 439.
8. HEALY S. Health Care Quality Assurance. Terminology. *Int. J. Health Care Quality Assurance*. 1988; **1**: 20-31.
9. ANGARAN DM. Selecting, developing and evaluating indicators. *AJHP*, 1991; **48**: 1931-1937.
10. ANTOÑANZAS A, Magallón R. Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P. Calidad asistencial en atención primaria. Du Pont Pharma. Madrid, 1997.
11. JCAHO. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial*, 1991; **6**: 65-74.
12. SWARTZ J, BROWN S. Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality. *Journal of the Academy Marketing Science* 1989;**17**:189-195.
13. LEHTINEN U, LEHTINEN J. SERVICE QUALITY: A study of quality dimensions. Informe de Investigación. Helsinki, Finlandia: Service Management Institute, 1982.
14. DONABEDIAN a. Defining and measuring she quality of health care. Assessing quality Health care , pp.41-63. Williams and wilkins,1992.

15. DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care Milbank Memorial Foundation, 44:166-203,1966.
16. DONABEDIAN a. Basic approaches to assessment: structure, process, and outcome, explorations in quality assessment and monitoring . Ann Arbor Health Administration Press, 1980.
17. DONABEDIAN A. Criteria, norms and standards of quality: What do they mean A.J.P.H. vol, 71 no 4,409-412, 1981
18. DONABEDIAN AVEDIS. Garantía de Calidad ¿Quién es responsable? Calidad de la Atención en Salud Volumen 3 Números 1 y 2. Junio de 1996.
19. DONABEDIAN AVEDIS. La Calidad de la Atención Médica, La prensa Mexicana S.A de C.V, México D.F. 1984.
20. RUELAS ENRIQUE. Sobre la Calidad de la Atención a la salud. Conceptos, Acciones y Reflexiones. Gaceta Médica de México. Volumen 4, páginas 218-230. 1994.
21. DONABEDIAN AVEDIS. Calidad de la Atención en Salud. Vol 3 Números 1 y 2. Junio de 1996.
22. Boletín Epidemiológico 1995. IPSS. Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud.
23. CARBAJAL, y Col. 1998, Resultados de encuesta de satisfacción al usuario. Lima, HNERM. IPSS.
24. OFICINA DE MEJORAMIENTO DE GESTIÓN Y PROCESOS, Metodología para el mejoramiento continuo de los procesos, Lima, IPSS, 1996.
25. INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES DE COLOMBIA, Oficina Nacional de Evaluación de calidad. Garantía de Calidad de los servicios de Salud en el ISS, Bogotá 1989.