

**CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE
LA REGIÓN DE SALUD DE BOCAS DEL TORO
Y EL HOSPITAL REGIONAL DE BOCAS DEL TORO
PARA LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS
DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
AÑO 2009**

Los suscritos a saber: Doctora **Rosario E. Turner M.**, Mujer, panameña, mayor de edad, Doctora en Medicina, con cédula de identidad personal N° **PE-5-475**, en su condición de Ministra de Salud, actuando en nombre y representación del Ministerio de Salud, la Directora Doctora **María Villanueva**, mujer, panameña, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal N° **PE-8-2** en su condición de Directora de la Región de Salud, actuando en nombre y representación de la Región de Salud de BOCAS DEL TORO, por una parte; y por la otra, la Doctora **Yariza Jaén**, mujer, panameña, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal N° **8-724-2400**, en su calidad de Director del Hospital Regional de Bocas del Toro, han convenido en celebrar el presente CONVENIO DE GESTIÓN, que tiene como finalidad establecer objetivos, actividades y metas para la gestión eficiente de la provisión de servicios hospitalarios del segundo nivel y mejorar la calidad de atención de los usuarios de los servicios de salud. Para una mejor comprensión del presente documento, al Convenio de Gestión, se denominará CONVENIO, a la Región de Salud de Bocas del Toro, la REGIÓN y al Hospital Regional de Bocas del Toro, el HOSPITAL.

CONSIDERANDO

Que según el capítulo 6 artículo 109.- Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que el proceso de modernización institucional tiene como objetivo básico, la búsqueda de la eficacia, eficiencia, equidad y calidad en la provisión de los servicios de salud mediante el fortalecimiento del proceso de planificación, funciones administrativas, financieras y operativas centrales, regionales y locales; se establece el principio de equidad de la gestión de los servicios públicos de salud mediante la adecuada asignación de recursos, según los problemas prioritarios necesidades de salud de las poblaciones, según perfil demográfico y epidemiológico.

Que conforme con la resolución de Gabinete No. 129 del 15 de mayo de 1995 se autoriza la descentralización administrativa y financiera del Hospital Bocas del Toro

Que en el Plan de Gobierno 2004-2009 se señala claramente que se fortalecerá el Sistema Nacional de Salud con la participación sinérgica de los sectores públicos, privado y de la sociedad civil, bajo la rectoría del MINSA. De igual manera, se desarrollará un Sistema Único de Servicios Públicos de Atención a toda la Población (MINSA/C.S.S.).

Que la visión del actual gobierno, sobre salud en el desarrollo, aclara el papel a jugar por una población sana en el incremento del desarrollo económico y social de un país. Por esa razón, entre otras, el Estado y la sociedad panameña deben hacer un gran esfuerzo por asegurar la solución a sus problemas de salud y fortalecer la atención primaria por medio de una red de servicios públicos, sobre todo, con propósitos

preventivos, con una atención priorizada a la población infantil, a las embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad.

Como marco referencial existen las Políticas de Salud que son el actuar de nuestro sistema y que las mismas tienen coherencia con las políticas públicas y Sociales.

Que existen ocho políticas de salud, que son la base de la elaboración de los planes operativos anuales y que se operativizan en este instrumento para la ejecución de las acciones de Salud Pública y de la Provisión de Servicios de salud.

Que los convenios de gestión, traducen estas actividades de Salud Pública y Provisión de servicios, en una forma ordenada.

Que en las Políticas del Ministerio de Salud, la Política Número Cuatro establece: “Reordenar y modernizar la red pública para el mejoramiento de la oportunidad y eficacia de las intervenciones de salud”; y en la Política Número Cinco se establece igualmente: “Asegurar el desarrollo de una gestión sanitaria eficiente, eficaz y de calidad en el sector público de salud”.

Que es necesario el desarrollo de instrumentos que permitan administrar los recursos de manera descentralizada y con autonomía de gestión, de acuerdo a las normas reguladoras establecidas por el Ministerio de Salud como Ente Rector. Es por ello que el Ministerio de Salud implementa los convenios de gestión para asignar recursos y para orientar el cumplimiento de resultados y la transparencia en el financiamiento y la gestión de la provisión de servicios hospitalarios.

Que el **objetivo** del presente CONVENIO es ir creando una nueva cultura hacia la calidad y la eficiencia, cambiando la forma de gestión de la red de proveedores públicos, a los que el Ministerio de Salud asignará recursos para brindar servicios de salud a la población bajo su responsabilidad de acuerdo a objetivos previamente pactados; en función al mejoramiento de la gestión en salud en el ámbito central y regional del Ministerio de Salud y en el ámbito del Hospital, condiciones básicas para optimizar el uso de los recursos y diseñar las estrategias dentro de la organización, con el fin de atender los principales problemas de salud de la población de su área de responsabilidad.

Que ambas partes consideran oportuno formalizar por escrito sus compromisos, con el **propósito** de alcanzar los objetivos definidos, en un convenio de gestión que debe ser expresión del rigor de las actividades de los gestores públicos en esta responsabilidad, sin menoscabo de aquellos aspectos que por su carácter de necesidad social deban ser asumidos independientemente de su costo y nivel de eficiencia; este aspecto que constituye lo que se denomina eficacia social, no puede ser obviado en el marco genérico de este CONVENIO.

ACUERDAN

Suscribir el presente CONVENIO que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA I: DEL OBJETO DEL CONVENIO DE GESTIÓN

El objeto contractual lo constituye la provisión y administración de servicios hospitalarios de segundo nivel de atención para la población, que por adscripción territorial están definidos por la REGIÓN, de conformidad con el marco jurídico vigente, partiendo de las estimaciones que se mencionan adelante.

El HOSPITAL atenderá la población asignada, cumpliendo con las condiciones legalmente exigibles a la provisión de servicios hospitalarios, de conformidad con las estimaciones. La población adscrita directa del HOSPITAL es de 115,793 habitantes.

La cartera de servicios hospitalarios y la producción pactada se encuentran descritas en el ANEXO 1 del presente CONVENIO.

El HOSPITAL brindará a la población, servicios hospitalarios equitativos, oportunos, eficientes, de alta calidad y con calidez, a fin de procurar la atención real y efectiva de sus problemas de salud y la satisfacción de sus necesidades.

Para el cumplimiento del objeto contractual el HOSPITAL deberá ejecutar las obligaciones enunciadas en este CONVENIO, sin perjuicio del resto de obligaciones a las que no se hace referencia, por reputarse inherentes y exigibles al HOSPITAL para la operación de los servicios hospitalarios, en razón del grado de complejidad y categoría funcional asignados por la legislación en salud vigente.

CLAUSULA II: DE LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

La producción del HOSPITAL resulta del acuerdo al que llegan la REGIÓN y el HOSPITAL, sobre el volumen y tipo de actividades a desarrollar por el segundo, bajo parámetros de eficiencia, calidad y oportunidad esperados del HOSPITAL, de acuerdo con estándares establecidos por el Ministerio de Salud y la REGIÓN con base en la producción histórica y la evaluación de la eficiencia de los recursos, el perfil funcional y nivel de complejidad de los servicios. El HOSPITAL cumplirá con la cartera de servicios, de acuerdo con la clasificación cuali-cuantitativa de productos esperados.

El HOSPITAL deberá asumir y facilitar los servicios de salud y provisión de servicios establecidos en la cartera de servicios que le son exigibles en razón de la capacidad resolutive y nivel de complejidad de la instalación. ANEXO 1.

CLAUSULA III. DE LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES

La REGION estará obligado a:

- Entregar al HOSPITAL los recursos financieros existentes para ejecutar el presupuesto del año 2009 que se derive de los acuerdos pactados en el presente CONVENIO, lo que permitirá al HOSPITAL asumir la cartera de servicios que se ofertará a la población del área de influencia.

- Tomar acciones necesarias para que el HOSPITAL pueda gestionar los recursos humanos y financieros conforme al gasto.
- Conciliar cuatrimestralmente con el HOSPITAL y facilitar la ejecución presupuestaria del hospital con todas sus fuentes de financiamiento, su cartera y producción de servicios, de acuerdo a lo pactado en el presente CONVENIO.
- Realizar las gestiones ante el Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República para facilitar el acceso de los fondos en la forma más conveniente de acuerdo al balance fiscal del Estado, para que estén a disposición del HOSPITAL en forma oportuna, de acuerdo a normas y procedimientos establecidos.
- La REGION realizará auditorías, en cualquier momento que lo estime conveniente al HOSPITAL
- La Región se compromete a fiscalizar y manejar apropiadamente lo pactado en el presente CONVENIO.

El HOSPITAL estará obligado a cumplir lo pactado en este Convenio.

CLAUSULA IV: MONTO DEL CONVENIO

La REGION asignará al HOSPITAL para financiar su cartera de servicios pactada en el ANEXO 1 hasta un máximo de **UN MILLÓN CIENTO NOVENTA MIL CIENTO DIECISEIS BALBOAS (B/1,190,116.00)**, para el periodo de vigencia fiscal 2009, el cual se ejecutará conforme la asignación presupuestaria por rubro. La ejecución presupuestaria se basa en las Normas Generales de Administración Presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas y las Políticas de Gasto del Ministerio de Salud.

CLAUSULA V: METODOLOGÍA DE LA FORMULACION PRESUPUESTARIA

Con el objeto de garantizar el cumplimiento de las responsabilidades pactadas dentro del marco del presente CONVENIO, se establece la necesidad de vincular los objetivos y metas pactadas entre las partes, a la ejecución del respectivo presupuesto a cargo del HOSPITAL. Dicha formulación y posterior asignación presupuestaria estará basada en la metodología que el Ministerio de Salud establezca para tal efecto a través del Departamento de Presupuesto de la Dirección de Planificación de Salud.

CLAUSULA VI. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN DEL HOSPITAL

La REGION utilizará para la medición del cumplimiento de los objetivos pactados en el CONVENIO para este período, la metodología de evaluación que se establece en este documento, desarrollando una evaluación anual con monitoreos cuatrimestrales, que se ejecutarán a partir de la vigencia del CONVENIO, en donde se medirán uno a uno los objetivos e indicadores pactados, relacionando lo programado con lo alcanzado.

Queda a salvo el derecho que le asiste a la REGION, para el desarrollo de acciones correctivas y preventivas, de carácter excepcional o extraordinario, que deba ejecutar ante situaciones calificadas en salvaguarda del interés general.

Al efecto, la REGION delega en la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud la conducción técnica del CONVENIO; así como, la labor de evaluación del cumplimiento de sus objetivos.

Contra el resultado de las evaluaciones que se practiquen, únicamente cabrán los recursos de revocatoria ante la misma Dirección y de apelación ante la REGION, en el tiempo y forma establecidos en la metodología de evaluación del HOSPITAL, consignada en el ANEXO 3.

La REGION podrá tomar las acciones correctivas que estime necesarias ante cualquier desviación en los objetivos, metas y partidas deficitarias en el presupuesto asignado en el CONVENIO. Así mismo, podrá realizar la validación externa que considere oportuna sobre la información a que refiera el presente CONVENIO, solicitando al HOSPITAL toda aquella información adicional que se estime necesaria para aclarar, completar o confrontar lo pertinente, en lo que resulte omisa o confusa.

CLAUSULA VII. INCENTIVOS AL DESEMPEÑO

La REGION establecerá incentivos al buen desempeño, de conformidad con el resultado de la evaluación.

Estos incentivos consistirán en certificaciones, capacitaciones del recurso humano (Seminarios, Becas), compra de equipos, etc.

CLAUSULA VIII. DE LOS ANEXOS

El presente CONVENIO incluye como parte integrante, los siguientes anexos:

1. Cartera de Servicio y Producción Pactada
2. Evaluación del Desempeño de las funciones del Hospital
3. Metodología de la evaluación del HOSPITAL

CLAUSULA IX. DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

Se podrán efectuar modificaciones al presente CONVENIO por acuerdo entre las partes y mediante la suscripción de una addenda.

IX-a. La REGIÓN podrá solicitar a la conducción técnica del CONVENIO ajustes a los indicadores pactados en caso de eventos específicos o que afecten la Salud Pública, debidamente comprobados y que alteren el ritmo de trabajo normal en la REGIÓN.

Dichos eventos deben ser notificados formalmente por la REGIÓN junto con el ajuste solicitado, dentro del trimestre en que se hayan presentado.

CLAUSULA X. VIGENCIA

El presente CONVENIO tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2009, hasta el 31 de diciembre de 2009.

Estando conformes a lo antes establecido, las partes firman el presente CONVENIO, sin hacer modificación alguna.

Dado en la ciudad de Panamá, a los _____ días del mes de _____ de 2009.

DRA. ROSARIO E. TURNER M.
MINISTRA DE SALUD

DRA. MARIA VILLANUEVA
Directora de la Región de Salud de
Bocas del Toro

DRA. YARIZA JAEN
Directora del Hospital Regional
de Bocas del Toro

Anexo 1
MINISTERIO DE SALUD
C.M. DE BOCAS DEL TORO
CARTERA DE SERVICIOS HOSP. BOCAS DEL TORO 2009

Total de Consultas	2008(a)	2008(b)	2009
Médicos	12400	13929	13165
Enfermeras	2356	1956	2156
Especialistas	1500	251	LB
Pediatría	1216	86	LB
Ortopedia	250	165	LB
Nutrición	27	43	35
Otros	113	56	LB
Urgencias	8626	7640	8133
Consultas de Odontología General	2865	2751	2808
Actividades de Odontología General	5835	5951	5893
Promedio Diario de Consultas	65	77	71
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	2008(a)	2008(b)	2009
Estudios de laboratorio	13845	18282	16064
Pruebas de Laboratorio	34855	54047	44451
PACIENTES AMBULATORIO	25995	42320	34158
PACIENTES Hospitalizados	6518	7943	7231
Pacientes de Urgencias	7900	3784	5842
Pacientes de RX	1891	1231	1561
Placas de RX	2339	1888	2114
Electrocardio grama	66	155	111
Ultrasonidos	799	1095	947
ULTRASONIDOS GINECOLOGICOS	503	794	649
Medicamentos Despachados	37152	30414	33783
Ambulatorio	32369	27251	29810
Urgencias	5115	3163	4139
Recetas	25213	17639	21426
Programa Ampliado de Inmunización	4207	4296	4252
BCG	211	129	170

Convenio de Gestión Hospital de Bocas del Toro 2009

polio (RN)	253	N/A	N/A
Hepatitis B (RN)	203	218	211
Otros	3540	3949	3745
Estudios Citologicos	3906	3217	3562

Urgencias	2008(a)	2008(b)	2009
Inyecciones aplicadas	21033	19548	20291
Urgencias	13640	11145	12393
Sala	7060	8403	7732
Suturas	144	210	177
Cortes de Puntos	294	191	243
Curaciones	2598	1476	2037
Inhaloterapia	1246	1516	1381

Hospitalización	2008(a)	2008(b)	2009
Nutricion y Dietetica (Raciones servidas)	28143	20281	24492
Pacientes hospitalizados	8655	10354	9505
Personal	16806	7923	12365
Familiares	2682	2004	2343
Partos	216	218	217
Egresos	625	506	566
Días de estancia / Egresos	3357	1794	2576
Promedio días de estancia	4	3.54	3.77

ANEXO 2

Funcion 01: Derechos del paciente y su familia
Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Definición y respeto a los derechos</p> <p>DPF. 1 La organización aprueba, difunde y respeta los derechos de los pacientes.</p> <p>- Capacitación en legislación sobre discapacidad para todo el personal del HBT (meta: 75/94 personas= 80%)</p> <p>- Monitoreo de la ejecución del plan de respeto a los derechos de los pacientes. (3 monitoreos)</p>	<p>Propósito</p> <p>Se reconoce y respetan los derechos de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias y valores personales, • Privacidad, • Protección de sus pertenencias, protección ante agresiones, • Confidencialidad de información y su protección ante su uso indebido y extravío, • participar en el proceso de su asistencia, consentimiento informado, • resucitación y mantenimiento vital, • dolor, • asistencia al final de la vida, • derechos y responsabilidades ante el rechazo o interrupción del tratamiento. <p>En todo caso respetar la Ley N° 68 y otras.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numerador: funcionarios del HBT capacitados en legislación sobre discapacidad. - Denominador: total de funcionarios del HBT (94) - Meta: 80% (75/94) - 3 monitoreos de ejecución.
<p>Igualdad de derechos</p>	
<p>DPF.2 ♥En ningún caso existirán diferencias en los servicios de salud otorgados, ni en el trato brindado a los usuarios y a las usuarias, en razón del color, sexo, credo y procedencia.</p>	<p>Propósito</p> <p>Respeto de las garantías constitucionales expresadas en su artículo 19: No habrá fueros o privilegios personales ni discriminación por razón de raza, nacimiento, clase social, sexo, religión o ideas políticas.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del plan 2008 de respeto al artículo 19 de la constitución. (1) - Taller para la revisión y actualización del plan de respeto al artículo 19 de la constitución (1) - Capacitación del 60% del personal sobre el plan (56/94) - Implementación del plan (1)

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Consentimiento informado genérico al ingresar en la organización</p>	
<p>DPF. 3 Se obtiene un consentimiento Informado general cuando el paciente ingresa en la organización.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de los logros del año 2008 en consentimientos informados genéricos (1) - Cronograma de presentaciones a los pacientes en sala de espera (1). - Cronograma de presentaciones a los pacientes en grupos organizados (1). - Consolidado mensual de los consentimientos genéricos firmados (10). 	<p>Propósito El consentimiento general se obtiene cuando el paciente entra en la organización. Los pacientes reciben información tanto de su alcance, como del diagnóstico y otras pruebas incluidas y de los tratamientos que se incluyen en el consentimiento.</p> <p>Cuando el paciente no pueda o no quiera tomar se informará y solicitará el consentimiento general a sus representantes de acuerdo a la Ley 68.</p> <p>No serán admisibles formulas jurídicamente nulas y atentatorias contra los derechos y libertades al exonerar genéricamente cualquier responsabilidad</p> <p>Elemento de medición Numerador: Total de pacientes ingresados al programa con consentimiento informado genérico \times 100 Denominador Total de pacientes ingresados al programa</p> <p>Meta: 300 consentimientos firmados y archivados en los expedientes clínicos de los pacientes.</p>

Función 02: Accesibilidad y Continuidad de la Asistencia (ACA)

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Acceso a otros procesos estratégicos para el MINSA</p> <p>ACA.7 Plan de acceso procesos estratégicos del MINSA (TB, VIH, desnutrición, malaria, discapacidad.</p> <p>Evaluación trimestral de la ejecución del POA en los aspectos de TB, VIH, desnutrición, malaria y discapacidad.</p>	<p>Propósito Desarrollar las acciones que fuesen necesarias, para mejorar la oportunidad de los servicios de atención a las personas, especialmente los prestados a problemas con TB, VIH, desnutrición, malaria, discapacidad, violencia doméstica.</p> <p>Elementos de medición Numerador: evaluaciones realizadas de la ejecución del POA en los procesos estratégicos seleccionados Denominador: evaluaciones programadas de la ejecución del POA en los procesos estratégicos seleccionados.</p> <p>Meta: 3 evaluaciones.</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Información a pacientes sobre la sectorización	
<p>ACA. 8 Porcentaje de instalaciones de salud con cartera de servicios a la vista del cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualizar la cartera de servicios - Mantener la cartera a la vista de los clientes. - Distribuir trípticos o volantes anunciando horarios y servicios por departamento, una vez al mes. (9) 	<p>Propósito Mejorar la información de la cartera de servicios disponible</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de instalaciones con cartera de servicio actualizada a la vista del cliente x 100. Denominador: Total de instalaciones de salud</p>
<p>ACA.9 Porcentaje de instalaciones de salud con horarios de atención al público a la vista del cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualizar el horario de servicios - Mantener el horario a la vista de los clientes. - Distribuir trípticos o volantes anunciando horarios y servicios por departamento, una vez al mes. (9) 	<p>Elementos de medición Numerador: Número de instalaciones de salud con horarios de atención al público a la vista del cliente x 100. Denominador: Total de instalaciones de salud</p>
Barreras de acceso	
<p>ACA.10 La organización intenta limitar las barreras físicas, de idioma, culturales y cualquier otra barrera en el acceso y asistencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del avance de la ejecución del POA local para el HBT. - Certificación local de tres traductores inglés – español y tres traductores español – ngobe. - Distribución de material educativo en idioma chino simplificado. - Evaluación de la accesibilidad del HBT remodelado según señala la ley 42 y el decreto 88. 	<p>Propósito Las instituciones sanitarias como el MINSA atienden a menudo a comunidades con colectivos distintos. Puede tratarse de pacientes de edad avanzada, discapacitados, de hablas o dialectos distintos, de culturas diversas o presentar otras barreras que dificultan el proceso el acceso a los servicios sanitarios. La organización conoce esas barreras y ha introducido procesos que las eliminan o limitan durante el proceso de los servicios sanitarios. La organización persigue además, reducir el impacto de esas barreras en la provisión de servicios sanitarios.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 evaluaciones del POA local del HBT. - 3 traductores inglés - español con certificación local - 3 traductores español – ngobe con certificación local - 1 evaluación de la accesibilidad del HBT.

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>ACA.11 Porcentaje de áreas de las instalaciones de salud (consulta externa, fisioterapia, ortopedia, urgencias y laboratorio) que faciliten el acceso mediante adecuación de las estructuras arquitectónicas, rampas, manubrios, etc.</p> <p>Evaluación de la accesibilidad del HBT remodelado según señala la ley 42 y el decreto 88.</p>	<p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Re-evaluación de la accesibilidad del HBT (1) - Comparación de la evaluación 2008 vs. 2009 por área. (5 evaluaciones: Urgencias, Consulta Externa, Laboratorio, Farmacia y Sala de Hospitalización).
Estrategias para la ampliación de la cobertura de servicios	
<p>ACA.12 Otras estrategias de ampliación de la cobertura de los Servicios de Salud</p> <p>Implementación del sistema de Tele-Radiología Y Tele-Medicina en el HBT.</p>	<p>Propósito Ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante estrategias no contempladas hasta el momento</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evidencias de la ampliación de la cobertura de servicios de salud con estrategias nuevas. - Consolidado trimestral de la utilización de Tele-Medicina y Tele-Radiología (3) - Análisis comparativo de los registros consolidados (3).
Continuidad de la Asistencia – SURCO	
<p>ACA.21 Fomentar la integralidad y continuidad de la atención de salud, mediante la aplicación de un sistema articulado de las unidades del primer nivel y segundo nivel de atención, mediante la implantación del Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia, (SURCO).</p>	<p>Propósito Realizar un Plan para implementar adecuadamente SURCO, haciendo énfasis en la contrarreferencia</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento completo mensual de las referencias y contrarreferencias del HBT. - Análisis y divulgación trimestral de las referencias y contrarreferencias del HBT.

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>ACA.22 Evidencia de la Comisión Evaluadora del SURCO instalada y funcionando</p> <p>Formación de la comisión de SURCO del HBT y registro de las evidencias de funcionamiento.</p>	<p>Propósito Existencia y funcionamiento adecuado de la comisión</p> <p>Elementos de medición Evidencias del funcionamiento de la comisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe del detalle de las acciones del SURCO. • Conformación de la comisión evaluadora del SURCO instalada • Capacitaciones realizadas en el manejo del instrumento del SURCO • Lista de asistencia de los participantes • Actas de reuniones de coordinación con Analizar el Informe que contiene los detalles de acciones del SURCO. • Programación de monitoreo y evaluación del SURCO. • Registro de la hoja de referencias y contrarreferencias (instrumento SURCO).
<p>ACA.23 ♥ Utilización adecuada del formulario normado de SURCO</p> <p>Demostrar la utilización del formulario de acuerdo a la norma.</p>	<p>Propósito Cumplimentar correctamente el documento surco</p> <p>Elementos de medición <i>Numerador:</i> número de formularios de SURCO correctamente llenados mensualmente × 100. <i>Denominador:</i> Total de formularios de SURCO completados mensualmente.</p> <p>Meta: 9 evaluaciones.</p>
<p>ACA.24 Evidencia del registro de las hojas de referencia y contrarreferencia</p> <p>Seguimiento completo a las referencias y contrarreferencias.</p>	<p>Propósito Presentación de formularios con registro de referencia y contrarreferencias</p> <p>Elementos de medición Porcentaje de pacientes que han sido referidos y contrarreferidos con registros completos en todos sus ítems.</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Acceso a la cartera de servicios</p> <p>ACA.25 Cubrir las necesidades de salud de la población y del ambiente de la región en función de la cartera de servicios y de la calidad de atención pactada, según consta en los ANEXO 1, garantizando el acceso a los servicios de salud, atendiendo las disposiciones reglamentarias del MINSA.</p> <p>Mínimo de cumplimiento 85% de la cartera pactada a 9 meses de firmado el CGHBT</p>	<p>Propósito</p> <p>Mejorar el acceso de acuerdo a la cartera de servicios pactada</p> <p>Elemento de Medición</p> <p>Porcentaje de cumplimiento del nivel de actividad pactada de la cartera de servicios del Anexo 1</p>

Función 03: Evaluación del Paciente (EP)

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Evaluación inicial a todos los pacientes</p>	
<p>EP. 1 Evaluación inicial a todos los pacientes: Física, psicológica, social y nutricional del paciente hospitalizado</p> <p>Evidencia con la auditoria de expedientes clínicos.</p> <p>Evaluación al 100% de los pacientes.</p>	<p>Propósito Detectar mediante un tamizaje inicial los problemas físicos, psicológicos, sociales y nutricionales de todos los pacientes. Con arreglo al tamizaje inicial, evaluar, en su caso, más profundamente. Tomar decisiones según el resultado de la evaluación.</p> <p>Elementos de medición Porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo de evaluación inicial física, psicológica, social y nutricional.</p>
<p>Protocolos de evaluación médicos y de enfermería</p>	
<p>EP: 2 ♥ Protocolos de evaluación de procesos médicos y de enfermería</p>	<p>Propósito Evaluar a los pacientes de acuerdo a sus necesidades y que permita decisiones adecuadas a su tratamiento. Otras evaluaciones acordes con las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población de la región (en base a criterios demográficos y epidemiológicos y otros) Entre criterios que se usen para establecer en que procesos se realizará un protocolo de evaluación estarán: epidemiológicos y demográficos, riesgo, coste, etc.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la implementación de los protocolos entregados con la auditoría de expedientes. - Divulgación de los resultados de la evaluación de los protocolos y de las medidas correctivas recomendadas. - Porcentaje de las recomendaciones implementadas (90%).

Productos intermedios	Laboratorio y radiología
<p>Laboratorio</p> <p>EP.4 Se cuenta con servicios de laboratorio para atender las necesidades de los pacientes, todos estos servicios cumplen con la normativa y las leyes y estándares locales y nacionales.</p> <p>Presentar la evidencia</p>	<p>Propósito De acuerdo con las necesidades de los pacientes, aquellos que lo precisan son sometidos a evaluaciones de laboratorio. Sino se dispone de servicios de laboratorio el paciente o la muestra es derivada para la realización de la prueba n el momento oportuno.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de un procedimiento que permite acceder a los servicios de laboratorio.</p>
<p>EP.5 Personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia, se encarga de realizar los test y de interpretar los resultados.</p> <p>Presentar la evidencia</p> <p>Confirmatorias de VIH y envío de muestras, y detalles de las pruebas realizadas</p>	<p>Propósito Los test de laboratorio (incluidos tiras reactivos y otros similares) son realizados por personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de que las personas que realizan los test disponen de la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia</p>
<p>Servicios de radiología y diagnóstico por la imagen</p>	
<p>EP.6 Se dispone de servicios de radiología para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la normativa, leyes y estándares vigentes locales y nacionales.</p> <p>Presentar la evidencia</p>	<p>Propósito De acuerdo con las necesidades de los pacientes, aquellos que lo precisan son sometidos a evaluaciones de diagnóstico por la imagen. Si no se dispone de Diagnóstico por la imagen en la instalación se remite a un Servicio/ unidad de diagnóstico por la imagen. El estudio se realiza en el momento oportuno</p> <p>Elementos de medición Evidencia de un procedimiento que permite acceder a los servicios de diagnóstico por la imagen.</p>

<p>Violencia doméstica</p> <p>EP.8 Plan de detección de casos de violencia doméstica</p> <p>Plan para el 2009</p>	<p>Propósito Bajo el concepto de violencia domestica o similar a el se suele incluir el de negligencia. La evaluación de víctimas de abusos y negligencia se debe adaptar a la cultura del colectivo de pacientes. El mínimo es: a) Niños, b) Mujeres y d) Ancianos, discapacitados</p> <p>Para una actuación optima de detección de casos de violencia domestica puede realizarse una <u>búsqueda proactiva</u> en los grupos de riesgo.</p> <p>Una vez definido el grupo de riesgo debe practicarse un tamizaje a todos los pacientes de ese grupo de riesgo. La evaluación mas exhaustiva se realizará en al caso de tamizaje positivo (Ejemplo: grupo de riesgo niños de una determinada edad; elementos de screening: suciedad, hematomas, abandono, fracturas o heridas frecuentes, desnutrición, etc.),</p> <p>Debe realizarse con confidencialidad y respeto. También pueden considerase: pacientes terminales y otros con dolor; y aquellos que se supone drogodependientes o alcohólicos;- Lo mismo a los pacientes en coma y a las personas con trastornos mentales o emocionales.</p> <p>Elementos de medición Realización del Plan</p>
<p>EP.9 ♥ Comunicar los casos sospechosos de violencia domestica</p> <p>Mantener la comunicación de los casos sospechosos (100%)</p>	<p>Propósito Comunicar a las autoridades oportunas los casos sospechosos de violencia domestica en cumplimiento de la actual normativa</p> <p>Elementos de medición Número de casos comunicados de violencia domestica × 100. Denominador: Número de casos con sospecha de violencia doméstica</p>
<p>VIH</p>	

Función 04: Asistencia a los Pacientes (AP)

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósito y Elementos de medición
<p>Asistencia para todos los pacientes. Estandarización de procesos</p>	
<p>AP. 1 Plan de estandarización de procesos de atención (Protocolos de atención médicos y de enfermería).</p> <p>Plan de estandarización confeccionado y en ejecución.</p>	<p>Propósito La Región Sanitaria realiza un plan de estandarización de protocolos de atención cuando son relevantes para los pacientes y servicios de la organización.</p> <p>Para ello debe efectuar un análisis de aquellos procesos que deben protocolizarse. Se utilizarán para ello diferentes epidemiológicos como la morbilidad, mortalidad y otros relacionados con riesgo, costes, estrategias nacionales, etc.</p> <p>El ámbito de los Protocolos será Regional y Local Cuando existan se utilizarán los protocolos validados por el MINSA.</p> <p>Elementos de medición - Evaluación trimestral de avances en el plan de estandarización de los protocolos de atención. (3)</p>
<p>AP. 2 ♥ De acuerdo con el Plan Protocolos de atención se estandarizan, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cinco protocolos médicos y cinco de enfermería por instalación de LAS CAUSAS DE EGRESOS • Cinco protocolos de atención en centros sanitarios por especialidad 	<p>Propósito De acuerdo con las necesidades nacionales, regionales y locales pero siempre con la participación de los profesionales se realizará e implementará un Plan de Protocolos.</p> <p>Los protocolos de atención deben de fijarse por diferentes criterios entre los cuales está la morbilidad pero no es el único ya que deben tener en cuantos otros como las de mayor mortalidad, mayor riesgo, mayor coste, etc.</p> <p>Elementos de medición - Evaluación trimestral de avances en el plan de estandarización de los protocolos de atención de las causas de egresos. (3)</p>
<p>Enfermedades crónicas</p>	
<p>AP.2.1 Existen y se implementan protocolos de atención para las enfermedades crónicas</p>	<p>Propósito Tener en cuenta la enfermedades crónicas mas relevantes en la población atendida para el diseño de protocolos de atención</p> <p>Elementos de medición - Evaluación trimestral de avances en el plan de estandarización de los protocolos de atención para las enfermedades crónicas . (3)</p>

<p>Áreas y procesos de críticos o de especial riesgo</p>	
<p>Uso del medicamento</p>	
<p>Selección y Obtención de medicamentos</p>	
<p>AP.8 Existe un Plan de Gestión y Uso seguro de los medicamentos.</p>	<p>Propósito: Gestionar el uso seguro de los medicamentos. La Gestión en el uso del medicamento uso de medicación se organiza de manera eficaz para atender las necesidades del paciente. El uso del medicamento por sus características debe protocolizarse en los siguiente puntos críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección y obtención • Almacenamiento • Prescripción y transcripción • Preparación y dispensación • Administración • Monitorización <p>Elemento de medición Evaluaciones trimestrales de la ejecución del plan (3)</p>
<p>Almacenamiento de medicamentos</p>	
<p>AP.10 ♥ Existe un Plan que regula el almacenamiento de medicamentos.</p>	<p>Propósito El Plan de almacenamiento de medicamentos debe asegurar entre otros las:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caducidades. Debe tenerse en cuenta que las caducidades de algún medicamento varia en el momento en que se rompe el precinto (ejemplo suero fisiológico para instilaciones nasales, multidosis, etc.). • La temperatura de conservación de aquellos fármacos que lo precisen <p>Elementos de medición Evaluaciones trimestrales de la ejecución del plan (3)</p>
<p>AP.11 ♥ Se asegura que se controlan las caducidades y que no se administran medicamentos caducados.</p>	<p>Propósito: Implementar la parte correspondiente al almacenamiento del Plan de Gestión y Uso seguro del medicamento.</p> <p>Elementos de medición - Registros de control de caducidades - Inspección visual del área de descarte; registro de su utilización. - Informe mensual de existencia y caducidad.</p>

<p>AP.12 ♥ Los medicamentos termolábiles y otros se almacenan de acuerdo con el Plan de Gestión y Uso Seguro del Medicamento.</p>	<p>Propósito La variación de la temperatura de almacenamiento de medicamentos termolábiles es esencial para asegurar sus propiedades farmacológicas.</p> <p>Debe controlarse la temperatura con termómetros de máxima y mínima. Debe registrarse diariamente la temperatura máxima y mínima. Si el rango de temperatura es inadecuado se actuara de acuerdo al Plan (se tomaran decisiones en relación a la validez del mismo o cambios en fecha de caducidad).</p> <p>Elementos de medición - Compra de termómetros - Registros de temperatura diarios acordes con el plan para los medicamentos termolábiles. - Toma de decisiones correctas según el Plan</p>
<p>AP. 13 ♥Se monitoriza el uso de los medicamentos</p> <p>Plan de monitoreo 5% o menos de efectos adversos y errores.</p>	<p>Propósito Uno de los puntos críticos en el uso de los medicamentos es la adecuada monitorización de sus efectos adversos ya que, entre otros, permite detectar precozmente algunos problemas.</p> <p>Para ellos es necesario la realización de un Plan que incluya el diseño</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de efectos adversos y errores en el uso de los medicamentos comunicados a Dirección del HBT. Denominador: Número de médicos que prestan servicios al HBT (Propios o concertados como CSS, UBAS).</p>

Función 05: Educación del Paciente y de su Familia y Ciudadanos (EPFC)

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Planificación</p> <p>EPFC.1 ♥ Plan de educación del Paciente y de su familia</p> <p>Confeccionar el plan 2009 y su cronograma de aplicación, monitoreo y evaluación.</p>	<p>Propósito Algunas intervenciones sanitarias educativas se han mostrado con una muy favorable relación costo beneficio en términos de años de vida ganados con calidad y por tanto en eficiencia en el uso de los recursos sanitarios.</p> <p>La educación del paciente de su familia debe realizarse en el contexto de un Plan de Educación. El Plan de Educación debe</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
	<p>basarse en las necesidades reales del MINSA, de cada Región Sanitaria, cada Instalación sanitaria y de cada especialidad o disciplina médica y de enfermería. Se tendrán en cuenta las estrategias nacionales. Se seleccionaran por criterios epidemiológicos, costo beneficio, riesgo, etc.</p> <p>Los Planes de Educación incluirán la atención, la prevención, la promoción y el medio ambiente.</p> <p>Elemento de medición Existencia de un Plan de Educación de Pacientes y familias acorde a las necesidades de la población</p>
<p>EPFC.2 ♥ Se implementa el Plan de Educación del Paciente y de su familia</p>	<p>Propósito No solamente deben existir evidencias de que se ha ejecutado el Plan de Educación (carteles, folletos, jornadas, etc.) sino que el destinatario ha asimilado la educación impartida. Para ellos es necesario que personas capacitadas evalúen el aprendizaje del paciente o de su familia</p> <p>Elementos de medición Evidencias de cumplimiento del Plan (carteles, etc.) Numerador: Porcentaje de pacientes educados × 100. Denominador: Total de pacientes/ ciudadanos susceptibles de recibir educación con respecto al Plan.</p>
<p>Vacunaciones en menores de 1 año</p>	
<p>PPS.2 ♥ Vacunaciones de las enfermedades inmunoprevenibles en menores de un año</p>	
<p>PPS.2.1 ♥ Cobertura de BCG:(nacidos en el hospital menores de 29 días)</p>	<p>95% de cobertura.</p>

Función 06: Gestión de la Mejora de la Calidad y de la Seguridad del Paciente (GMC)

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Liderazgo de la calidad y de la seguridad</p>	
<p>GMC.1 Los responsables del gobierno y dirección de la organización participan en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad.</p> <p>Elaborar un cronograma anual de reuniones, ampliando el número de participantes en la comisión de gestión y mejora de la calidad.</p>	<p>Propósito El liderazgo y la planificación son imprescindibles en la Mejora Continua de la Calidad y la reducción de riesgos para pacientes y personal</p> <p>Elementos de medición Participación de los Líderes en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad.</p>
<p>GMC.2 Existe un plan escrito para un programa de gestión y mejora de la calidad en el ámbito de todas las instalaciones</p> <p>Plan para el año 2009 específico para el HBT.</p>	<p>Propósito Existencia de un plan escrito</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan escrito</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC.3 Los líderes de la organización identifican medidas clave (indicadores) para supervisar las estructuras, procesos y resultados médicos y de gestión de la organización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de la gestión • satisfacción del paciente y de la familia • gestión financiera • Vigilancia epidemiológica y Tasas <p>Evaluar los resultados de la encuesta de satisfacción 2008 para tener insumos para el plan de satisfacción del paciente y de la familia del año 2009.</p> <p>Monitorizar los informes de gestión financiera de manera trimestral.</p> <p>Mantener actualizadas las tasas indicadas para la vigilancia epidemiológica de los incidentes que pongan en peligro la seguridad de los pacientes, su familia y el personal.</p>	<p>Propósito Monitorizar (medir y Comparar) y con arreglo a ello tomar decisiones de mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión Clínica • evaluación del paciente. • control de calidad y seguridad en radiología y laboratorio. • uso de antibióticos y otros medicamentos y los errores de medicación. • disponibilidad, contenido y uso de las historias de los pacientes. • control de la infección, la vigilancia y los informes. • investigación médica. • Monitorización de la gestión • Informar de las actividades con arreglo a la ley y normativa. • gestión del riesgo. • gestión de la utilización. • satisfacción del paciente y de la familia. • expectativas y el grado de satisfacción del personal. • diagnósticos y datos de los pacientes. • gestión financiera. • Monitorización de la Seguridad de los Pacientes, familias y personal: Vigilancia, control y prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad de los pacientes, las familias y el personal. • Vigilancia epidemiológica y Tasas <p>Elementos de medición</p>
<p>Herramienta básica de calidad en el Convenio de Gestión: Ciclo DPCA</p>	
<p>GMC.4 ♥ El instrumento básico del convenio de gestión es el ciclo de mejora de la calidad</p> <p>Cronograma 2009 de aplicación del ciclo PDCA para la evaluación de la mejora de la calidad.</p>	<p>Propósito El objetivo del Convenio de Gestión es cumplir la misión del MINSA a través del cumplimiento de diferentes objetivos. La herramienta básica para alcanzar los objetivos es el ciclo de mejora continua PDCA</p> <p>Elementos de medición Uso del ciclo PDCA como herramienta de mejora continua de la calidad</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>La Comparación del ciclo PDCA</p> <p>GMC.4.1 ♥ El proceso de análisis incluye comparaciones internas, con otras organizaciones y con los estándares científicos y las prácticas deseadas.</p> <p>Planificación de sesiones de evaluación para el análisis de las comparaciones acumulativas para el control de la calidad.</p> <p>Comparaciones internas trimestrales se harán del 2009 vs. 2008 en los departamentos que tengan registros de POA o planificación de actividades anuales.</p> <p>Comisiones de buzón de sugerencias 2006-2007.</p>	<p>Propósito</p> <p>Medir y Comparar los datos en el contexto del Ciclo de Mejora de la calidad DPCA permite tomar decisiones de mejora. La fase C (Check) pretende medir y con el resultado de esta medición evaluar. Para evaluar hay que comparar</p> <p>El objetivo del análisis de datos es poder comparar una organización de 4 maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consigo misma a través del tiempo, cada mes o de un año para otro; POR PROCESOS Y POR CARTERA DE SERVICIO • con organizaciones similares como la CSS, a través de bases de datos de referencia; • con estándares internacionales • con prácticas adecuadas identificadas a través de bibliografía, como las directrices prácticas. <p>Estas comparaciones ayudan a la organización a comprender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y ayudan a centrar esfuerzos de mejora.</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de las comparaciones. Uso de las comparaciones para la mejora</p>
Monitorización Clínica	
Monitorización de Incidentes	
<p>GMC.5 ♥ Los datos de la monitorización se evalúan intensivamente cuando se producen incidentes inesperados importantes y tendencias y cambios no deseados.</p> <p>Mantener el registro de los incidentes y las medidas adoptadas</p>	<p>Propósito</p> <p>Ante determinados incidentes se debe realizar análisis exhaustivo para determinar la causa y prevenir que vuelvan a producirse. Entre estos incidentes deben contemplarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • muertes inexplicables o inesperadas • efectos negativos de fármacos; • errores significativos en la medicación; <p>Las Región Sanitaria y las instalaciones/ Unidades de atención, preventivas determinan qué incidentes son significativos y determina los procesos para su análisis exhaustivo. Cuando se producen episodios o incidentes no deseados, la Región o la Instalación / unidad vuelve a diseñar los procesos para evitar que se vuelvan a producir.</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Registro de incidentes inesperados. Medidas adoptadas</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Monitorización de cesáreas</p>	
<p>Comisiones clínicas de calidad en Hospitales</p>	
<p>GMC 7 ♥ Comisión de mortalidad</p> <p>Conformar la comisión y redactar el cronograma para ciclos DPCA</p>	<p>Propósito Realizar ciclos DPCA en relación a la mortalidad del hospital y de los servicios / unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad global y por servicios • Mortalidad ajustada por riesgo • Mortalidad centinela (Mortalidad indebida. Ej.: Muerte materna en parto, muerte por reacción transfusional, suicidio, etc.) <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la unidad • Actas de funcionamiento • Análisis de la mortalidad y propuestas de mejora
<p>GMC 8 ♥ Comisión de infecciones nosocomiales</p> <p>Actualización de la membresía de la Comisión de Infecciones Nosocomiales. Cronograma anual de reuniones y evaluación. Cultivo de fómites en el hospital</p>	<p>Propósito Control y prevención de la infección nosocomial</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la unidad • Actas de funcionamiento • Cumplimiento de función de la CIN
<p>GMC.9 Comisión de ética y bioética asistenciales y de investigación</p> <p>Actualización de la membresía de la Comisión de Ética y Bioética. Cronograma anual de reuniones y evaluación</p>	<p>Propósito Recoger, analizar, evaluar y, en su caso, resolver los dilemas éticos relacionados con los derechos de los pacientes. Recoger, analizar, evaluar y, en su caso, resolver los dilemas éticos relacionados con los principios éticos de los profesionales y de la organización. Todo ello respetando la vigente normativa.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la unidad • Actas de funcionamiento • Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes.

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC.10 Existencia de la Comisión de Calidad Hospitalaria (Comité de Atención al Cliente) funcionando activamente.</p> <p>Actualización de la membresía de la Comisión de Calidad Hospitalaria.</p> <p>Cronograma anual de reuniones y evaluación</p>	<p>Propósito Ver función GMC</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Constitución de la unidad ● Actas de funcionamiento ● Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes.
Auditorias de expedientes	
<p>GMC.11 Porcentaje de servicios que realizan auditorias de servicio sistemáticamente</p> <p>Realizar auditorias, aunque sean internas.</p>	<p>Propósito Realización de auditorias de expedientes para mejorar</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de servicios que realizan auditorias de servicios sistemáticamente x 100. Denominador: Total de servicios hospitalarios programados Mostrar resultados de las auditorias</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC.12 Sistema de Atención al paciente</p> <p>Actualizar el comité y cumplir con las funciones</p>	<p>Propósito Establecer e implantar el Subsistema de Atención al Cliente del Sistema de Garantía de la Calidad y Mejoramiento Continuo, como mecanismo de información permanente al cliente, relacionado con los servicios que se ofrecen, horarios de atención y los instrumentos para la presentación de reclamos y sugerencias-</p> <p>Elementos de medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instalación de un Comité de Atención al Cliente del hospital 2. Informes mensuales de la información contenida en los buzones de sugerencias. 3. Informes de la comisión de calidad y de los círculos de calidad. 4. Informes del Comité de Bioseguridad. 5. Informe de las instalaciones que realizan auditorias de expedientes sistemáticamente y sus resultados. 6. Informe de las instalaciones que realizan encuestas de satisfacción de los usuarios sistemáticamente y sus resultados. 7. Supervisión directa de la existencia de la cartera de servicios, buzones de sugerencias, horarios de atención a la vista del cliente. 8. Análisis del informe de las reuniones del Comité de Atención al Cliente. 9. Análisis de los informes de la Comisión de Calidad y de los Círculos de Calidad. 10. Análisis de los informes del Comité de Bioseguridad. Análisis del informe de las Auditorias de Expedientes. 11. Análisis del informe de las Encuestas de Satisfacción.
<p>GMC.13 ♥ Porcentaje de instalaciones de salud con buzón de sugerencias</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de buzones de reclamos y sugerencias instalados x 100.</p> <p>Denominador: Total de buzones programados.</p> <p>Meta: 7 buzones.</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC.14 Porcentaje de sugerencias analizadas y resueltas</p> <p>Cronograma de sesiones de apertura de los buzones y registro detallado de las sugerencias propuestas por los usuarios y de las soluciones que se brindaron.</p> <p>100% de sugerencias analizadas 50% de sugerencias resueltas.</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de reclamos y sugerencias solucionados x 100. Denominador: Total de reclamos y sugerencias recibidos</p>
<p>GMC.15 Existencia de la Comisión de Calidad Hospitalaria (Comité de Atención al Cliente) funcionando activamente.</p>	<p>Propósito Existencia de la Comisión de Calidad Regional (Comité de Atención al Cliente) funcionando activamente</p> <p>Elementos de medición Existencia del acta de constitución de la Comisión de Calidad Hospitalaria y Comité de Atención al Cliente) Existencia del acta de constitución de los Círculos de Calidad Evidencia de funcionamiento de la Comisión de Calidad Hospitalaria.</p>
<p>GMC.16 Las instalaciones aplican encuestas de satisfacción de usuarios. sistemáticamente por nivel de complejidad</p>	<p>Propósito Las instalaciones aplican encuestas de satisfacción de usuarios. Sistemáticamente por nivel de complejidad. Utilizan el resultado de las encuestas para mejorar</p> <p>Elementos de medición Aplicación de las encuestas de satisfacción por área (pendiente de orientación nacional)</p> <p>Evidencias del uso de los resultados de las encuestas de satisfacción para mejorar</p>
<p>Monitorización de la Vigilancia Epidemiológica y Tasas</p>	
<p>GMC.17 Se monitorizan las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)</p>	<p>Propósito Las enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) permiten monitorizaciones estratégicas. Se usan las tasas para mejorar</p> <p>Elemento de medición Numerador: N° de declaraciones de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Denominador: Población de referencia de la zona en que se declaran. Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC 19 Evidencia de tasa de incidencia de los recién nacidos con bajo peso al nacer</p> <p>Mantener actualizadas las tasas mensualmente.</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de la tasa</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
<p>GMC.20 Evidencia de tasa de incidencia de mortalidad materna</p> <p>Mantener actualizadas las tasas mensualmente.</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de la tasa</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
<p>GMC.21 Evidencia de tasa de incidencia de las cinco primeras causas de mortalidad infantil Hospitalaria:</p> <p>Mantener actualizadas las tasas mensualmente.</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de las tasas</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
<p>< 1 año</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de la tasa</p>
<p>1-4 años</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de la tasa</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
<p>GMC.22 Se obtienen las tasas de Incidencia de:</p> <p>Mantener actualizadas las tasas mensualmente. SI SE CUENTA CON LA INFORMACION</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de la tasa</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
<p>-Trastorno respiratorio y Cardiovascular Perinatal</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de la tasa</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
<p>-Infecciones específicas en el Período Perinatal</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de la tasa</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
<p>-Malformaciones Congénitas</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de la tasa</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
<p>-Bronconeumonía</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de la tasa</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
-Enfermedad del Sistema Nervioso	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora
GMC.23 se obtienen las tasas de incidencia de enfermedades de transmisión sexual en la población siguientes: Mantener actualizadas las tasas mensualmente.	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora
-Sífilis neonatal	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora
-Gonorrea	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora
-EPI	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora
-SIDA	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora

Función 07: Control y Prevención de la Infección en Centros Sanitarios (CPI)

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivo	Propósitos y Elementos de medición
<p style="text-align: center;">Planificación</p> <p>CPI.1 ♥ La organización diseña e implementa un programa coordinado para reducir los riesgos de infección nosocomial en los pacientes y asistentes sanitarios</p> <p>Plan específico para el HBT</p>	<p>Propósito La Región Sanitaria / Instalación sanitaria debe determinar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, lugares de infección y mecanismos asociados que facilitan el enfoque de los esfuerzos para prevenir y reducir la incidencia de infecciones nosocomiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el tracto respiratorio – como los procedimientos y equipo asociado con la intubación, soporte mecánico de ventilación, traqueotomía, etc.; • tracto urinario – como los procedimientos invasivos y el equipo asociado con catéteres urinarios internos, sistemas de drenaje urinario y su asistencia, etc.; • dispositivos invasivos intravasculares – como la inserción y cuidados de catéteres venosos centrales, líneas venosas periféricas, etc.; y • Heridas quirúrgicas – como su asistencia y tipo de vendaje y aséptico asociado. <p>Elementos de medición La organización ha establecido el enfoque del programa para prevenir o reducir la incidencia de infecciones nosocomiales. Se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las infecciones de las vías respiratorias. • Las infecciones de las vías urinarias. • Los dispositivos invasivos intravasculares. • Las heridas quirúrgicas. <p>Evaluaciones trimestrales de la ejecución del plan (3)</p>
<p>CPI.2 Todas las áreas de asistenciales, de personal y de visitas se incluyen en el programa de control de la infección</p>	<p>Propósito Las infecciones pueden entrar vía pacientes, familias, personal, voluntarios, visitas y otros. Todas las áreas donde se encuentran estas personas deben incluirse en el programa de vigilancia, prevención y control de la infección.</p> <p>Elementos de medición Evaluación de la inclusión de todas las áreas en el programa</p>

Objetivo	Propósitos y Elementos de medición
Implementación del Plan	
CPI.3 Se implementa el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial	<p>Propósito Poner en funcionamiento el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial.</p> <p>Elementos de medición Evidencias de implementación del Plan</p>
Comisión de infecciones	
CPI. 4 Comisión de Infecciones	<p>Propósito Grupo multidisciplinario encargado de la prevención y control de la infección nosocomial</p> <p>Elementos de medición Actualizar la comisión y registrar su actividad.</p>

Función 08: Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Convenio de Gestión	
GLD.1 ♥ El líder cumple los objetivos del Convenio de Gestión.	<p>Propósito El líder de la organización es el responsable del cumplimiento del Convenio de Gestión. Para ello facilita los recursos humanos, materiales necesarios, y fija las políticas y estrategias que lo facilitan.</p> <p>Mensualmente evalúa el estado de los objetivos, y en su caso adopta las medidas necesarias para el cumplimiento</p> <p>Elementos de medición Evidencia del cumplimiento Convenio de Gestión.</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
<p>GLD. 3 ♥ Plan Estratégico</p>	<p>Propósito Los Órganos de Gobierno y alta dirección son los responsables del Plan Estratégico y el ciclo de mejora del mismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan: Diseñar el Plan estratégico 2004 – 2009 • Do: Implantar el Plan estratégico de acuerdo al cronograma previsto • Check: Medir y evaluar el cumplimiento del plan • Act: Realizar, en su caso, correcciones al Plan y seguir con otro ciclo. <p>Divulgar y difundir el plan estratégico a todos los profesionales.</p> <p>Elementos de medición Continuar con la implementación del plan estratégico y ciclo PDCA</p>
<p>GLD.4 Plan quinquenal de Inversiones en Salud 2004-2009</p>	<p>Propósito Planificar quinquenalmente las inversiones necesarias para el cumplimiento de la estrategia diseñada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura, • Equipamiento, • Salud Nutricional, Ambiental y • otros. <p>Elementos de medición Solicitar copia y certificación de la existencia del plan de inversiones y su ejecución.</p>
<p>GLD.5 Plan de Recursos humanos CREACION DE UN PLAN CORRECTO PARA RECURSOS HUMANOS</p>	<p>Propósito Los líderes son los responsables de planificar los recursos humanos necesarios, su titulación, y de las políticas relacionadas con los mismos como la evaluación del desempeño y capacitación</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p>
<p>GLD.6 Plan Operativo Hospitalario</p>	<p>Propósito Realizar el Plan Operativo Hospitalario ajustado en función de la asignación presupuestaria y Planes Operativos Departamentales.</p> <p>Elementos de medición - Evaluación trimestral de la ejecución del POA Hospitalario (3)</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
GLD.7 Plan Presupuestario acorde al Plan Operativo Regional	<p>Propósito Plan de Inversión ajustado</p> <ul style="list-style-type: none"> • En función de la asignación presupuestaria. • Detalle del avance físico de construcciones y mejoras de la infraestructura, asignado de forma prioritaria y con sus respectivas inversiones (total de la inversión) <p>Elementos de medición - Evaluación trimestral de la ejecución presupuestaria Hospitalaria (3)</p>
Los líderes y los Derechos de los Pacientes y de sus Familias	
GLD.9 Derechos de los Pacientes y de sus familias	<p>Propósito Los líderes de la organización son los responsables de aprobar y hacer cumplir los Derechos de los Pacientes y de sus Familias que, en todo caso, respetaran la normativa.</p> <p>Elementos de medición - Actividades de promoción de los Derechos de los Pacientes (3). - 300 consentimientos firmados y archivados en los expedientes clínicos de los pacientes.</p>
Los líderes y la mejora continua de la calidad	
GLD.10 Plan de Mejora Continua de la Calidad	<p>Propósito Los líderes son los responsables de aprobar el Plan de mejora de la Calidad y de su evaluación y cumplimiento</p> <p>Elementos de medición - Evaluación trimestral del Plan de Mejora Continua de la Calidad Hospitalaria (3)</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p align="center">Los líderes y el Plan de Emergencias, Catástrofes y Desastres</p>	
<p>GLD.11 Plan de Emergencias.</p>	<p>Propósito Los líderes son los responsables de aprobar el Plan de Emergencias internas y externas (plan de emergencias y desastres) de acuerdo a los lineamientos del SISED. (Ver función GSI). Documento del Plan Operativo Regional de Respuesta Emergencias y Desastres:</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualización del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. • Acta de renovación de la membresía del Comité de Gestión de Riesgo Hospitalario • Cronograma de Actividades del Comité de Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno. • Evidencia de la ejecución del cronograma con documentación.

Función 09 Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno (GSI)

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Sistema de Gestión del Entorno	
GSI.1 Diseñar e implementar un Sistema de Gestión del Entorno que contenga los siete planes siguientes	Diseñar todos los planes de seguridad, Vigilancia, Materiales Peligrosos, Emergencias y Desastres, Incendios y Equipo Médico. Seguir ciclos DPCA en todos los planes.
Seguridad de las instalaciones	
GSI.1.1 Plan de Seguridad	<p>Propósito Que los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. - Cronograma de Actividades del Comité de Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno. - Evidencia de la ejecución del cronograma con documentación.
Vigilancia de las instalaciones	
GSI.1.2 Plan de Vigilancia	<p>Propósito Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de posibles lesiones o pérdidas.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. - Cronograma de Actividades del Comité de Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno. - Evidencia de la ejecución del cronograma con documentación.
Materiales y residuos peligrosos	
GSI.1.3 ♥ Plan de Materiales Peligrosos	<p>Propósito Se controla la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales radioactivos, entre otros, y se eliminan adecuadamente los residuos peligrosos.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. - Cronograma de Actividades del Comité de Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno. - Evidencia de la ejecución del cronograma con documentación.

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Emergencias y Catástrofes</p> <p>GSI.1.4 ♥ Plan Operativo Regional de Emergencias y Desastres.</p>	<p>Propósito Se planifica una respuesta eficaz ante epidemias, desastres y emergencias.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. - Cronograma de Actividades del Comité de Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno. - Evidencia de la ejecución del cronograma con documentación.
<p>Seguridad ante el fuego y el humo</p> <p>GSI.1.5 ♥ Plan de Seguridad contra incendios.</p>	<p>Propósito Se protege al edificio y a sus ocupantes del fuego y del humo.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. - Cronograma de Actividades del Comité de Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno. - Evidencia de la ejecución del cronograma con documentación.
<p>Equipamiento biomédico</p> <p>GSI.1.6 ♥ Plan de Equipo Médico.</p>	<p>Propósito El Equipo médico se selecciona, se mantiene (preventiva y correctivamente) y se utiliza de manera que se reduzcan los riesgos.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. - Cronograma de Actividades del Comité de Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno. - Evidencia de la ejecución del cronograma con documentación.

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Instalaciones 7	
GSI.1.7 Plan de Instalaciones (servicios Básicos)	<p>Propósito Los sistemas eléctricos y de abastecimiento de agua, entre otros, se mantienen (preventiva y correctivamente) para minimizar el riesgo de fallos de funcionamiento.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. - Cronograma de Actividades del Comité de Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno. - Evidencia de la ejecución del cronograma con documentación.
<p align="center">Comité de Gestión del Riesgo Regional</p>	
GSI.2 Comité de Gestión del Riesgo Hospitalario	<p>Propósito De acuerdo con las directrices del SISED crear un Comité de Gestión del Riesgo Hospitalario que será el responsable de implementar el Plan Operativo Hospitalario de Emergencias y Desastres.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización de la membresía del Comité. - Evidencias de funcionamiento del comité
<p align="center">Implementación de los Planes</p>	
GSI.3 Ejecución de los siete Planes	<p>Propósito Implementar los siete planes de Gestión y seguridad del entorno y de las instalaciones</p> <p>Elementos de medición Evidencias de implementación de los planes</p>

Función 10 Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Plan de capacitación	
FCP.1 Plan de capacitación	<p>Propósito Plan de capacitación global de la organización, que tenga al menos, en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El desarrollo de las funciones especificadas en este convenio • Las necesidades de capacitación de todas las personas en su ámbito de actuación. • La capacitación es continua. Se usa la evaluación del desempeño para detectar necesidades de capacitación <p>Elementos de medición Plan de capacitación hospitalario (1)</p>
FCP.2 Cumplimiento del plan de capacitación	<p>Propósito Implementar el plan de capacitación Cada uno de los miembros del personal recibe educación continua en el servicio y otra educación y formación para mantener o aumentar sus capacidades y conocimientos.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia del cumplimiento del Plan Anual de Capacitación que incluye el Porcentaje de acciones planificadas ejecutadas entre el porcentaje de acciones planificadas (95%). • Matriz de evaluación de la actividad de capacitación trimestral y anual. • Informe de las actividades de capacitación. • Listas de asistencias y horas crédito de los participantes Informe de evaluaciones posterior a la capacitación Acta de conformación de la UDH (Unidad de Docencia Hospitalaria). • Actas de reuniones de la UDH

<p>Evaluación del desempeño</p>	
<p>FCP.3 Se evalúa el desempeño de los profesionales de la organización</p>	<p>Propósito La evaluación del desempeño de los profesionales es básica para que las personas cumplan adecuadamente su papel en la organización. Los resultados de la evaluación se usan para mejorar.</p> <p>En todo caso se respetaran la normativa vigente</p> <p>Elementos de medición Numerador: Numero de profesionales a los que se ha evaluado el desempeño × 100. Denominador: Numero total de profesionales evaluables.</p> <p>Meta: 50%</p>
<p>Unidades docentes</p>	
<p>FCP.4 Unidad de Docencia Hospitalaria (UDH) conformada y funcionando.</p>	<p>Propósito Las UDH son las responsables de: Detectar las necesidades de capacitación regional para cumplir con el Convenio de Gestión y otros lineamientos estratégicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer Plan de capacitación en relación a las necesidades 2. Implementar el Plan 3. Monitorizar el Plan 4. Realizar, en su caso, medidas correctoras al plan <p>El medio adecuado para verificar que la capacitación ha sido asimilada es la evaluación.</p> <p>Elementos de medición - Evidencias de implementación (actas, informes, evaluaciones) - Evaluación de la función desarrollada</p>
<p>Recertificación</p>	
<p>Capacitación en Convenio de Gestión</p>	
<p>FCP.6 ♥ Capacitación en Convenio de Gestión.</p>	<p>Propósito Capacitación en significado, contenido y alcance de los Convenio de Gestión a los profesionales sanitarios y no sanitarios. La capacitación incluye el ciclo de mejora de la calidad PDCA</p> <p>Elementos de medición - Informe y listado de los participantes a la capacitación - Análisis de evaluaciones posteriores a la capacitación realizada.</p> <p>Meta: 75/94 funcionarios capacitados. (80%).</p>

<p>Otras capacitaciones</p>	
<p>FCP.8 Porcentaje de funcionarios de las instalaciones de salud del primer nivel de atenciones capacitadas y sensibilizadas para la atención de las personas discapacitadas.</p>	<p>Propósito Capacitar a los profesionales sanitarios y no sanitarios en la atención a las personas discapacitadas.</p> <p>Elementos de medición - Informe y listado de los participantes a la capacitación - Análisis de evaluaciones posteriores a la capacitación realizada.</p> <p>Meta: 75/94 funcionarios capacitados. (80%).</p>

Función 11: Gestión de la Información y de la utilización de recursos sanitarios (GIU)

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p style="text-align: center;">Planificación</p> <p>GIU.1 Plan de información</p> <p>Coordinar con los departamentos y servicios del nivel regional y local que información requieren y con que periodicidad</p>	<p>Propósito</p> <p>La organización planifica e implementa procesos que atienden las necesidades de información de los que prestan servicios médicos, los que dirigen la organización y los de fuera de la organización que requieren datos e información de la organización.</p> <p>La información se genera y utiliza para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y durante la asistencia al paciente para la gestión segura y eficaz de la organización.</p> <p>La capacidad para captar y distribuir información requiere una planificación eficaz. La planificación incorpora entradas de información de muchas fuentes distintas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los profesionales sanitarios; • los líderes y ejecutivos de la organización, y • la gente de fuera de la organización que necesita o solicita información o datos acerca de la organización y de los procesos de asistencia. <p>La información prioritaria necesita de estas fuentes para influir en las estrategias de gestión de la información y la capacidad para introducir estas estrategias. Las estrategias se ajustan al tamaño de la organización, la complejidad de los servicios, la disponibilidad de personal formado y otros recursos técnicos y humanos. El plan es extenso e incluye todos los servicios y departamentos de la organización.</p> <p>Elementos de medición</p> <p>- Evaluación trimestral del plan (3 evaluaciones).</p>
<p>GIU.1.1 Seguridad de la información</p>	<p>Propósito</p> <p>El plan incluye la manera de mantener la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información.</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia de inclusión de aspectos relacionados con la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información en Plan de Información</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.1.1.1 Se protege la información y los archivos de la pérdida, destrucción y del acceso o uso indebido o no autorizado.</p>	<p>Propósito Las historias del paciente y otros datos e información están seguros y protegidos en todo momento. Por ejemplo, las historias clínicas vigentes se guardan en áreas a las que sólo puede acceder el personal autorizado y los archivos se mantienen en lugares protegidos del calor, el agua, el fuego u otros. La organización también contempla el acceso no autorizado a información electrónica e implementa procesos para evitar su acceso.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se protegen los archivos y la información contra la pérdida o destrucción (inspección visual). • Se protegen los archivos y la información de la manipulación y el uso o acceso desautorizado (inspección visual). • Capacitación al personal de Registros Médicos y Estadística sobre confidencialidad y sobre la pérdida de la Historia Clínica (100% del personal de REMES) • Señalización del área de Registros Médicos para personal autorizado (inspección visual)
<p>Códigos de información</p>	
<p>GIU.2 La organización utiliza códigos diagnósticos, códigos de procedimientos, símbolos y definiciones estandarizadas.</p>	<p>Propósito La terminología, las definiciones, el vocabulario y la nomenclatura estandarizada facilitan la comparación de los datos y de la información entre las organizaciones y dentro de ellas. El uso uniforme de códigos de diagnóstico y de procedimiento apoya el análisis y la recogida de datos. Las abreviaturas y símbolos también están estandarizados con arreglo a los estándares locales y nacionales reconocidos. (Se refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE)</p> <p>Elementos de medición Se utilizan códigos de diagnóstico estandarizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se utilizan códigos de procedimiento estandarizados. • Se utilizan símbolos y definiciones estandarizados.
<p>GIU.3 El plan de Información se implementa y apoya mediante personal adecuado y otros recursos.</p>	<p>Propósito Implementar el Plan de Información. Apoyar el Plan de Información mediante personal adecuado y otros recursos.</p> <p>Elementos de medición - Evaluaciones trimestrales de la ejecución del Plan de Información (3).</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Conjunto Mínimo Básico de datos al alta (CMBD)	
Subsistemas de información	
<p>GIU.6 Mantener actualizados los subsistemas de información en salud regional y local en todos sus componentes (clínico asistencial, de participación social, de gestión, recursos humanos, financieros y contables).</p>	<p>Propósito Evidenciar la existencia del subsistema de información estadístico, boletines, instrumentos de informes de participación social, de gestión, sistema de información financiera y contable, como de evaluación del recurso humano</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de registro que componen el subsistema estadístico clínico asistencial. • Boletín Estadístico Anual 2009. • Instrumentos de registros de informes actualizados de participación social con compromisos por parte de la comunidad. • Informe de evaluación de la gestión. • Informe de evaluación del recurso humano. • Informes de resultados de ejecución financiera, contable.
<p>GIU.7 Evidencia de un subsistema de información estadística clínico asistencial actualizado y acorde a las normas del MINSA</p>	<p>Propósito Inventario de los instrumentos de registro que componen el subsistema clínico asistencial. Verificación de las 5 variables básicas de los instrumentos de registro. Presentación del Boletín Estadístico Anual del año anterior</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de registro que componen el subsistema estadístico clínico asistencial. • Boletín Estadístico Anual 2009.
Informes	
<p>GIU.8.1 Evidencia de informes de gestión</p>	<p>Propósito Presentación de informes de gestión</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p>
<p>GIU.8.2 Evidencia de informes de recursos humanos</p>	<p>Propósito Presentación de evaluaciones del recurso humano</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.9 Gestión de la utilización de las instalaciones sanitarias</p>	<p>Los objetivos de Gestión de la Utilización se refieren en algún caso a hospitales (egresos, altas, etc.) pero en otros pueden ser relacionarse con hospitales y con otros niveles asistenciales (Ejemplo: Consultas externas, emergencias, etc. Cada unidad cumplimentará aquellos que le correspondan</p>
<p>GIU.9.1 Pacientes ingresados en el hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p>Elementos de medición N° de pacientes totales ingresados en el hospital y en cada servicio y/o unidad. (Periodicidad mensual)</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento (actualización mensual).</p>
<p>GIU.9.2 Egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p>Elementos de medición N° de egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad. (Periodicidad mensual).</p>
<p>GIU.9.3 Estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Número de estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad. Periodicidad Mensual</p>
<p>GIU.9.4 Camas instaladas en el conjunto del hospital y en cada unidad/ servicio</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Número de camas totales instaladas en (diariamente):</p> <ul style="list-style-type: none"> • En todo el hospital • En cada servicio/ unidad

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.9.5 Camas funcionantes en el conjunto del hospital y en cada servicio/ unidad Actualización mensual de los indicadores NA en red primaria</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Número de camas funcionantes instaladas en (diariamente):</p> <ul style="list-style-type: none"> • En todo el hospital • En cada servicio/ unidad
<p>GIU.9.6 Estancia media para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de días de estancia hospitalaria. Denominador: Número total de egresos Actualización: mensual.</p>
<p>GIU.9.7 Porcentaje de ocupación para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de días camas utilizado en el total de hospital / cada servicio o unidad 100. Denominador: Número de días cama disponible Actualización: mensual</p>
<p>GIU.9.8 Giro cama para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de egresos en el total del hospital o cada servicio/ unidad. Denominador: Número total de camas Actualización: mensual.</p>
<p>GIU.9.10 Porcentaje de egresos programados en el total del hospital y cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de egresos programados en el total el hospital y en cada servicio/ unidad x 100. Denominador: Número total de egresos Actualización: mensual.</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.9.11 Presión de urgencias</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de ingresos por urgencia × 100. Denominador: Número total de ingresos Actualización: mensual.</p>
<p>GIU.9.17 Consultas externas totales y sucesivas en el total de la instalación y en cada especialidad/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición - Actualización mensual de los indicadores.</p>

Función 13: Gestión Económico Financiera y Logística (GEF-L)

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
GEF-L. 1 ♥ Plan del Sistema de Gestión Económico Financiero	<p>Propósito Diseñar e Implementar un Sistema de Gestión Económico Financiero</p> <p>Elementos de medición Evaluación trimestral del plan del Sistema de Gestión Económico Financiera (3).</p>
Eficiencia	
GEF-L-2 ♥ La organización mejora la eficiencia	<p>Propósito Mejorar continuamente los niveles de eficiencia en el ejercicio de las funciones, sin menoscabo de la calidad de la provisión de los servicios de salud a la población y al ambiente</p> <p>Elementos de medición Evidencia de mejoras en la eficiencia</p>
Incentivos a la eficiencia	
GEF-L.3 ♥ La organización establece incentivos a la mejora de la eficiencia	<p>Propósito Los ahorros en los presupuestos sombra anuales de los diferentes servicio unidades de prevención, promoción o asistencia son reinvertidos en la misma con el fin de mejorar la misión. Se tienen en cuenta las indicaciones de los responsables de le mejora de la eficiencia (ahorro) en l destino de los recursos monetarios. Ejemplo: Capacitación, asistencia a Cursos y Congresos, Herramientas informáticas para cumplir mejor la misión, Libros relacionados con su función en la organización. Etc.</p> <p>Los recursos comprados por este método serán propiedad d la organizaron.</p> <p>En todo caso se cumplirán las leyes y normativas</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento de este objetivo</p>

Contabilidad analítica	
Facturación a terceros	
<p>GEF-L.6 ♥ Se factura correctamente a terceros</p>	<p>Propósito La facturación correcta de los servicios prestados a terceros es esencial para ingresar los recursos monetarios correspondientes.</p> <p>La facturación a la CSS en ocasiones debe facturarse por actividades y no consultas.</p> <p>Elementos de medición Presentar número y porcentaje de actividades facturadas por servicios prestados a asegurados en instalaciones de MINSA.</p> <p>Evidencia de la documentación oportuna para la facturación de la compensación por servicios prestados a asegurados atendidos en las instalaciones del MINSA</p> <p>.</p>

Anexo 3

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

Se evaluará anualmente en donde se medirán uno a uno los objetivos e indicadores, relacionando lo programado con lo alcanzado.

Los objetivos de la evaluación son:

- evaluar y controlar los procesos y los resultados
- facilitar una visión completa del evaluado
- establecer relaciones entre lo programado y lo ejecutado
- evaluar de forma eficiente y objetiva la marcha
- modificar el rumbo
- proyectar el futuro
- adoptar medidas de control garantizando la eficacia, calidad, eficiencia, ética y economía de todas las operaciones, en cumplimiento de las metas propuestas, y los mandatos institucionales.

Proceso metodológico de evaluación

La evaluación será realizada por un equipo evaluador, los cuales tendrán la obligación de revisar, el cumplimiento de lo efectuado con lo programado. En las evaluaciones deben estar presentes representantes de la Dirección, servicios, departamentos, programas, administradores y coordinadores entre otros. Al final de cada evaluación se elaborará un reporte escrito, que será entregado a la alta gerencia. La evaluación se realizará tomando en consideración doce meses.

Cabe señalar que la organización implementará procesos de monitoreos que redunden en beneficio del cumplimiento de los objetivos e indicadores trazados en el presente Convenio.

La Dirección de Planificación de Salud conformará un equipo evaluador con representantes de la Oficina de Desarrollo Institucional y de las Direcciones Nacionales y podrá requerir a cualesquiera de las unidades técnicas institucionales que resulten competentes en razón de la materia, para la verificación del cumplimiento de objetivos o producción pactada a cargo del PROVEEDOR, con el propósito de obtener criterios especializados indispensables para el análisis y evaluación final de resultados y para fortalecer y dar carácter integral a las intervenciones.

Los resultados de la evaluación serán comunicados oficialmente al evaluado en un período de un mes. En caso de insatisfacción con los resultados de la evaluación, el evaluado solicitará la revisión de su evaluación a más tardar quince días después de haber recibido oficialmente los resultados de la misma. La instancia de apelación será el titular designado en su defecto por la organización, quien orientará la solución debida en un período no mayor a quince días hábiles. La organización tendrá quince días hábiles para responder a la apelación. Si en el periodo estipulado para cualquiera de los niveles de apelación no se diese respuesta, la misma se da por aceptada.

Evaluación de objetivos del Evaluado

Los indicadores del presente anexo constituyen la base del sistema de evaluación de desempeño que se utilizará para la medición del cumplimiento de los objetivos y desarrollará la evaluación con base en estos indicadores.

Los indicadores son la expresión cuantitativa o cualitativa del funcionamiento del sistema, que permiten valorar de qué forma se está realizando el trabajo, en áreas, como uso de recursos (eficiencia), resultados y satisfacción del usuario (calidad).

Elementos de puntuación

Objetivos con indicadores conceptuales:

Tendrán cinco intervalos de medición y posibilidad de No Aplicable (NA):

- 1: Nula evidencia
- 2: Alguna evidencia de cumplimiento
- 3: Evidencia parcial
- 4: Evidencia clara
- 5: Evidencia total
- NA: No Aplicable



Objetivos tipo numéricos (Tasas, etc.)

Es un número resultante de una operación matemática.

Los expertos del MINSA y conforme las normas nacionales propondrán con carácter nacional que puntuación corresponde a cada porcentaje.

Tabla 1: Ejemplo de puntuación de un objetivo tipo tasa

Objetivo:	• Tasa de vacunación de la influenza: 90%
Intervalos de puntuación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasa < 87%: Puntuación deficiente (puntuación equivalente a Sin evidencia o anecdótica), es decir 1 punto 1. Tasa 87,9 - 89,9%: Puntuación Regular (equivalente a Alguna Evidencia), es decir 2 puntos 2. Tasa 90 – 92,9%. Puntuación Bueno (equivale a Evidencia), es decir 3 puntos 3. Tasa entre 93 – 95,9%: Puntuación (Muy bueno (Equivale a Evidencia Clara), es decir 4 puntos 4. Tasa > 96%: . Puntuación Excelente (equivale a evidencia total), es decir 5 puntos. 5. No es Aplicable el objetivo: Puntuación NA (No Aplicable) 6. No se ha evaluado el objetivo: Puntuación; NE (No Evaluado)

Matriz común de equivalencias entre numéricos y conceptuales

Los objetivos numéricos posteriormente a su cálculo podrán, además, ser agregados en cinco intervalos según la siguiente matriz:

Tabla 2: Equivalencias entre medición de indicadores y calificaciones

a)	Deficiente					Regular					Bueno					Muy bueno					Excelente				
b)	1					2					3					4					5				
c)	Sin evidencia o anecdótica					Alguna evidencia					Evidencia					Evidencia clara					Evidencia total				
d)	(%)	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	(%)			

- a) Calificación cualitativa global del Convenio de Gestión o de alguna de sus funciones
 b) Calificación cuantitativa global del Convenio de Gestión o de alguna de sus funciones
 c) Rango de puntuación cualitativa de los objetivos del Convenio de Gestión
 d) Rango orientativo de puntuación de indicadores numéricos (debe adaptarse a cada caso)

Objetivos esenciales:

Son objetivos estratégicos cuyo nivel de esfuerzo debe ser mayor. Se destacan por estar en letra “**bold**” o “**negrita**” y llevar el símbolo ♥ al principio del mismo

Ponderación inicial de las funciones

Cada función tiene un valor de 5 puntos. En principio todos los indicadores de cada función tienen el mismo valor.

Las autoridades de salud podrán establecer ponderaciones diferentes a cada indicador y a cada función.

Nivel requerido de esfuerzo según el tipo de indicadores:

- Indicadores no esenciales:** Obtener “Bastante evidencia de promedio”: Puntuación 4
 Tener, al menos, “**Evidencia**” en todas las funciones:
 Puntuación 3
- Indicadores esenciales** Obtener, “**Total Evidencia**” Puntuación 5.
 Se permite únicamente “**Evidencia Clara**” en el 10% de los indicadores *core*.

Objetivos con Elementos de medición tipo Tasas: Para su valoración deberá proponerse intervalos individuales que equiparen la tasa y la puntuación correspondiente.

Objetivos numéricos a alcanzar: serán fijados en el momento de la negociación. Se asignaran tramos de cumplimiento y puntuación correspondiente.

Puntuación final del Convenio de Gestión

Clasificación Inicial

La puntuación final del Convenio de Gestión será de acuerdo con los siguientes criterios en cinco grupos:

- Excelente
- Muy Bueno
- Bueno
- Regular
- Deficiente