

**CONVENIO DE GESTIÓN CHIRIQUÍ
Y EL HOSPITAL JOSE DOMINGO DE OBALDIA
PARA LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS
DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
AÑO 2009**

Los suscritos a saber: **Doctora Rosario Turner**, 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, el **Dr. Federico Ávila**, varón, panameño, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal N° 8-238-54 en su condición de Director de la Región de Salud, actuando en nombre y representación de la Región de Salud de Chiriquí, por una parte; y por la otra, el **Doctor Gherson Cukier**, panameño, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal N° 4-113-460, en su calidad de Director del Hospital José Domingo de Obaldía 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 Chiriquí, la REGIÓN y al Hospital José Domingo de Obaldía, el HOSPITAL.

CONSIDERANDO

Que según el capítulo 6 artículo 109 de la Constitución de la República de Panamá, es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la comunidad, 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 y calidad en la provisión de los servicios de salud mediante el fortalecimiento de 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 y necesidades de salud de las poblaciones.

Que conforme con la resolución de Gabinete No. 129 del 15 de Mayo de 1995 se autoriza la descentralización administrativa y financiera de las Regiones de Salud de Chiriquí, Bocas del Toro, Coclé, Colón, San Blas, Darién, Veraguas, Los Santos, Herrera, Panamá Oeste, Panamá Este, Región Metropolitana y Región de San Miguelito.

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, la sociedad panameña debe 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.

Que la respuesta efectiva a los problemas actuales de salud de la población panameña, necesita de la concienciación para la participación activa del conjunto de la sociedad en el fomento del auto cuidado, la protección de la salud y la vigilancia de las condiciones que afecten la salud de la población y el ambiente, de allí la necesidad de una red pública de atención de salud de la población, que funcione en forma ordenada y coordinada, que permita la provisión de servicios de mejor calidad y eficiencia con igualdad de oportunidades a toda la población.

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 MINSA como ente rector. En este sentido el MINSA está utilizando 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 los servicios de salud.

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 MINSA asignará recursos para brindar servicios de salud para la población bajo su responsabilidad, en acuerdo de unos objetivos previamente pactados; esto en función de que el mejoramiento de la gestión en salud en el ámbito central del MINSA y en el ámbito del Hospital de servicios, son condiciones básicas para optimizar el uso de los recursos y para diseñar las estrategias dentro de la organización, con el fin de atender los principales problemas de salud de la población y del ambiente 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 asumido 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 INTEGRALES EN SALUD, para la población y el ambiente, que por

adscripción territorial están definidas por el MINSA, 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 414,048 habitantes.

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

El HOSPITAL brindará a la población, servicios de salud equitativos, oportunos, eficientes y de alta calidad, 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 documento, sin perjuicio del resto de obligaciones a las que no se hace referencia, por estimarse inherentes y exigibles al PROVEEDOR para la operación de los servicios, en razón del grado de complejidad y categoría funcional asignados por la legislación en salud vigente.

CLAUSULA II: DE LA PRODUCCIÓN REGIONAL

La producción regional resulta del acuerdo al que llegan 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 MINSA con base en la producción histórica, el perfil funcional y nivel de complejidad de las instalaciones de la red de servicios de salud. El HOSPITAL cumplirá con la producción regional, de acuerdo con la clasificación cuali-cuantitativa de productos esperados.

El PROVEEDOR deberá asumir y facilitar los servicios de salud, establecida en la cartera de servicios que le son exigibles en razón de la capacidad resolutive y nivel de complejidad de sus instalaciones de salud. ANEXO 1.

CLAUSULA III. DE LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES

La REGIÓN estará obligado a:

1. 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.
2. Tomar acciones necesarias para que el HOSPITAL pueda gestionar los recursos humanos y financieros conforme al gasto.
3. 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.

4. 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.
5. La REGIÓN realizará auditorías, en cualquier momento que lo estime conveniente al HOSPITAL
6. La Región se compromete a fiscalizar y manejar apropiadamente lo pactado en el presente CONVENIO.

El HOSPITAL estará obligado a cumplir las siguientes funciones:

Función 01: Derechos del Paciente y de su Familia (DPF)

Cada paciente y cada ciudadano es distinto y tiene sus propias necesidades, carácter, valores y creencias. El MINSA trabaja para establecer una comunicación abierta y de confianza con los pacientes/ ciudadanos y entender y proteger cada uno de los valores culturales, psicosociales y espirituales.

Los resultados de la asistencia al paciente mejoran cuando los pacientes y, en caso necesario, sus familias o aquellos que toman decisiones en su nombre, participan en las decisiones de asistencia y en los procesos de manera que se ajusten a sus expectativas culturales.

Para promover los derechos del paciente en las organizaciones como el MINSA, se empieza en primer lugar definiendo esos derechos, luego educando a los pacientes y al personal acerca de esos derechos. Se informa a los pacientes sobre sus derechos y cómo actuar sobre ellos. Se enseña al personal a entender y respetar las creencias y los valores de los pacientes y a prestar una asistencia considerada y respetuosa que proteja la dignidad de los mismos.

Esta función regula los procesos para:

- identificar, proteger y promover los derechos del paciente;
- informar a los pacientes de sus derechos;
- incluir a la familia del paciente, en caso necesario, en decisiones sobre la asistencia al paciente;
- obtener consentimiento informado;
- educar al personal en los derechos del paciente; y
- establecer un marco ético de la organización.

El modo de desarrollar estos procesos dentro de la organización dependerá de las leyes y normativas de Panamá y de cualquier convención internacional, tratados, o acuerdos sobre derechos humanos asumidos por el país.

Estos procesos guardan relación con la manera de prestar asistencia de la organización de manera equitativa, dada la estructura del sistema de asistencia sanitaria y los mecanismos de financiación sanitaria de Panamá.

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

El MINSA debe considerar la asistencia preventiva y curativa que presta como parte de un sistema integrado de prestaciones, profesionales de la asistencia médica y niveles de asistencia, que configuran la continuación de la asistencia y de la función de prevención y promoción de la salud.

El objetivo es adaptar correctamente las necesidades de asistencia de los pacientes y ciudadanos a los servicios con que se cuenta tanto propios como de la CSS u otras organizaciones, coordinar los servicios facilitados al paciente dentro de la organización y planificar el alta y el seguimiento. Esto mejora los beneficios de los pacientes y hace más eficaces los recursos disponibles.

La información es esencial para tomar decisiones acertadas acerca de:

- las necesidades del paciente que pueden satisfacerse desde la organización sanitaria;
- el flujo eficaz de servicios para el paciente; y
- el traslado adecuado o el alta del paciente a su casa u otro centro asistencial

Función 03: Evaluación del Paciente (EP)

Un proceso eficaz de evaluación del paciente deriva en decisiones acerca de la urgencia o las necesidades inmediatas de asistencia del paciente y las necesidades de continuación de tratamiento, incluso cuando varía la condición del paciente. La evaluación del paciente es un proceso continuo y dinámico que tiene lugar en muchos centros y departamentos y consiste en tres procesos básicos:

- Recoger la información y los datos sobre la condición física, psicológica y estatus social del paciente, además de su historia clínica;
- Analizar los datos y la información para identificar las necesidades de asistencia del paciente; y
- Elaborar un plan de asistencia que atienda las necesidades del paciente.

La evaluación del paciente es adecuada cuando tiene en cuenta el estado, edad, necesidades de salud y las preferencias o peticiones del paciente. Estos procesos tienen una eficacia mayor cuando los distintos profesionales de la salud responsables del paciente trabajan conjuntamente.

Función 04: Asistencia a los Pacientes (AP)

El propósito principal del MINSA es la salud integral mediante Prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la atención sanitaria y al medio ambiente. Facilitar la mejor asistencia en un centro que apoye y responda a las necesidades de cada paciente requiere un elevado nivel de planificación y coordinación.

Algunas actividades básicas de la asistencia al paciente incluyen:

- planificar y prestar asistencia a cada paciente;
- realizar un seguimiento del paciente para interpretar los resultados de la asistencia;
- modificar la asistencia en caso necesario;
- completar la asistencia; y
- planificar un seguimiento.

Una gran variedad de asistentes médicos, de enfermería, farmacia, rehabilitación, etc., desarrolla estas actividades. Cada asistente tiene un papel definido. Esta función dependerá de la titulación; las credenciales; certificado; ley y normativa; las aptitudes propias del individuo, los conocimientos y la experiencia y las normas de la organización o descripción del puesto de trabajo. Una parte de la asistencia la realiza el propio paciente, su familia u otros asistentes con formación.

Los estándares de la Evaluación de los Pacientes describen la base de la asistencia, un plan para cada paciente que se basa en la evaluación de sus necesidades. Puede tratarse de asistencia preventiva, paliativa, curativa, o de rehabilitación y puede incluir la anestesia, la cirugía, medicación, terapias de soporte o una combinación de ellas. Un plan de asistencia no basta para alcanzar unos resultados óptimos. La prestación de los servicios debe coordinarse e integrarse para todos los que atienden al paciente.

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

La educación del paciente y de la familia y de los ciudadanos les ayuda a mejorar su participación en la asistencia, a tomar decisiones informadas de asistencia y a prevenir las enfermedades.

Personal muy diverso de la organización educa a los ciudadanos, a los pacientes y a sus familias. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con su médico o con el personal de enfermería.

Otros facilitan educación al prestar servicios específicos como la rehabilitación o la terapia de nutrición o preparan al paciente para el alta o la continuación de la asistencia. Puesto que una buena parte del personal ayuda en la educación del paciente y de las familias, es importante que el personal coordine sus actividades y se centre en aquello que los pacientes necesiten aprender.

La educación debe incluir las necesidades de la población con el objeto de prevenir la enfermedad y promocionar la salud.

Una educación eficaz se inicia pues con la evaluación de las necesidades de aprendizaje del paciente, de su familia y de los ciudadanos. Esta evaluación determina no tan solo aquello que hay que aprender, sino también la mejor manera de obtener ese aprendizaje. El aprendizaje es más eficaz cuando se adapta a las necesidades específicas del paciente, a sus

valores religiosos y culturales, las capacidades de lectura y de lenguaje y cuando se produce en el momento adecuado del proceso de asistencia.

La educación incluye tanto el conocimiento necesario durante el proceso de asistencia como el conocimiento que se necesita después del alta del paciente a otro centro asistencial o al propio hogar. De este modo, la educación puede incluir información sobre los recursos de la comunidad para una asistencia adicional, de seguimiento y del acceso a los servicios de urgencias en caso necesario.

La educación eficaz en la organización emplea formatos visuales y electrónicos y una variedad de enseñanzas a distancia y otras técnicas.

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

Los programas de mejora de la calidad y seguridad del paciente:

1. están dirigidos por el liderazgo
2. buscan cambiar la cultura de la organización
3. identificar y reducir de manera proactiva los riesgos y la variación
4. utilizar los datos para centrarse en los aspectos de prioridad, y
5. persiguen demostrar mejoras sostenibles

Esta función pretende desarrollar un enfoque detallado de la mejora de la calidad. La mejora integral y general en calidad es la reducción continua de los riesgos en los pacientes y el personal. Estos riesgos pueden localizarse en los procesos clínicos y en el entorno físico.

Este enfoque en la mejora de la calidad incluye los procesos siguientes:

- Diseñar correctamente nuevos procesos médicos y directivos;
- Implementar los nuevos procesos
- Supervisar el correcto funcionamiento de los procesos mediante la recopilación de datos de indicadores.
- Analizar los datos; e
- Implementar y mantener cambios que deriven en mejora.

La calidad y la seguridad arrancan en el trabajo diario de los profesionales sanitarios y del resto de personal. Los médicos y enfermeros(as) evalúan las necesidades de los pacientes y prestan asistencia, este capítulo les puede ayudar a mejorar notablemente su ayuda a los pacientes y a reducir los riesgos.

Igualmente, los directivos, el personal de apoyo y otros pueden aplicar los estándares de este capítulo a su trabajo diario para comprender la manera de mejorar la eficacia de sus procesos, utilizar de manera más sabia los recursos y reducir los riesgos físicos.

Esta función pone énfasis en la necesidad de organizar bien y contar con un liderazgo claro en la continua supervisión, análisis y mejora de los procesos médicos y de gestión, para alcanzar los máximos beneficios. Este enfoque tiene en cuenta que la mayoría de los

procesos de asistencia implican a más de un departamento o unidad y puede involucrar muchos trabajos individuales. Este enfoque también tiene en consideración que la mayor parte de asuntos de calidad médica y de gestión se relacionan entre sí.

Así, los esfuerzos para la mejora de estos procesos deben estar guiados por un marco general de gestión de la calidad y de actividades de mejora en la organización.

Estos objetivos tratan todo el ámbito de actividades médicas y de dirección de una organización de asistencia sanitaria, incluyendo el marco de mejora de esas actividades y la reducción de riesgos asociados con la variación en los procesos.

De este modo, el marco que se presenta en estos objetivos se puede adaptar a una gran variedad de programas estructurados y otros enfoques menos formales de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Este marco puede incorporar además programas tradicionales de control como los relacionados con episodios no esperados (gestión del riesgo) y la utilización de recursos (gestión de la utilización).

Con el tiempo, las organizaciones que sigan este marco podrán:

- desarrollar un mayor apoyo de liderazgo para un programa a nivel de organización;
- formar e implicar a más personal
- establecer prioridades más claras sobre qué controlar;
- basar decisiones en datos indicadores; y
- conseguir mejoras en base a comparativas con otras organizaciones, a nivel nacional e internacional.

Se usa el ciclo de mejora de la calidad DPCA

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

El objetivo del programa de vigilancia, prevención y control de la infección es identificar y reducir los riesgos de contagio y transmisión de la infección entre los pacientes, el personal, los médicos, trabajadores contratados, voluntarios, estudiantes y visitas.

El programa de control de la infección puede variar de una organización a otra, dependiendo de la situación geográfica de la organización, del volumen de pacientes, del colectivo de pacientes atendido, tipo de actividades médicas y número de empleados.

Los programas eficaces tienen en común a unos líderes identificados, unas normas y procedimientos adecuados, educación del personal y la coordinación en toda la organización.

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

Las Regiones Sanitarias, los Servicios de Prevención de la Enfermedad, Promoción de la Salud y Atención a la población y al medio ambiente requieren de un liderazgo eficaz. Ese liderazgo proviene de muchas fuentes dentro de una organización de asistencia sanitaria, incluyendo los líderes de gobierno, líderes médicos y directivos y otros que tienen posiciones de liderazgo, responsabilidad y confianza.

Cada organización debe identificar a estas personas e implicarlos para garantizar que la organización es un recurso eficaz y eficiente para la comunidad y sus pacientes.

En particular, estos líderes deben asegurar el cumplimiento de la misión de la organización y la disponibilidad de los recursos necesarios y su utilización eficiente. Para muchas organizaciones, esto no significa añadir nuevos recursos sino dotar a los existentes de una mayor eficacia, aunque éstos sean escasos. Además, los líderes deben trabajar conjuntamente para coordinar e integrar las actividades de la organización, incluidas las diseñadas para mejorar la asistencia y los servicios sanitarios.

Un liderazgo eficaz empieza con la comprensión de las distintas responsabilidades y de la autoridad de los individuos de la organización y la manera que tienen de trabajar juntos. Los que gobiernan, gestionan y dirigen la organización cuentan tanto con la autoridad como con la responsabilidad. De manera individual y colectiva, son responsables de cumplir con la ley y la normativa y de atender sus responsabilidades hacia el colectivo de pacientes de la organización.

Con el paso del tiempo, un liderazgo eficaz ayuda a superar barreras y problemas de comunicación entre departamentos y servicios y la organización se hace más eficaz y eficiente. Los servicios se integran cada vez más. En particular, la integración de todas las actividades de gestión y de mejora de la calidad en la organización deriva en unos mejores resultados para el paciente.

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

El MINSA y las organizaciones sanitarias trabajan para facilitar unas instalaciones seguras, funcionales y de soporte para pacientes, familias, personal y visitas. Para alcanzar este objetivo, la instalación física, médica y otro equipo y gente deben estar gestionados de manera eficaz. En especial, la gestión debe perseguir:

- reducir y controlar los riesgos y los peligros;
- prevenir accidentes y lesiones; y
- mantener unas condiciones seguras.

Una gestión eficaz incluye la planificación, la educación y la supervisión:

- Los líderes planifican el espacio, el equipo y los recursos necesarios para apoyar los servicios médicos facilitados de manera segura y eficaz.

- Se educa al personal sobre las instalaciones, la manera de reducir el riesgo y de supervisar e informar de situaciones que planteen riesgo.
- Los criterios de actuación se utilizan para supervisar sistemas importantes e identificar mejoras necesarias.

La planificación debería tener en cuenta las siete áreas siguientes, según las instalaciones y las actividades de la organización:

1. Seguridad – Los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes.
2. Vigilancia – Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de lesión y pérdidas.
3. Materiales peligrosos – Se controla la manipulación, almacenaje y uso de materiales radioactivos entre otros y eliminan adecuadamente los residuos peligrosos.
4. Emergencias – Respuesta planificada y eficaz ante epidemias, desastres y emergencias.
5. Seguridad contra incendios – Se protege a la propiedad y a sus ocupantes del fuego y del humo.
6. Equipo médico – Se selecciona, mantiene y utiliza de manera que se reduzcan los riesgos.
7. Instalaciones – Los sistemas eléctricos y de abastecimiento de agua entre otros, se mantienen para minimizar el riesgo de fallos de funcionamiento.

Las leyes, normativas e inspecciones por parte de autoridades locales determinan en gran parte el diseño, uso y mantenimiento de las instalaciones. Todas las organizaciones, independientemente del tamaño y de los recursos, deben cumplir con estos requisitos como parte de sus responsabilidades hacia los pacientes, familias, personal y visitas.

Las organizaciones empiezan cumpliendo con las leyes y normativas. Con el paso del tiempo, cada vez conocen más a fondo los detalles de la instalación que ocupan. Empiezan recopilando datos y desarrollando estrategias para reducir riesgos y ampliar el entorno de asistencia del paciente.

Función 10 Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)

Una organización de asistencia sanitaria necesita una variedad adecuada de personal cualificado y capacitado para cumplir su misión y atender las necesidades de los pacientes. Los líderes médicos y de administración trabajan conjuntamente para identificar el número y el tipo de personal necesario, en función de las recomendaciones de los directores de departamento o servicio.

La contratación, evaluación y nombramiento de personal se realiza mejor a través de un proceso uniforme, coordinado y eficaz. Es esencial también documentar las capacidades, los conocimientos, la formación y experiencia laboral previa del solicitante. Tiene especial importancia revisar cuidadosamente las credenciales del personal médico y de enfermería ya que intervienen en los procesos médicos y trabajan directamente con los pacientes.

Las organizaciones de salud deben ofrecer al personal la posibilidad de aprender y progresar personal y profesionalmente. De este modo, deberá ofrecerse al personal la educación en el servicio y otras oportunidades de aprendizaje.

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

La asistencia al paciente es un proceso complejo que depende mucho de la información. Para facilitar unos servicios coordinados e integrados, las organizaciones sanitarias dependen de la información de la naturaleza de la asistencia, de los pacientes individuales, de la asistencia prestada, los resultados de la asistencia y de su propia actuación. Igual que los recursos humanos, materiales y financieros, la información es un recurso que debe gestionarse de manera eficaz por parte de los líderes de la organización. Cada organización persigue obtener, gestionar y utilizar información para mejorar los resultados de los pacientes, la actuación individual y global de la organización.

Las organizaciones se vuelven más eficaces con el tiempo en:

- la identificación de necesidades de información;
- el diseño de un sistema de gestión de la información;
- la definición y recogida de datos e información;
- el análisis de datos y su transformación en información; e
- la integración y empleo de la información.

Aunque la computarización y otras tecnologías mejoran la eficacia, los principios de la buena gestión de la información se aplican a todos los métodos, tanto en papel como electrónicos. Estos estándares se han diseñado para que sean compatibles con sistemas no computarizados y tecnologías futuras.

Año: 2007	Meses															
Objetivo	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total año	Total 12 ultimos meses	Objetivo pactado	Desviación respecto a objetivo
Objetivo 1																
Objetivo 2																
...																
Objetivo n																

Función 12: Prevención de la Enfermedad. Promoción de la Salud. PPS

Por su importancia se destaca como función con entidad propia la salud pública en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud (PPS).

La prevención de las enfermedades y la promoción de la salud es el pilar del Sistema Sanitario del MINSA. Los aspectos meramente asistenciales adquieren relevancia allí donde no llega la PPS.

No obstante la PPS está incluida en todas las funciones de este Convenio de Gestión. La capacitación, los Derechos de los Pacientes, la Gestión de la Información o el control de caducidades o el Plan de Gestión de Equipos como las neveras de las vacunas y otras medicaciones, son comunes a los aspectos preventivos, curativos. Este CG no está estructurado por áreas sino por funciones. La función de gestión de información, de Mejora de la Calidad, la Económico Financiera, etc., etc., son comunes para la Atención sanitaria y a la Prevención de la Enfermedad y Promoción de la salud.

La función Gestión y Mejora de la Calidad tiene subfunciones específicas de la PPS; como la Monitorización de la Vigilancia Epidemiológica.

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

La función Económico Financiera es básica para que las organizaciones gestionen sus recursos monetarios. Se refiere a la gestión de los recursos económicos y financieros empleados para obtener los productos finales e intermedios de los servicios de salud, procurando que el nivel de ejecución del presupuesto, su concreción contable y la cobertura de necesidades sean los adecuados para ofrecer un balance de eficiencia y calidad. Su objetivo básico es la optimización de los recursos económicos y la eficiencia.

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 DOCE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS BALBOAS (B/. 12, 952,700.00), 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 MINSA.

CLAUSULA V. DE LA METODOLOGÍA DE LA FORMULACIÓN 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 presupuestal, estará basada en la metodología que

el MINSA establezca para tal efecto a través del Departamento de Presupuesto de la Dirección Nacional de Políticas 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 REGIÓN, 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 REGIÓN 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 REGIÓN, en el tiempo y forma establecidos en la metodología de evaluación del HOSPITAL, consignada en el ANEXO 3.

La REGIÓN 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:

- Cartera de Servicio y Producción Pactada
- Evaluación del Desempeño de las funciones del Hospital
- 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 adenda.

IX-a. El HOSPITAL 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 el HOSPITAL.

Dichos eventos deben ser notificados formalmente por el HOSPITAL 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.

DOCTORA ROSARIO TURNER
Ministra de Salud

DR. FEDERICO ÁVILA
Director de la Región de Salud de Chiriquí

DR. GHERSON CUKIER
Director del Hospital José Domingo de Obaldía

ANEXOS

ANEXO 1

Cartera de Servicios y Producción Pactada

**CARTERA DE SERVICIOS DEL
HOSPITAL JOSÉ DOMINGO DE OBALDÍA
(Para el Período Enero - Noviembre 2009)**

Servicios	Producción				
	Unidad de Producción	Logros 2007	Pactado 2008	Logros 2008	Pactado 2009*
A. Consulta Externa		22,111	22,076	25,693	24,645
• Número de Consultas de Medicina Especializada	Consultas	6,567	6,110	7,356	7,491
• Consultas Quirúrgicas		10,585	11,055	12,053	11,456
• Consultas Técnicas		4,959	4,911	6,284	5,698
Promedio diario de consultas	Denominador:210(192)	115	115	122	117
Consultas Médicas/ Quirúrgicas	Consultas				
Ortopedia		3,888	3,949	4409	4,718
Oftalmología		1,665	1,576	1,554	1,545
Cirugía General		656	687	616	NA
Cirugía Pediátrica		2,000	2,010	2,363	2,063
Clínica de ARO (Perinatología)		420	371	501	457
Pre Operatoria		2,376	2,462	2,610	2,673
Dermatología		158	160	178	161
Alergología		1,082	1,034	1,286	1,226
Neurología		1,894	1,882	2,610	2,543
Psiquiatría Infantil y Adolescente		772	831	437	831
Neumología		298	296	372	344
Hematología Oncología		907	903	1,066	975
Anestesiología		NA	LB	236	250
Pediatría General		372	364	423	429
Medicina Interna		363	340	428	412
Nefrología		NA	NA	NA	NA
Infectología		301	300	320	320
Consultas Técnicas	Consultas				
Fisioterapia		NA	NA	NA	NA
Nutrición		424	391	440	456
Psicología		848	1016	1814	1548
Trabajo Social		3,687	3504	4,030	3,694
Tamizaje de Recién Nacido (Enfermería)		NA	NA	NA	LB
B. Hospitalización	Días de Estancia y Egresos				
	Días estancia				
Especialidades quirúrgicas: Ortopedia, Oftalmología y Cirugía Pediátrica		5.5	5.5	5.5	5.5
▪ Ginecología		3.5	3.5	3.5	3.5

▪ ARO		4.0	4.0	3.9	4.0
▪ Puerperio Quirúrgico		4.0	4.0	4.3	4.0
▪ Puerperio Fisiológico		2.0	2.0	1.8	2.0
▪ Pediatría (Departamento)		7.0	7.0	7.3	7.0
Especialidades Médicas Pediátricas: Neumología, Neurología, Nefrología		11.3	11	9.2	10
▪ Neonatología		6.3	6.5	5.5	6.0
▪ Hemato - Oncología		13.1	14	8.9	9.0
▪ Aislamiento Infectología		9.9	11	8.8	9.0
▪ Intensivo de Pediatría		6.7	10	7.1	7.0
Servicios de Medicina	Unidad de Producción				
▪ Pediatría	Egresos	7,591	6,995	9,391	7,862
▪ Neonatología	Egresos	2,638	2,613	3,144	3,052
▪ Intensivo de Pediatría	Egresos	109	114	255	193
▪ Ginecología	Egresos	2,121	2,190	2,670	2,613
▪ Obstetricia	Egresos	7,567	7,741	8,548	8,004
▪ Cirugía Pediátrica	Egresos	919	937	1,204	1,213
C. Servicios Quirúrgicos	Unidad de Producción				
	Intervenciones Quirúrgicas				
▪ Total de cirugías		4,720	4,714	6,660	6,522
▪ Ambulatorias		LB	LB	675	620
▪ Hospitalizados		4,720	4,714	5,985	5,373
▪ Cirugías electivas		1,809	1,589	2,814	2,526
▪ Cirugías de urgencia		2,911	3,600	3,171	2,847
Partos					
▪ Partos vaginales		4,384	4,910	5,657	5,250
▪ Partos por cesárea		1,737	1,979	2,092	2,049
▪ Reducciones cerradas (consulta externa de Ortopedia)		LB	LB	178	164
D. Vacunación	Dosis aplicadas				
Hospital		13,779	13,000		15,010
▪ BCG		6,318	6,005	8,041	8,100
▪ Polio		6,017	5,786		5,500
▪ Rubéola		780	565		700
▪ Toxoide (urgencias)		664	516	708	710
E. Laboratorio					
. Exámenes de laboratorio	Exámenes	953,582	1,229,336	1,259,254	1,346,102
Pacientes ambulatorios		115,428	148,807	149,325	161,532
. Pacientes hospitalizados		686,667	885,235	913,111	982,654
Pacientes de urgencia		151,488	195,295	196,818	210,392

. Sección de Banco de Sangre					
Donantes atendidos	Pacientes	3,267	2,995	3,029	2,776
. Donaciones	Pintas extraídas	2,049	1,878	2,388	2,190
G. Farmacia					
Medicamentos despachados	Medicinas	332,769	290,240	468,315	454,836
▪ Ambulatorio		12,571	11,567	22,129	21,492
▪ Hospitalizados		301,306	246,800	427,241	414,944
▪ Urgencia		18,892	31,873	18,945	18,400
Recetas despachadas	Número de recetas	24,642	22,560	23765	23,890
▪ Ambulatorio		22,637	LB	SD	LB
▪ Hospitalizados		NA	NA	NA	NA
▪ Urgencia		11,188	LB	SD	LB
	Pacientes y Tratamientos				
H. Quimioterapia					
Tratamientos		919	882	1,247	1,114
I. Estudios Especiales	Estudios				
. Electrocardiograma		1070	1138	1,395	1,266
. Electroencefalogramas		969	1130	678	730
. Ultrasonografía obstétrica		4,662	4163	5,604	4,335
J. Dietética					
. Raciones servidas	Raciones	116,960	115,220	345,460	285,004
. Pacientes		84,217	82,531	232,220	192,000
. Personal		32,743	32,689	107,122	98,195
. Familiares		NA	NA	NA	NA
K. Imagenología					
. Total de pacientes atendidos		LB	LB	10,036	9,200
. Total de placas tomadas	Placas	21,995	NA	20,256	16,974
. Ultrasonografía	Estudios	2,747	2,870	3,641	3,338
. Tomografía computarizada	Estudios	1,834	1648	1,557	1,358
. Placas panorámicas odontológicas		985	853	1,497	1,372
. Mamografías		1,345	1846	2,781	2,549
. Densitometría Osea		558	550	872	800
L. Inyecciones	Inyecciones Aplicadas	301,727	292,463	385,207	353,106
Salas		LB	LB	344,777	290,000
Cuarto de Urgencia		LB	LB	38,261	32,150
Consulta Externa		LB	LB	2,169	1,823
M. Patología	Estudios				
Citodiagnóstico		27,533	25,269	20,565	18,842
Biopsias		3,598	3,736	4,682	4,292
Necropsias		13	19	SD	20
N. Servicios de Urgencia					
▪ Inhaloterapias	Nebulizaciones	81,962	85,917	100,404	96,780

▪ Curaciones	Casos	9,587	9.235	9,441	8,977
O. Central de Esterilización	Bandejas esterilizadas	125,037	120,000	142,393	130,527
P. Servicios de Ambulancia	Transportes realizados	1,364	1,300	1,362	1,250

*Cálculos realizados a 11 meses del 2009 (debido a que la evaluación final se hace, por lo regular, en diciembre, con disponibilidad de datos de producción a noviembre)

Metodología: Tendencia lineal; porcentaje de incremento o decremento de producción; disponibilidad de personal; reducción presupuestaria; actividades extracurriculares (misiones médicas nacionales e internacionales); estimaciones promedios en aquellos casos donde se espera no exista mayor variación de escenarios.

ANEXO 2

Evaluación del Desempeño de las Funciones del Proveedor

Función 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>Implementación del plan: % de ejecución</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> <p>Realización de un Plan. Implantación del Plan.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<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>Actividades en función del Plan Operativo/Estratégico Evidencia de cumplimiento. (Actividades docentes dirigidas a los usuarios en referencia al artículo 109).</p>	<p>Propósito</p> <p>Respeto de las garantías constitucionales expresadas en su artículo 109: 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> <p>Realización de un Plan de respeto al artículo 109 de la Constitución Implementación del plan.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

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> <p>80% o más de los egresos hospitalarios cuentan con el consentimiento informado general (Evidencia en auditoria de expedientes).</p> <p>Fuente de datos: REMES</p>	<p>Propósito</p> <p>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</p> <p>Numerador: Total de pacientes ingresados al programa con consentimiento informado genérico × 100</p> <p>Denominador Total de pacientes ingresados al programa</p> <table border="1" data-bbox="643 987 1016 1033"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición						
<p>Consentimiento Informado específico</p>							
<p>DPF. 4 ♥ Se obtiene el consentimiento informado específico del paciente mediante un proceso definido por la organización y que conduce el personal pertinente.</p> <p>La información facilitada incluye</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. el tratamiento o técnica diagnóstica propuesta; 2. posibles beneficios 3. posibles riesgos 4. posibles alternativas <p>El consentimiento informado se obtiene antes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las prácticas quirúrgicas o invasivas. • La anestesia y Sedación Profunda. • Del empleo de sangre y de derivados sanguíneos. • De las prácticas o tratamientos de alto riesgo • De la realización de ensayos clínicos <p>Elaboración e implementación de los consentimientos informados específicos de los 5 procedimientos más frecuentes de las especialidades y subespecialidades del Hospital.</p> <p>LB del cumplimiento a partir de la implementación del consentimiento informado en los servicios que aún no cuentan con el instrumento</p> <p>Fuente de Datos: Auditoria de expedientes</p>	<p>Propósito</p> <p>Los pacientes tienen el derecho a participar en las decisiones relacionadas con a asistencia. Para poder ejercer este derecho deben de ser informados en términos comprensibles</p> <p>Una de las vías principales que se utilizan para la participación del paciente en la asistencia es mediante la entrega de un consentimiento informado. Para consentir, el paciente debe estar informado sobre el plan de asistencia, necesario para adoptar una decisión informada. El consentimiento informado puede obtenerse en distintos momentos de la asistencia. Por ejemplo, cuando el paciente ingresa en la organización y antes de ciertas prácticas o tratamientos que entrañen un alto riesgo. El proceso de consentimiento está definido en normas y procedimientos de la organización. En ellas, se incorporan leyes y normativas relevantes.</p> <p>Se informa a los pacientes y a las familias sobre los test, prácticas y tratamientos que requieren consentimiento y de cómo pueden darlo (por ejemplo, verbalmente, firmando un formulario de consentimiento, o mediante otras formas). Los pacientes y las familias saben quién está capacitado para dar consentimiento, además del paciente. Miembros del personal designados reciben formación para informar a los pacientes y obtener y documentar un consentimiento del paciente.</p> <p>El mínimo es el contemplado en la ley N° 68</p> <p>El objetivo para el año 2007 con los cinco procesos mas frecuentes en cada centro y/o especialidad que precisen Consentimiento Informado</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de pacientes con registro de consentimiento informado en los procesos definidos por la organización.</p> <p>Denominador: Número total de pacientes sometidos a los procesos que precisan consentimiento informado según la organización.</p> <p>Meta: 50% o más en las especialidades y sub especialidades. (Hay especialidades que aun no han elaborado sus consentimientos informados.</p> <table border="1" data-bbox="643 1791 1016 1837"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

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

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>ACA.1 ♥ Planificar y realizar actividades conjuntamente con la CSS que mejoren el acceso y la eficiencia</p>	<p>Propósito: La Coordinación con organizaciones como la CSS tiene gran importancia estratégica ya que mejora la eficiencia de ambas organizaciones. Los ciudadanos también se ven beneficiados al mejoran su acceso a los servicios sanitarios.</p> <p>Las posibilidades de coordinación entre dos organizaciones son muy amplias y pueden contemplar todos los aspectos posibles.</p> <p>La coordinación MINSA y CSS debe comenzar con un estudio previo de todas las posibilidades y posterior un análisis de factibilidad (Priorizar aquellas acciones teniendo en cuenta factores como costes, facilidad, impacto, etc.). Una vez elegidas las acciones de coordinación se debe realizar un plan y seguir un ciclo PDCA.</p> <p>Elementos de medición Plan de actividades con la CSS de mejora del acceso y la eficiencia. Implementación del Plan: Cronograma de actividades conjuntas con la CSS. Informe de actividades realizadas. Informes de la documentación de la facturación de compensación por servicios prestados a asegurados. (Ver GEF) Procedimiento, Verificar la existencia y adecuada constitución de la Unidad Regional de Planificación conjunta con la CSS</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Acceso a otros procesos estratégicos para el MINSA	
Información a pacientes sobre la sectorización	
<p>ACA.2 Cartera de Servicios Hospitalarios a la vista del cliente</p> <p>Cartera de servicios visible.</p>	<p>Propósito Mejorar la información de la cartera de servicios disponible</p> <p>Elementos de medición: Cartera de Servicios a la vista de los usuarios en las áreas de mayor circulación ambulatoria. Numerador: Número de servicios ambulatorios con cartera de servicio actualizada x 100. Denominador: Total de servicios ambulatorios</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>Objetivos</p> <p>ACA.3 Horarios de atención al público a la vista del cliente</p> <p>100% de los servicios ambulatorios con horarios de atención.</p>	<p>Propósitos y Elementos de medición</p> <p>Elementos de medición: Porcentaje de servicios hospitalarios ambulatorios con horarios de atención visible a los usuarios.</p> <p>Numerador: Número de servicios hospitalarios ambulatorios con horarios de atención al público a la vista del cliente x 100.</p> <p>Denominador: Total de servicios ambulatorios.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Barreras de acceso</p> <p>ACA.4 La organización intenta limitar las barreras físicas, de idioma, culturales y cualquier otra barrera en el acceso y asistencia.</p> <p>Actividades del plan. Registro, porcentaje de cumplimiento y evidencias. (Cuñas, charlas radiales, murales. Gestión de interpretes)</p>	<p>Propósito</p> <p>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.</p> <p>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> <p>Diseño de un plan.</p> <p>Grado de implementación del Plan.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.5 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>> 90%</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Elaboración de un diagnostico situacional</p> <p>Numerador: Número de áreas que faciliten el acceso a pacientes discapacitados x 100. Denominador: Total de áreas designadas.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Estrategias para la ampliación de la cobertura de servicios</p>	
<p>ACA. 6 Otras estrategias de ampliación de la cobertura de los Servicios de Salud</p> <p>(Estudios y Producción de Telemedicina, Tele radiología, Servicios de apoyo al Dx y Tx)</p>	<p>Propósito</p> <p>Ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante estrategias no contempladas hasta el momento</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Evidencias de la ampliación de la cobertura de servicios de salud con estrategias nuevas.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Acceso y Listas de espera</p> <p>ACA.7 Se registra la lista de espera total de pacientes para procesos médicos, quirúrgicos y productos intermedios</p> <p>Evidencias de actividades para la implementación de lista de espera en: Especialidades Quirúrgicas: Ginecología, Obstetricia, Cir Ped, Ortopedia; de apoyo al Dx y Tx: Imagenología, Patología; y la Consulta externa de todas las subespecialidades.</p>	<p>Propósito</p> <p>Se registra la Lista de espera Total de la Instalación y s desagrega en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • total del hospital, • cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • cada procedimiento • cada producto intermedio <p>Elementos de medición</p> <p>Evidencia del registro de lista de espera</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.8 Lista de espera superior a 2 ½ meses en cada servicio/ unidad de la instalación</p> <p>Registro de pacientes en espera <2 ½ meses, con excepción de casos cuya indicación clínica considere períodos más prolongados entre la indicación y la fecha de la cirugía.</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Número de paciente que esperan 2 ½ meses y más para realizar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total de la instalación • Cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • Cada procedimiento quirúrgico • Cada producto intermedio (Mamografías, tomografías, etc.) <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.9 Espera quirúrgica superior a seis meses del hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>= 0</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Número de paciente que esperan 6 meses y más para realizar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total de la instalación • Cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • cada procedimiento quirúrgico <p>Cada producto intermedio (Mamografías, tomografías, etc.)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.10 Espera quirúrgica superior a 12 meses del hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>= 0</p>	<p>Elementos de medición</p> <p>Número de paciente que esperan 12 meses y más para realizar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total hospital • Cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • cada procedimiento quirúrgico • Cada producto intermedio (Mamografías, tomografías, etc.) <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>ACA.11 ♥ La organización dispone de un Plan para Adecuar los tiempos de espera a las necesidades de acceso de la población en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugías <ol style="list-style-type: none"> a. Con Internamiento b. Ambulatoria 2. Productos intermedios 3. Consultas externas <p>Documento que define el tiempo máximo de espera % de pacientes atendidos dentro del tiempo establecido: = ó > 60%</p>	<p>Propósito Definir el tiempo máximo de espera máximo para los diferentes procesos y especialidades sanitarios. Tener en cuenta para ello la monitorización de la lista de espera que se recoge en la función Gestión de la Información y de la Utilización (GIU)</p> <p>Realizar las acciones oportunas para garantizar que el tiempo de demora no rebasa los límites establecidos por la organización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Pacientes que han sido atendidos dentro del tiempo máximo definido por la organización. Denominador: Total de pacientes en lista de espera.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.12 La Organización implementa el plan de adecuación de la lista de espera a las necesidades.</p> <p>Plan y evaluación del avance anual. Evidencia de las actividades.</p>	<p>Propósito La organización implementa el plan con el fin garantizar la equidad en el acceso</p> <p>Elementos de medición Evidencia de la adecuación de los tiempos de espera a las necesidades definidas.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Continuidad de la Asistencia - SURCO</p>	
<p>ACA.13 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>(Plan de funcionamiento del SURCO; actividades del plan.)</p>	<p>Propósito Realizar un Plan para implementar adecuadamente SURCO, haciendo énfasis en la contrarreferencia</p> <p>Elementos de medición Plan de funcionamiento del SURCO</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>ACA.14 Evidencia de la Comisión Evaluadora del SURCO instalada y funcionando</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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.15 ♥ Utilización adecuada del formulario normado de SURCO</p> <p>75% de los servicios utilizan el formulario de SURCO para tramitar sus referencias y traslados.</p>	<p>Propósito Cumplimentar correctamente el documento surco</p> <p>Elementos de medición <i>Numerador:</i> Número de instalaciones que utilizan del formulario de SURCO normado × 100. <i>Denominador:</i> Total de Instalaciones de Salud</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.16 Evidencia del registro de las hojas de referencia y contrarreferencia</p> <p>≥50% el porcentaje de pacientes referidos y contra referidos con registros completos</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> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Acceso a la cartera de servicios</p> <p>ACA.17 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>Propósito Mejorar el acceso de acuerdo a la cartera de servicios pactada</p> <p>Elemento de Medición Porcentaje de cumplimiento del nivel de actividad pactada de la cartera de servicios del Anexo 1</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> NA </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</p> <p>N/A</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>1 2 3 4 5 NA</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 Numerador: Número de instalaciones de salud que cuentan con los protocolos de evaluación para las 5 principales morbilidades de la región de salud. Denominador: Total de instalaciones.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Productos intermedios</p>	
<p>EP.3 Existencia y uso protocolos de evaluación en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios • Patología Clínica • Diagnóstico por la imagen y Radiología 	<p>Elementos de medición Numerador: Número de instalaciones de salud que cuentan con los protocolos de evaluación (laboratorios + Patología Clínica + Diagnóstico por la imagen) Denominador: Total de instalaciones (laboratorios + Patología Clínica + Diagnóstico por la imagen)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<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>(Cartera y producción según procedencia)</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>1 2 3 4 5 NA</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>Certificados de idoneidad profesional/cursos y capacitaciones adicionales.</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>1 2 3 4 5 NA</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>Producción según procedencia de los diferentes estudios.</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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>EP.7 Personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia realizan los test e interpretan los resultados.</p> <p>Certificados de idoneidad/cursos de capacitación y/o actualización.</p>	<p>Propósito Los test de diagnóstico por la imagen 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>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>Violencia doméstica</p> <p>EP.8 Plan de detección de casos de violencia doméstica</p> <p>Plan: flujograma implantado , actividades, registros y referencias y evidencia de cumplimiento de actividades</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 considerarse: 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>EP.9 ♥ Comunicar los casos sospechosos de violencia doméstica.</p> <p>= ó > 80%</p> <p>Fuente del indicador: Hoja de registro de atención de urgencias y copia de la comunicación a las autoridades correspondientes.</p>	<p>Propósito Comunicar a las autoridades oportunas los casos sospechosos de violencia doméstica 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>VIH</p>	
<p>EP.10 ♥ Evaluación VIH en embarazadas.</p> <p>N/A</p>	<p>Propósito Conocer el porcentaje de embarazadas que se les solicita examen prenatal de VIH con previa orientación.</p> <p>Elementos de medición Numerador: N° de embarazadas que se les solicita examen prenatal de VIH. Denominador: Total de embarazadas</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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>N/A</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 utilizaran 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 utilizaran los protocolos validados por el MINSA.</p> <p>Elementos de medición Realización de un Plan de estandarización que contemple al menos cinco de procesos de atención médicos y de enfermería por unidad, especialidad, en la Región Sanitaria que tenga en cuenta los procesos a protocolizar en cada instalación.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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 de enfermería de las 5 principales causas de egreso. 	<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 Numerador: Número de servicios con los protocolos de atención elaborados e implementados para las 5 principales morbilidades, etc., de la región de salud. Denominador: Total de servicios Servicios pactados: Ginecología y Obstetricia; Pediatría.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Enfermedades crónicas	
AP.2.1 Existen y se implementan protocolos de atención para las enfermedades crónicas	<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 Evidencia de protocolos de enfermedades crónicas</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
Atención al paciente - VIH	
AP.3 Porcentaje de pacientes infectados con VIH que cumplen con el protocolo para recibir tratamiento antirretroviral	<p>Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número pacientes con VIH que cumplen con el protocolo para recibir tratamiento antirretroviral × 100. Denominador: Total de pacientes con VIH</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
Tuberculosis	
AP.4 Porcentaje de deserción del tratamiento por debajo del 6% de los pacientes tuberculosos	<p>Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de pacientes con deserción al tratamiento antituberculoso 100. Denominador: Total de pacientes en tratamiento antituberculoso.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
AP.5 Porcentaje de curación de pacientes con tuberculosis 85%	<p>Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de pacientes curados de la tuberculosis x 100. Denominador: Total de pacientes con tuberculosis (baciloscopia positiva)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
AP.6 Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios con baciloscopia positiva. 70%	<p>Elementos de medición</p> <p>Numerador: Baciloscopia positiva Denominador: /Total de sintomáticos respiratorios captados</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Áreas y procesos de críticos o de especial riesgo							
<p>AP.7 Homogeneizar la atención en procesos de atención para procesos críticos o de de especial riesgo.</p> <p>¿Quién estandariza, MINSA o el Hospital)</p>	<p>Propósito La estandarización de la atención sanitaria debe realizarse no solamente en las procesos epidemiológicos mas relevantes sino también en una serie de procesos críticos transversales y de especial riesgo a muchas patologías de las organizaciones sanitarias como.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso del medicamento¹, • Nutrición • Enfermedades infecciosas • En pacientes inmunodeprimidos • Anestesia y sedación profunda, • Cirugía, • Técnicas invasivas, • Administración de sangre y/o hemoderivados, • Diálisis, • Urgencias, • Resucitación, • Cuidados intensivos , Soporte vital y Coma, ,) <p>Se propone comenzar con un proceso critico como el uso del medicamento</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número instalaciones que cuentan con protocolos de atención en, procesos críticos de especial riesgo. Denominador: Total de instalaciones en las que se realizan procesos de atención críticos o de especial riesgo</p> <table border="1" data-bbox="643 1251 1016 1291"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

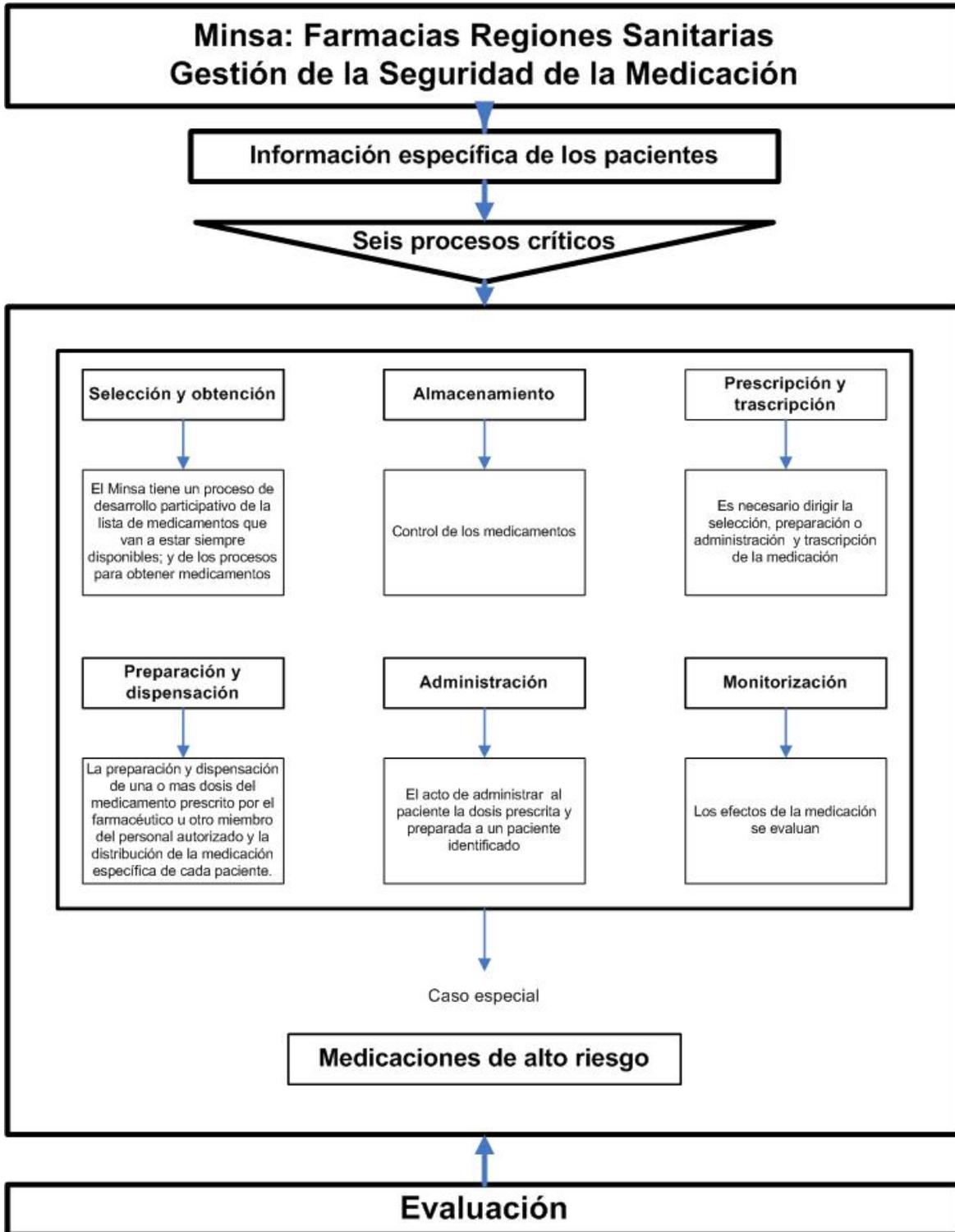
¹ Se incluye estándar específico para el uso del Medicamento

Uso del medicamento	
Selección y Obtención de medicamentos	
<p>AP.8 Existe un Plan de Gestión y Uso seguro de los medicamentos.</p> <p>Plan Documento del Comité de Farmacoterapéutica</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 Existencia del Plan</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>AP. 9 ♥ Existe un Plan para la Selección de medicamentos y obtención de medicamentos con criterios de calidad.</p> <p>(Plan: Comité de Farmacoterapéutica)</p> <p>% > ó = 90%</p>	<p>Propósito: La selección y obtención de medicamentos debe realizarse con criterios de calidad. Para ello es imprescindible disponer de datos de la calidad de los medicamentos adquiridos.</p> <p>Elemento de medición Numerador: Número de principios activos en cuyo mecanismo de obtención se han tenido en cuenta criterios de calidad. Denominador: Número total de principios activos. Nota: Los criterios de calidad en el proceso de obtención de un principio activo no se refieran a las características del mismo sino al proceso de fabricación e incluso durante el proceso de transporte hasta las instalaciones sanitarias del MINSA.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

<p>Almacenamiento de medicamentos</p>	
<p>AP.10 ♥ Existe un Plan que regula el almacenamiento de medicamentos.</p> <p>(Norma y monitoreo de cumplimiento)</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 varía 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 Existencia del Plan</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>AP.11 ♥ Se asegura que se controlan las caducidades y que no se administran medicamentos caducados.</p> <p>(Informe de caducidad)</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.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA</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>Norma Registro de Temperaturas Evidencia de actividades realizadas</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 Registros de temperatura diarios acordes con el plan para los medicamentos termolábiles. Toma de decisiones correctas según el Plan.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA</p>

<p>AP. 13 ♥Se monitoriza el uso de los medicamentos</p> <p>1. Plan de monitoreo de los efectos adversos de medicamentos. 2009</p> <p>2. Registro de efectos adversos 2009</p> <p>3. Indicador 2009</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 Denominador: Número de médicos que prestan servicios en el Hospital José D. De Obaldía.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Anexo: Puntos críticos de la Gestión de la Seguridad de la Medicación



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>(fuente: Enfermería y Relac Públicas: Plan operativo, cronograma, aplicación, monitoreo y evaluación)</p>	<p>Propósito</p> <p>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 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</p> <p>Existencia de un Plan de Educación de Pacientes y familias acorde a las necesidades de la población</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>EPFC.2 ♥ Se implementa el Plan de Educación del Paciente y de su Familia</p> <p>Plan de educación del paciente y su familia.</p> <p>Registro de las actividades del plan</p> <p>Monitoreo y evaluación de las actividades del plan.</p>	<p>Propósito</p> <p>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</p> <p>Evidencias de cumplimiento del Plan (carteles, etc.)</p> <p>Numerador: Porcentaje de pacientes educados × 100.</p> <p>Denominador: Total de pacientes/ ciudadanos susceptibles de recibir educación con respecto al Plan.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición						
<p>Educación de los ciudadanos en Prevención de la enfermedad y Promoción de las Salud</p>							
<p>EPFC.3 ♥Plan de educación a la población para prevenir las enfermedades y promocionar la salud</p>	<p>Propósito La educación de los ciudadanos en la Prevención de la Enfermedad y la Promoción de la salud es un objetivo estratégico del MINSA.</p> <p>Para ello debe de realizarse un Plan basado en un diagnóstico inicial previo</p> <p>Elementos de medición Plan elaborado</p> <table border="1" data-bbox="643 701 1016 747"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>EPFC.4 ♥El Plan de educación a la población se implementa</p>	<p>Propósito Implementar el Plan. Evaluar que la educación se ha asimilado</p> <p>Elementos de medición Medir la implementación del Plan</p> <table border="1" data-bbox="643 932 1016 978"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

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>Informe de monitoreo Directrices de gestión 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>1 2 3 4 5 NA</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 Registro de las actividades Monitoreo de las actividades (informes) LB: % de cumplimiento de las actividades del plan.</p>	<p>Propósito Existencia de un plan escrito</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan escrito</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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> <p>Directrices de gestión Informes Actas y compromisos Cuadro de mando con indicadores específicos.</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. • procedimientos quirúrgicos. • uso de antibióticos y otros medicamentos y los errores de medicación. • empleo de anestesia. • utilización de sangre y derivados sanguíneos. • 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> <table border="1" data-bbox="643 1440 1016 1488"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Herramienta básica de calidad en el Convenio de Gestión: Ciclo DPCA	
GMC.4 ♥ El instrumento básico del convenio de gestión es el ciclo de mejora de la calidad (Evidencia de PDCA para el convenio: para el cumplimiento específico del convenio este período)	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 Elementos de medición Uso del ciclo PDCA como herramienta de mejora continua de la calidad <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 1 2 3 4 5 NA </div>
La Comparación del ciclo PDCA	
GMC.4.1 ♥ El proceso de análisis incluye comparaciones internas, con otras organizaciones y con los estándares científicos y las prácticas deseadas. (Comparar procesos, productos dentro del Hospital: egresos, ocupación, contra normas, incidencias (nosocomiales): Documento: Utilización del quirófano Tasa de nosocomiales Producción Ocupación Giro de camas Días estancia	Propósito 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 El objetivo del análisis de datos es poder comparar una organización de 4 maneras: <ul style="list-style-type: none"> • consigo misma a través del tiempo, cada mes o de un año para otro; • 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. 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. Elementos de medición Evidencia de las comparaciones. Uso de las comparaciones para la mejora <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 1 2 3 4 5 NA </div>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
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>Documento que define los incidentes que se monitorearán (2009) Registro de eventos (2009) Documentos de Evaluación e Informes de medidas adoptadas (2009)</p>	<p>Propósito 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 • reacciones a la transfusión confirmadas; • efectos negativos de fármacos; • errores significativos en la medicación; • discrepancia importante entre el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio; y • incidentes negativos significativos con anestesia. <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 Registro de incidentes inesperados. Medidas adoptadas</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Monitorización de cesáreas	
<p>GMC.6 Proporción de cesáreas según partos</p> <p>= ò < 27%</p>	<p>Propósito La proporción de cesáreas mide la variabilidad en la partida clínica. Usar la evaluación de las cesáreas para la toma de decisiones La calidad exige estandarizar los criterios y pautas de atención entre los que se encuentra cuando hacer una cesárea.</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de nacimientos por cesárea x 100. Denominador: Total de partos ocurridos</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Comisiones clínicas de calidad en Hospitales</p>	
<p>GMC 7 ♥ Comisión de mortalidad</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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC 8 ♥ Comisión de infecciones nosocomiales</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 CI. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC.9 Comisión de ética y bioética asistenciales y de investigación</p>	<p>Propósito Recoger, analizar, evaluar y, en su caso, resolver los dilemas éticos relacionados con los derechos de los pacientes.</p> <p>Recoger, analizar, evaluar y, en su caso, resolver los dilemas éticos relacionados con los principios éticos de los profesionales y de la organización.</p> <p>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. <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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>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. <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
Auditorias de expedientes	
<p>GMC.11 Porcentaje de servicios que realizan auditorias de servicio sistemáticamente</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 de Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Cirugía Pediátrica.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC.12 Sistema de Atención al paciente</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 de distrito y/o de la región. 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC.13 ♥ Existencia funcional de los buzones de sugerencias .</p>	<p>Elementos de medición Numerador:—Número de buzones de reclamos y sugerencias funcionales x 100. Denominador: Total de buzones de sugerencia instalados.</p> <p>Todos los que existen en el hospital serán funcionales.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC.14 Porcentaje de sugerencias analizadas y resueltas</p>	<p>Elementos de medición Numerador: Número de reclamos y sugerencias solucionados x 100. Denominador: Total de reclamos y sugerencias recibidos 100% analizadas. 60% o más serán resueltas.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<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 (Comité de Atención al Cliente) Existencia del acta de constitución de los Círculos de Calidad</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC.16 Las instalaciones aplican encuestas de satisfacción de usuarios. sistemáticamente por nivel de complejidad</p> <p>(Encuesta realizada, documento de resultados y análisis; propuesta de mejora de la satisfacción)</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 Numerador: Número de instalaciones que realizan encuestas de satisfacción x 100. Denominador: Total de instalaciones de salud de la Región Evidencias del uso de los resultados de las encuestas de satisfacción para mejorar</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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 Registro de las enfermedades de Declaración Obligatoria.</p>
<p>GMC.18 Se obtiene tasa de incidencia de enfermedades asociadas al agua, alimentos y al ambiente en el ámbito regional de salud</p>	<p>Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC 19 Evidencia de tasa de incidencia de los recién nacidos con bajo peso al nacer</p>	<p>Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC.20 Evidencia de tasa de incidencia de mortalidad materna hospitalaria</p>	<p>Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
GMC.21 Evidencia de tasa de incidencia de las cinco primeras causas de mortalidad infantil hospitalaria	Elementos de medición Evidencia de las tasas Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
< 1 año	Elementos de medición Evidencia de la tasa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
1-4 años	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
GMC.22 Se obtienen las tasas de Incidencia de:	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
-Trastorno respiratorio y Cardiovascular Perinatal	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
-Infecciones específicas en el Período Perinatal	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
-Malformaciones Congénitas	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
-Bronconeumonía	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
-Enfermedad del Sistema Nervioso	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
GMC.23 se obtienen las tasas de incidencia de enfermedades de transmisión sexual en la población siguientes:	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
-Sífilis	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
-Gonorrea	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
-EPI	Elementos de medición Evidencia de la tasa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
-SIDA	Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
Índices de calidad del software específico del MINSA El propósito de los índices es medir y comparar para mejorar la calidad de la atención a la salud integral de: <ul style="list-style-type: none"> • Menores de un año • Niños de uno a cinco años • Mujeres <ul style="list-style-type: none"> • embarazadas en control prenatal de 10 a 19 años, de 20 a 34 años y de 35 a 49 años. • partos con atención cualificada • adolescentes de 15 a 19 años • Adultos/ as • Diabéticos/ as • Hipertensos/ as • Crecimiento y Desarrollo 	
GMC 24.7 Índice de calidad de la atención al hipertenso / a	Propósito Se evaluará el resultado obtenido de las auditorias de expedientes realizadas anualmente que proporciona el índice compuesto que incluye: evaluación física, monitoreo del estado nutricional, exámenes de laboratorio según vigilancia del riesgo, evaluación por salud mental y trabajo social Elementos de medición Software específico del MINSA pendiente de ajustes. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA

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 align="center">Planificación</p> <p>CPI.1 ♥ El Hospital diseña e implementa un programa coordinado para reducir los riesgos de infección nosocomial en los pacientes y asistentes sanitarios</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>Plan elaborado e implementado</p> <table border="1" data-bbox="643 1434 1016 1478"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Objetivo	Propósitos y Elementos de medición
CPI.2 Todas las áreas de asistenciales, de personal y de visitas se incluyen en el programa de control de la infección nosocomial.	<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> <p>Evidencia: Documento programa de control de infección nosocomial.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
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> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Comisión de infecciones	
CPI. 4 Comisión de Infecciones Nosocomiales.	<p>Propósito Grupo multidisciplinar encargado de la prevención y control de la infección nosocomial</p> <p>Elementos de medición: Actas del comité del período evaluado</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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							
<p>GLD.1 ♥ El líder cumple los objetivos del Convenio de Gestión.</p>	<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> <table border="1" data-bbox="643 779 1016 823"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

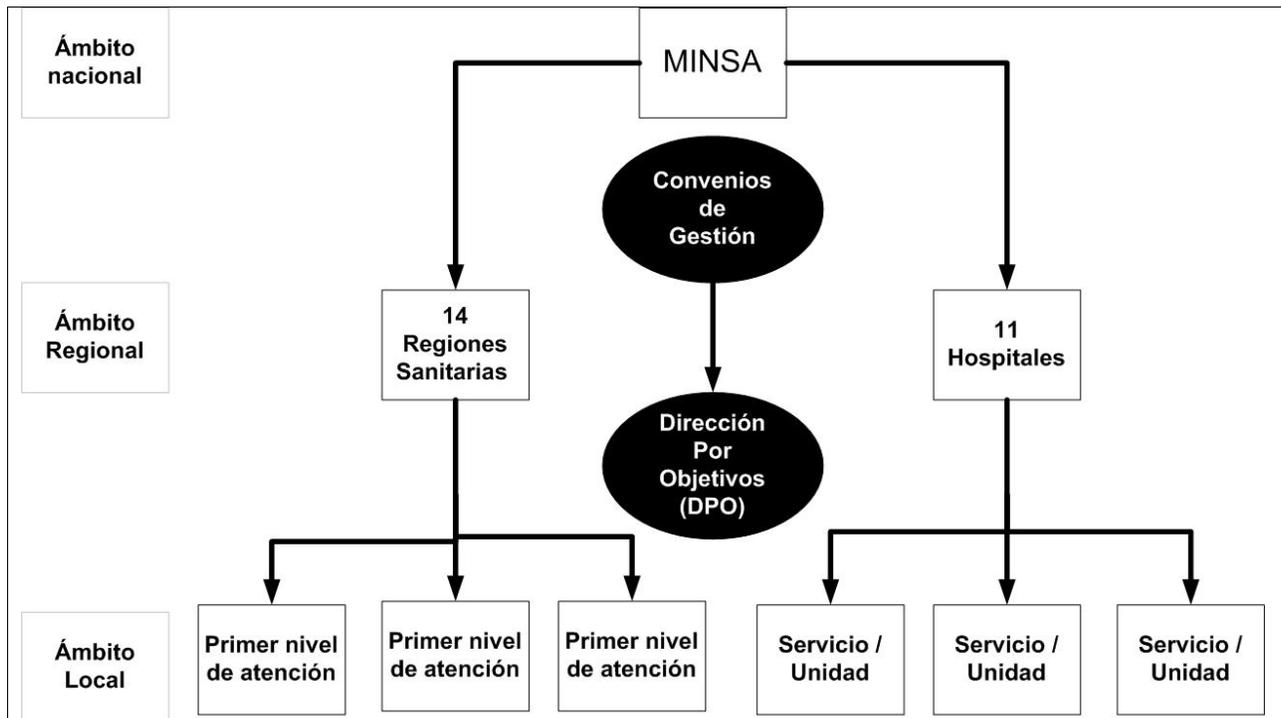
Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GLD. 2 ♥ Convenios de Gestión “en cascada” en toda la organización</p>	<p>Propósito El Convenio de Gestión es la base de la Dirección por Objetivos de toda la organización. El nivel Regional firmará y desarrollará Pactos de Objetivos (Convenios de Gestión) las unidades a su cargo.</p> <p>Desarrollar y mantener Convenios de Gestión con los servicios hospitalarios, como referencia el presente convenio, a fin de lograr una interacción constante que favorezca la continuidad del proceso y permita incrementar la capacidad actual del recurso disponible. La descentralización, la asignación de responsabilidades es una herramienta clave para mejorar la eficiencia.</p> <p>Los Órganos de Gobierno y alta dirección son los responsables del Convenio de Gestión y del ciclo de mejora del mismo, es decir de su cumplimiento: Plan: Diseñar el Plan de implementación del Convenio de Gestión y su reproducción en cascada hasta: Unidades de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud, etc., primer nivel de atención (centros de salud) , servicios unidades hospitalarias, Do: Implantar el Convenio de Gestión de acuerdo al cronograma previsto. Check: Medir y evaluar el cumplimiento del Convenio de Gestión. Act: Realizar, en su caso, correcciones al Plan y seguir con otro ciclo.</p> <p>Elementos de medición. Porcentaje de convenios de gestión firmados, según los departamentos y servicios hospitalarios existentes. Numerador: Número de convenios de gestión firmados, según servicios y departamentos x 100. Denominador: Total de servicios y departamentos. Pactado: Los departamentos médicos (3) y todos los departamentos administrativos.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
<p>GLD. 3 ♥ Plan Estratégico (del periodo evaluado)</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 Plan diseñado de acuerdo a las necesidades de la organización. Evidencia de implementación del plan y del seguimiento PDCA.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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 Existencia del Plan. Ejecución del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GLD.5 Plan de 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 Evidencia de implementación del plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
GLD.6 Plan Operativo Anual (2009)	<p>Propósito Realizar el Plan Operativo Regional ajustado en función de la asignación presupuestaria y Planes Operativos Locales</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan Evidencia de implementación del plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GLD.7 Plan Presupuestario acorde al Plan Operativo Anual 2009	<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 Existencia del Plan Evidencia de implementación del plan (Ejecución presupuestaria según partida)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GLD.8 Planes Operativos Locales de Salud. N/A	<p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Los líderes y los Derechos de los Pacientes y de sus Familias	
GLD.9 Derechos de los Pacientes y de sus familias Evidencia de la divulgación sistemática y permanente de los derechos y deberes de los usuarios, a los usuarios externos e internos.	<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 Apropiación de los Derechos del Paciente y de su familia. Poner los medios para su implementación.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Los líderes y la mejora continua de la calidad	
GLD.10 Plan de Mejora Continua de la Calidad (actualizado)	<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 Existencia del Plan Evidencia de implementación del plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Los líderes y el Plan de Emergencias, Catástrofes y Desastres	
GLD.11 Plan de Emergencias. (actualizado)	<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"> • Existencia del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. • Acta de conformación Comité de Gestión de Riesgo Regional. • Cronograma de Actividades del Comité de Gestión de Riesgo. • Análisis de Vulnerabilidad no Estructural y Funcional • Evidencia de la documentación. <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Anexo: Convenios y Dirección Por Objetivos en cascada:



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 (actualizado)	<p>Propósito Que los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan Evidencia de implementación del plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Vigilancia de las instalaciones	
GSI.1.2 Plan de Vigilancia (actualizado)	<p>Propósito Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de posibles lesiones o pérdidas.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan Evidencia de implementación del plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Materiales y residuos peligrosos	
GSI.1.3 ♥ Plan de Materiales Peligrosos (actualizado)	<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 Existencia del Plan Evidencia de implementación del plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Emergencias y Catástrofes	
GSI.1.4 ♥ Plan Operativo Regional de Emergencias y Desastres. (actualizado)	<p>Propósito Se planifica una respuesta eficaz ante epidemias, desastres y emergencias.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Seguridad ante el fuego y el humo GSI.1.5 ♥ Plan de Seguridad contra incendios (revisado)	Propósito Se protege al edificio y a sus ocupantes del fuego y del humo. Elementos de medición Existencia del Plan Evidencia de implementación del plan <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
Equipamiento biomédico GSI.1.6 ♥ Plan de Equipo Médico. (Plan de mantenimiento de Biomédica)	Propósito El Equipo médico se selecciona, se mantiene (preventiva y correctivamente) y se utiliza de manera que se reduzcan los riesgos. Elementos de medición Existencia del Plan Evidencia de implementación del plan <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
Instalaciones 7 GSI.1.7 Plan de Instalaciones (Plan de Mantenimiento e Infraestructura y su evaluación)	Propósito Los sistemas eléctricos y de abastecimiento de agua, entre otros, se mantienen (preventiva y correctivamente) para minimizar el riesgo de fallos de funcionamiento. Elementos de medición Existencia del Plan Evidencia de implementación del plan <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
Comité de Gestión del Riesgo Regional	
GSI.2 Comité de Gestión del Riesgo Regional	Propósito De acuerdo con las directrices del SISED crear un Comité de Gestión del Riesgo Regional que será el responsable de implementar el Plan Operativo Regional de Emergencias y Desastres. Elementos de medición Creación del Comité. Evidencias de funcionamiento del comité <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición						
Implementación de los Planes							
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> <table border="1" data-bbox="643 478 1019 533"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
Supervisión y capacitación de instalaciones por el nivel regional							
GSI.4 Porcentaje de visitas de supervisión capacitante efectuadas en las instalaciones de salud por el nivel regional (*) N/A	<p>Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de instalaciones con supervisiones capacitantes realizadas por algún coordinador regional.</p> <p>Denominador: Total de instalaciones.</p> <table border="1" data-bbox="643 789 1019 840"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Función 10 Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p align="center">Plan de capacitación</p> <p>FCP.1 Plan de capacitación</p> <p>Médico Técnico Administrativo</p>	<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 Evidencia de implementación del plan</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>FCP.2 Cumplimiento del plan de capacitación</p>	<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 ejecutadas planificadas vs porcentaje de acciones planificadas) • Matriz de evaluación de la actividad de capacitación trimestral y anual. Informe de actividades de capacitación. • Listas de asistencias y horas crédito de los participantes Informe de evaluaciones posterior a la capacitación <p align="center"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Evaluación del desempeño	
<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.</p> <p>Se evaluará el desempeño de todos los funcionarios (El denominador varía durante el año)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Unidades docentes	
<p>FCP.4 Unidades de Docencia Regional (UDR) conformadas y funcionando.</p>	<p>Propósito Las UDR 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>1 2 3 4 5 NA</p>
Recertificación	
<p>FCP.5 Recertificación de los recursos humanos del MINSA.</p> <p>N/A PARA EL AÑO 2009</p>	<p>Propósito Recertificación de los recursos humanos del MINSA de acuerdo con las necesidades de la organización</p> <p>Elementos de medición Porcentaje de Recursos Humanos del MINSA recertificados con las horas de crédito planificadas</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Capacitación en Convenio de Gestión	
FCP.6 ♥ Capacitación en Convenio de Gestión.	<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. Verificación de los convenios de gestión firmados.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
Otras capacitaciones	

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						
Planificación							
<p>GIU.1 Plan de información</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>Realización del Plan</p> <p>Evidencia de implementación del plan</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> <td style="width: 15%;">5</td> <td style="width: 15%; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.1.1 Seguridad de la información</p> <p>(Plan de seguridad informática actualizado y evaluado)</p>	<p>Propósito El plan incluye la manera de mantener la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de inclusión de aspectos relacionados con la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información en Plan de Información</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<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. • Se protegen los archivos y la información de la manipulación y el uso o acceso desautorizado. <p>Evidencia: Medidas de seguridad implementadas: back up, documentos normativos, fotos, entre otras, CD's y DVD,s</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Códigos de información	
<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>1 2 3 4 5 NA</p>
<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 Implementación del Plan Evidencia de recursos del Plan de Información</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Conjunto Mínimo Básico de datos al alta (CMBD)</p>	
<p>GIU.4 Se planifica en toda la Región Sanitaria un Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta (CMBD).El Plan incluye la elaboración de un manual</p>	<p>Propósito El CMBD al alta es imprescindible para, entre otros, agrupar las altas en grupos isocoste tipo Grupos relacionados con el Diagnóstico (GRDs) o similares. La clasificaron de las altas de pacientes en GRD conocer la cantidad de recursos utilizados, indicadores de calidad, etc.</p> <p>Elemento de medición Plan del CMBD en coordinación con MINSA Elaboración del manual del CMBD en coordinación con MINSA</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.5 Implementación del CMBD</p>	<p>Propósito Se obtiene el CMBD de los pacientes egresados.</p> <p>Elemento de medición Numerador: Número de pacientes con registro adecuado de CMBD al alta \times 100 Denominador: Número total de pacientes egresados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Subsistemas de información</p>	
<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 2005. • 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<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 Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Informes	
GIU.8 Evidencia de informes de participación social	<p>Propósito Presentación de informes</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GIU.8.1 Evidencia de informes de gestión	<p>Propósito Presentación de informes de gestión</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GIU.8.2 Evidencia de informes de recursos humanos	<p>Propósito Presentación de evaluaciones del recurso humano</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GIU.8.3 Evidencia de informes financieros	<p>Propósito Presentación del sistema de información financiero</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GIU.8.4 Evidencia de informes contables	<p>Propósito Presentación del sistema de información contable</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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 Nº de pacientes ingresados en el total del hospital y en cada servicio/ unidad. Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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 Nº de egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad. Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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>1 2 3 4 5 NA</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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En todo el hospital • En cada servicio/ unidad <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.9.5 Camas funcionantes en el conjunto del hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<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 Hospital: 5 Especialidades quirúrgicas: 5.5 Ginecología: 3.5 ARO: 4.0 Puerperio Qx: 4.0 Puerperio fisiológico: 3.0 Pediatria: 7.0 Especialidades médicas: 10.0 Neonatología: 6.0 Hemat – Oncol: 9.0 Infectología: 9.0 Intensivo de Ped: 7.0 (Ver Cartera)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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</p> <p>Hospital: $\geq 80\%$ Todos los Servicios (con excepción de Intensivos de Pediatría, Aislamiento de Infectología y Neonatología) $\geq 80\%$</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<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 cama</p> <p>Hospital: 53 Pediatria: 35 Gin: 65 Obste: 116 Servicios: línea base.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.9 Porcentaje de utilización de quirófanos de todo el centro y de y cada servicio/ unidad quirúrgica</p>	<p>Propósito Conocer la eficiencia en el uso de los quirófanos.</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de horas de quirófano utilizados en el total del centro y en cada servicio/ unidad. Denominador: Número total horas de quirófano disponibles en el total del centro y en cada servicio/ unidad.</p> <p>Meta: 80% o más.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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</p> <p>Meta: Ver cartera.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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</p> <p>Pediatría y GO: 59%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.12 Número de quirófanos</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elemento de medición N° de quirófanos existentes N° de quirófanos utilizados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.13 Porcentaje de intervenciones de cirugía ambulatoria para todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica X 100. Denominador: intervenciones quirúrgicas ambulatorias en todo el hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>Meta: ≥ 9.5% (ver cartera)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.14 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica X 100. Denominador: total intervenciones quirúrgicas</p> <p>Meta: ≥ 43.6% (ver cartera)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.9.15 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas. Denominador: Número de intervenciones quirúrgicas programadas x 100</p> <p>Meta: ≤ 5%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.16 Número de locales destinados a Consultas Externas</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Nº de locales destinados a las consultas externas del total de la instalación y de cada servicio/ unidad</p> <p>Meta: Todos los disponibles según la arquitectura del área de Consulta Externa.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</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 Número de locales instalados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.18 Tasa de retorno en consulta externa.</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de consultas subsecuentes en el total del hospital y en cada servicio/ especialidad X 100. Denominador: Número total de primeras consultas.</p> <p>Meta: Hospital: 74% Servicios: LB</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>Productos intermedios GIU.9.19 Numero de ecografías, Tomografías, etc.</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Informe con los datos solicitados (Ver Cartera)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.20 Otras actividades</p>	<p>Propósito Conocer la cartera de servicios de todos los procedimientos.</p> <p>Elementos de medición Informe de la cartera de servicios de aspectos no contemplados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG, EMG, etc., • Diálisis, • Radioterapia (campos, pacientes y sesiones) • Etc. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.20 Porcentaje de Abastecimiento Medicamentos Insumo Médico quirúrgicos</p>	<p>Propósito Existencia de abastecimiento</p> <p>Elementos de medición Inventario de medicamentos e insumo médico quirúrgico</p> <p>Meta: De aprobarse el presupuesto y el crédito extraordinario para funcionamiento: Medicamentos: $\geq 70\%$ (considera problemas de proveedores) Med Quirúrgicos: $\geq 90\%$</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Función 12: Prevención de la Enfermedad. Promoción de la Salud. PPS

Promoción de la salud

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
<p>PPS.1 ♥ La organización dispone de un Plan de promoción de la salud</p>	<p>Propósito Realizar un Plan de Promoción de Salud en base a: 6. Lineamientos estratégicos del MINSA 7. Organizaciones internacionales 8. Diagnóstico inicial previo 9. Necesidades de promoción de la salud con criterios: 10. Coste beneficio 11. Epidemiológicos y demográficos 12. Riesgo Desarrollar en el Plan el rol de la Participación Social</p> <p>Elementos de medición Realización y aprobación de Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Desarrollo de Plan de Promoción a la salud</p>	
<p>PPS. 2 ♥ Implementación de Plan de Promoción de la Salud</p>	<p>Propósito Desarrollar el Plan de Promoción de la Salud, Monitorizarlo,</p> <p>Elementos de medición Evidencia de la implementación del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>PPS.10.6 Número de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo el sector privado, que adquieren compromisos con el HOSPITAL para participar activamente en la divulgación de información relacionada con las enfermedades de transmisión sexual y el VIH SIDA.</p>	<p>Elementos de medición Numerador: Número de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que se comprometen a participar activamente en la divulgación de información de VIH, SIDA x 100. Denominador: Total de instituciones de la Región</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
<p>GEF-L. 1 ♥ Plan del Sistema de Gestión Económico Financiero</p>	<p>Propósito Diseñar e Implementar un Sistema de Gestión Económico Financiero</p> <p>Elementos de medición Sistema de Gestión Económico Financiera elaborado e implementado</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
Eficiencia	
<p>GEF-L-.2 ♥ La organización mejora la eficiencia</p>	<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 Ejecución presupuestaria (Comparativo años anteriores) Presupuesto ejecutado por egreso (Comparativo años anteriores) Documentos: análisis financieros y contables.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

<p>Incentivos a la eficiencia</p>	
<p>GEF-L.3 ♥ La organización establece incentivos a la mejora de la eficiencia</p>	<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. Los recursos comprados por este método serán propiedad d la organizaron. En todo caso se cumplirán las leyes y normativas</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento de este objetivo</p> <p>Sobresueldos de jefatura Becas de estudio Mención honorífica y certificación Meritocracia</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Contabilidad analítica</p>	
<p>GEF-L.4 La organización usa la contabilidad analítica para la toma de decisiones</p>	<p>Propósito La contabilidad analítica permite conocer los costes de cada unidad/ servicio. El conocimiento de los costes sirve para tomar decisiones y mejora la eficiencia.</p> <p>Elementos de medición Evidencia del uso de la Contabilidad Analítica para la toma de decisiones</p> <p>Análisis contables y documento de decisiones con base en ellos.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>Producto final hospitalario</p> <p>GEF-L.5 La organización mide el producto final hospitalario (Línea base 2009)</p>	<p>Propósito La organización mide del producto hospitalario mediante técnicas de agrupación de diagnósticos al alta en grupos isocoste tipo GRDs o similar. Para ello utiliza el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta (CMBD)</p> <p>Elementos de medición Evidencia de la medición del producto final hospitalario. Evidencia del uso del Producto Final Hospitalario para tomar decisiones de mejora</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Facturación a terceros</p>	
<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>Documento: Cálculo de costos y facturación de terceros por actividades.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Gestión Logística

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
Control de stocks estratégicos	
<p>GEF-L.11 ♥ Los stocks se ajustan a las necesidades.</p>	<p>Propósito Adecuar los stocks a las necesidades. Tener en cuenta los suministros estratégicos o esenciales. Los stocks de medicamentos de acuerdo a las necesidades son estratégicos para la organización.</p> <p>Elementos de medición Evaluación de la adecuación de stocks a las necesidades</p> <p>Documento: Existencias vs necesidades de medicamentos según el cuadro básico. Documentos de solicitud y provisión de nuevos medicamentos.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>Facturación a terceros</p>	
<p>GEF-L.12 Evidencia de la documentación oportuna para la facturación de la compensación por servicios prestados a asegurados atendidos en las instalaciones del MINSA.</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>Debe de realizarse un plan que permita la facturación de servicios a terceros como la CSS. El Plan debe incluir datos que permitan medir más adecuadamente el producto hospitalario; en el caso de hospitalizaciones la medición del producto hospitalario (case-mix, GRDs, PMCs) tiene una gran repercusión económica por lo que deben de iniciarse un Plan para su medición.</p> <p>En el caso de Consultas externas, aunque existen criterios de medición del case-mix so de menos implantación por lo que se puede establecer una ponderación para cada especialidad y/o si se trata de primeras consultas o segundas. En el caso de consultas sucesivas debe establecerse una ratio primeras/ sucesivas.</p> <p>Los productos intermedios como laboratorios, imagenología deben de facturarse con tarifas específicas.</p> <p>Para una correcta facturación es imprescindible recoger toda la actividad realizada en un único Servicio de Admisión, Consultas y Citaciones (REMES) y Archivos. En el caso de la medición del Case Mix es ineludible la recogida del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos).</p> <p>Elementos de medición Presentar número y porcentaje de actividades facturadas por servicios prestados a asegurados en instalaciones de MINSA.</p> <p>Documento: informe de Costo para compensación.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>FOGI</p>	
<p>GEF-L.13 Evidencia de cumplimiento de la gestión descentralizada del fondo para las giras integrales a través del porcentaje de producción vs ejecución del fondo</p>	<p>Propósito Verificar el cumplimiento de de ejecución de las giras integrales</p> <p>Elementos de medición Porcentaje de producción vs ejecución del fondo otorgado a la Región</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

ANEXO 3

Metodología de la Evaluación del PROVEEDOR

Metodología de la Evaluación del PROVEEDOR

Este ANEXO describe Metodología de la Evaluación del PROVEEDOR del presente CONVENIO.

El monitoreo facilita la evaluación de la actividad realizada y posibilita la orientación de los objetivos futuros y las acciones a llevar a cabo para garantizar un desarrollo armónico de los servicios en función de las necesidades y expectativas de la población.

Los objetivos del monitoreo son:

- evaluar y controlar los procesos y los resultados
- facilitar una visión completa del PROVEEDOR
- 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 del monitoreo y evaluación del CONVENIO

El MINSA utilizará para la medición del cumplimiento de los objetivos pactados en el CONVENIO para este período, el sistema 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. Al efecto, el MINSA 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.

El monitoreo y evaluación serán realizados por un equipo evaluador conformado por funcionarios del nivel nacional en coordinación con un equipo regional. El monitoreo se llevará a cabo cuatrimestralmente donde se revisará, el cumplimiento de los compromisos establecidos entre los niveles nacional y regional. Durante el mismo, el equipo evaluador observará las debilidades en el cumplimiento del CONVENIO, ya sea de parte del nivel nacional o regional para realizar las correcciones pertinentes en cuanto a capacitación y/o materiales de trabajo. Será un ente de enlace entre las partes para el cumplimiento del CONVENIO. Al final de cada monitoreo se elaborará un reporte escrito, que será entregado, tanto a la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud, como al PROVEEDOR. La evaluación del CONVENIO se realizará a los doce meses de la firma del CONVENIO.

La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud para la conformación del equipo evaluador, 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 indicadores para realizar la evaluación son los negociados entre el MINSA y el PROVEEDOR y contenidos en los anexos de este CONVENIO. Previa a la realización de las actividades de monitoreo y evaluación, el MINSA deberá comunicar la programación al PROVEEDOR con 15 días de antelación.

Estos instrumentos habrán sido previamente negociados entre las partes signatarias. Los anexos serán negociados cada año, sobre la base de cada evaluación se deberán negociar los anexos del nuevo período con la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

Los resultados de la evaluación serán comunicados oficialmente al PROVEEDOR en un período de tres semanas. En caso de insatisfacción con los resultados de la evaluación, el PROVEEDOR 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 de la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud del MINSA quien orientará la solución debida en un período no mayor a quince días hábiles. Si aún existiese desacuerdo, el PROVEEDOR para dirimir el desacuerdo, apelará al titular de la Dirección de Asesoría Legal del MINSA su insatisfacción, en un período no mayor de cinco días hábiles después de haber recibido la resolución. El titular del MINSA 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.

Monitoreo de objetivos del PROVEEDOR

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 convenidos y desarrollará la evaluación con base en estos indicadores.

Los indicadores son la expresión cuantitativa del funcionamiento del sistema, que permiten valorar de qué forma se está gestionando, en áreas, como uso de recursos (eficiencia), cumplimiento de las actividades programadas (eficacia) satisfacción del usuario (calidad), etc. Anuncian una desviación sobre la cual hay que proponer intervenciones correctivas o preventivas.

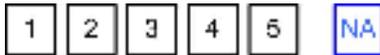
Los indicadores de gestión deben estar relacionados con el CONVENIO y debe ser conocido por las distintas Direcciones del Nivel Central del MINSA y el PROVEEDOR, para que coincidan con sus términos de comparación en las auditorías de gestión que realicen.

Elementos de puntuación

Objetivos con indicadores conceptuales:

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

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



Objetivos tipo numéricos (Tasas, etc.)

Se medirán igual que en el 2006, es decir 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:	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Tasa 87,9 - 89,9%: Puntuación Regular (equivalente a Alguna Evidencia), es decir 2 puntos • Tasa 90 – 92,9%. Puntuación Bueno (equivale a Evidencia), es decir 3 puntos • Tasa entre 93 – 95,9%: Puntuación (Muy bueno (Equivale a Evidencia Clara), es decir 4 puntos • Tasa > 96%: . Puntuación Excelente (equivale a evidencia total), es decir 5 puntos. • No es Aplicable el objetivo: Puntuación NA (No Aplicable) • 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	Buena	Muy bueno	Excelente																	
b)	1	2	3	4	5																	
c)	Sin evidencia o anecdótica	Alguna evidencia	Evidencia	Evidencia clara	Evidencia total																	
d)	(%)	n	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	(%)

- a) Calificador cualitativa global del Convenio de Gestión o de alguna de sus funciones
- b) Calificador 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 cuantitativo de puntuación de indicadores coreados (debe somarse 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, es decir el total de puntos es de 65 puntos. En principio todos los indicadores de cada función tienen el mismo valor. Las autoridades sanitarias 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.

Obligaciones, indicadores y Objetivos:

Se unifican todos los términos y se emplea únicamente el de objetivos

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

Excelente	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores $\geq 4,5$ puntos, y • Todas las funciones con una puntuación $\geq 2,5$ puntos, y • Promedio de puntuación de indicadores core $\geq 4,5$ puntos, y • Todos los indicadores core con puntuación $\geq 3,5$ puntos, y
Muy bueno	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores entre 3,5 y 4,4 puntos, y • Todas las funciones con una puntuación $\geq 2,5$ puntos, y • Promedio de puntuación de indicadores core $\geq 4,5$ puntos, y • Todos los indicadores core con puntuación $\geq 3,5$ puntos
Bueno	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores entre 2,5 y 3,4 puntos, y • Todas las funciones con una puntuación $\geq 2,5$ puntos, y • Promedio de puntuación de indicadores core $\geq 4,5$ puntos, y • Todos los indicadores core con puntuación $\geq 3,5$ puntos
Regular	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores entre 2,4 y 1,6 puntos, o • Una o dos funciones con una puntuación $\leq 2,4$ puntos, o • Promedio de puntuación de indicadores core $\leq 4,4$ puntos, o • Más del 10% de los indicadores core con un n° de puntos $\leq 3,5$.
Deficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores $< 1,6$ puntos, o • Tres o mas funciones con una puntuación $< 1,6$ puntos, o • Promedio de puntuación de indicadores core $\leq 4,4$ puntos, o • Mas del 10% de los indicadores core con un n° de puntos $\leq 3,5$

Subclasificación dentro de cada grupo

La subclasificación dentro de cada grupo se realizará según el número total de puntos obtenido

Funciones o aspectos más relevantes

Son especialmente relevantes:

- Función 12: Casi todo es muy relevante por lo que todos los aspectos relacionados con prevención son core
- **Cartera de servicios: Es esencial**
- Utilización de Servicios Sanitarios (Ej: demanda no satisfecha, no registro de casos de violencia intrafamiliar, etc). Es extremadamente importante desde varios puntos de vista, incluido el económico.