
**CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE
EL MINISTERIO DE SALUD Y EL HOSPITAL SANTO TOMAS
PARA LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS
DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN NACIONAL
AÑO 2008**

Los suscritos a saber: Doctora: Rosario Turner mujer, panameña, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal PE-5-475, en su condición de Ministra de Salud, actuando en nombre y representación del Ministerio de Salud, y por la otra, el Doctor Gerardo Victoria, varón, panameño, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal N° 8-219-587, en su calidad de Director del Hospital Santo Tomás 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 y al Hospital Santo Tomás, 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 la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que la visión del Gobierno sobre salud en el desarrollo, privilegia el papel a jugar por una población sana en el incremento del desarrollo económico y social de un país. En este marco, la sociedad panameña debe hacer un gran esfuerzo por asegurar la solución a sus problemas de salud.

Que el Proceso de Modernización Institucional tiene como objetivo básico, la búsqueda de la eficacia, eficiencia y calidad en la provisión de los servicios hospitalarios, mediante el fortalecimiento de funciones administrativas, financieras y operativas centrales, regionales y locales, 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 en las Políticas y Estrategias de Salud Pública 2005-2009 del MINSAL, en la Política 6, Lineamiento 6.5, se establece los convenios de gestión para asignar recursos, orientar el cumplimiento de los resultados, la transparencia en el financiamiento y la calidad de la provisión de los servicios de salud.

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

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

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

ACUERDAN:

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

CLAUSULA I: DEL OBJETO DEL CONVENIO

El objeto contractual lo constituye la provisión y administración de servicios hospitalarios de tercer nivel de atención para la población, que por adscripción territorial están definidos por el HOSPITAL, 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 2, 293,773 habitantes. (Recordar que dentro de estas obligaciones de atención debe incluirse a las embarazadas menores de 15 años, así como otros menores con afecciones psiquiátricas)

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

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

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

CLAUSULA II: DE LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

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

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

CLÁUSULA III: INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES

Las partes declaran y aceptan, que la cartera de servicios hospitalarios se brindará en las instalaciones del Hospital Santo Tomás.

Igualmente aceptan las partes contratantes que las edificaciones, instalaciones, terrenos, equipos y demás bienes muebles que conforman el Hospital Santo Tomás son objeto de una relación jurídica entre el Estado, a través del MINSA y el HOSPITAL. Por disposición legal, el HOSPITAL está facultado para administrar responsablemente, mientras esté vigente el presente CONVENIO, en los términos y condiciones pactados entre el MINSA y el HOSPITAL.

CLAUSULA IV: MONTO DEL CONVENIO

El MINSA asignará al HOSPITAL para financiar su cartera de servicios pactada en el ANEXO 1 hasta un **máximo de CUARENTA Y TRES MILLONES, DOSCIENTOS MIL BALBOAS (B/.43,200,000)**, para el periodo de vigencia fiscal 2008 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: METODOLOGÍA DE LA FORMULACION PRESUPUESTARIA

Con el objeto de garantizar el cumplimiento de las responsabilidades pactadas dentro del marco del presente CONVENIO, se establece la necesidad de vincular los objetivos y metas pactadas entre las partes, a la ejecución del respectivo presupuesto a cargo del HOSPITAL. Dicha formulación y posterior asignación presupuestaria estará basada en la metodología que el MINSA establezca para tal efecto a través del Departamento de Presupuesto de la Dirección Nacional de Políticas de Salud, la cual hará parte de los anexos al presente CONVENIO. ANEXO 2.

CLÁUSULA VI: DE LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES

El MINSA estará obligado a:

1. Entregar al HOSPITAL los recursos financieros establecidos para ejecutar el presupuesto del año 2006 que se derive de los acuerdos pactados en el presente CONVENIO, lo que permitirá al HOSPITAL asumir la cartera de servicios hospitalaria que se ofertará a la población del área de influencia.
2. Realizar las gestiones ante la autoridad competente, para facilitar el acceso de los fondos en la forma más conveniente, de acuerdo al balance fiscal del Estado, para que estén a la disposición de las autoridades del HOSPITAL.
3. Establecer anualmente el estimado de la producción de la cartera de servicios para satisfacer una determinada cobertura poblacional, por tipo de atención, tal como se contempla en el Anexo 1 del presente CONVENIO.
4. Solicitar al HOSPITAL, de acuerdo a la periodicidad establecida y cuando se estime conveniente, información sobre los indicadores de producción de las actividades de administración y provisión de la cartera de servicios del HOSPITAL, con el propósito de vigilar, supervisar y evaluar la ejecución del presente CONVENIO, según los mecanismos descritos en el ANEXO 5.
5. Exigir al HOSPITAL la aplicación de correctivos en los casos en que se adviertan irregularidades o deficiencias en la realización de las actividades de administración del HOSPITAL y provisión de la cartera de servicios por parte de éste, según las normas y estándares del Ministerio de Salud, como ente rector.
6. Vigilar el cumplimiento de la legislación existente en cuanto a vigilancia y control de infecciones nosocomiales, vigilancia epidemiológica, sanitaria, ambiental y de bioseguridad.
7. El MINSA está obligada a garantizar el cumplimiento de los lineamientos nacionales en las relaciones contractuales y los términos de referencia administrativos y asistenciales que el HOSPITAL realice con otra institución o instalación de salud.

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:

- están dirigidos por el liderazgo
- buscan cambiar la cultura de la organización
- identificar y reducir de manera proactiva los riesgos y la variación
- utilizar los datos para centrarse en los aspectos de prioridad, y
- 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 mejorar 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 computerizados y tecnologías futuras.

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)**Gestión Económica Financiera**

La función Económico Financiera es básica para que las organizaciones gestionen sus recursos monetarios. Y se refiere a las acciones relacionadas con los recursos económicos y financieros empleados para obtener los productos finales e intermedios de los servicios de salud, buscando 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 VII: DEL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PATRONATO

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.

Queda a salvo el derecho que le asiste al MINSA de solicitar el desarrollo de acciones correctivas y preventivas, de carácter excepcional o extraordinario, que deba ejecutar el HOSPITAL ante situaciones calificadas en salvaguarda del interés general. Para el desarrollo de dichas acciones, el MINSA se compromete a obtener los recursos extraordinarios, económicos o de otro tipo, que sean necesarios.

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.

Contra el resultado de las evaluaciones que se practiquen, únicamente cabrán los recursos de revocatoria ante la misma Dirección, y de apelación ante el MINSA, en el tiempo y forma establecidos en el Protocolo de Monitoreo y Evaluación del Desempeño del HOSPITAL. ANEXO 5.

CLAUSULA VIII: INCENTIVOS AL DESEMPEÑO

El MINSA establecerá unos incentivos al buen desempeño, de conformidad con el resultado de las evaluaciones periódicas que practique. Estos incentivos consistirán en certificaciones, capacitaciones del recurso humano (Seminarios, Becas), compra de equipos médicos.

CLAUSULA IX: DE LOS ANEXOS

El presente CONVENIO incluye como parte integrante los anexos:

1. Cartera de Servicio y Producción Pactada
2. Metodología de la Formulación Presupuestaria
3. De las obligaciones del MINSA
4. De las obligaciones del HOSPITAL
5. Protocolo de Monitoreo y Evaluación del Desempeño del HOSPITAL

Los anexos serán negociados cada año, sobre la base de cada evaluación y se deberán negociar para el nuevo período con el MINSA.

CLAUSULA X: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

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

CLAUSULA XI: VIGENCIA

El presente CONVENIO tendrá vigencia a partir del mes de Enero de 2008, hasta el 31 de Diciembre del año 2008.

Estando conformes a lo antes establecido, las partes firmamos el presente CONVENIO, sin hacer modificación alguna, en la Ciudad de Panamá, a los ____ días del mes de _____ del año 2008.

DOCTORA ROSARIO TURNER
MINISTRA DE SALUD

DOCTOR GERARDO VICTORIA
DIRECTOR MEDICO GENERAL
HOSPITAL SANTO TOMAS

ANEXO 1
Cartera de Servicios Hospitalaria y Producción Pactada

**CARTERA DE SERVICIOS DEL
HOSPITAL SANTO TOMÁS
2008**

HOSPITAL SANTO TOMAS

CARTERA DE SERVICIOS

AÑO: 2007

Servicios	Unidad de Producción	Pactado a 2007	%	Cali. Ponderada	Total/Logrado
Consultas Médicas					
Neurocirugía	CONSULTAS	2200	91	100	1994
Ortopedia	CONSULTAS	10562	74	74	7857
Oftalmología	CONSULTAS	10100	105	100	10628
Odontología	CONSULTAS	1844	58	58	1065
Coloproctología	CONSULTAS	2500	73	73	1813
Cirugía General	CONSULTAS	7000	76	Adenda disminuyeron el Rec. Hum pendien hacer la cant adecuada	5304
Cirugía Plástica	CONSULTAS	1250	78	78	977
Cirugía Cardiovascular	CONSULTAS	400	90	100	359
Cirugía Maxilo Facial	CONSULTAS	1770	106	100	1868
Cirugía Vascul Periférica	CONSULTAS	5000	84	84	4194
Cirugía Torácica	CONSULTAS	400	103	100	410
Urología	CONSULTAS	3800	104	100	3939
Foniatría-Audiología	CONSULTAS	1600	94	100	1507
Otorrinolaringología	CONSULTAS	5250	78	78	4070
Anestesiología	CONSULTAS	615	222	100	1362
Dermatología	CONSULTAS	6128	107	100	6553
Psiquiatría	CONSULTAS	2502	92	100	2310
Cardiología	CONSULTAS	5910	107	100	6351
Neumología	CONSULTAS	2255	75	75	1699
Hematología	CONSULTAS	789	93	100	730
Neurología (Incluye la Epilepsia)	CONSULTAS	2503	89	89	2235
Nefrología	CONSULTAS	1477	100	100	1595
Gastroenterología	CONSULTAS	3867	82	82	3174
Interconsultas de gastro Intra Hosp.					
Medicina Interna	CONSULTAS	6823	79	79	5398
Endocrinología	CONSULTAS	3527	101	100	3547
Infectología	CONSULTAS	3132	86	86	2694
Epidemiología	CONSULTAS	175	64	64	112
Reumatología	CONSULTAS	1972	87	87	1720
Interconsultas de Reumat					

Clínica del Empleado (Médico)		3800	87	87	3296
Embarazo de Alto Riesgo		2000	108	100	2166
Clínica de Evaluación Pre- Post Quirúrgica		1342	140	100	1878
Clinica de Troboflasto		17	156	100	27
Clinica de Mamas		1000	116	100	1162
Clínica de Cesarea		1000	124	100	1236
Clinica de Colposcopías		1577	65	65 los centros de salud an asumido las colo y bajo la demanda	1023
Clínica de Mon. Fetal (Interpretación)	Monitoreo	2775	89	89 demanda equipo dañado	2458
Clínica de Infertilidad		4709	79	79 se pacta pero pertenece al Gorgas	3730
Medicina Física y Rehabilitación		2500	52	52 revisar con est. Porque son 2294	1309
Clínica del Dolor (?)					382
Consultas Técnicas					49881
Fisioterapia (Incluye proc de ptes hosp a partir de junio)		27000	69	69 se dieron 24337	18555
Laboratorio de Electrodiagnóstico		460	106	100	489
Terapia Ocupacional		1500	219	100 se vieron 2833	3281
Nutrición		2800	61	61	1695
Psicología		2996	72	72	2168
Trabajo Social		10847	113	100	12250
Neurofisiología		1195	74	74	883
Fono audiología		1200	129	100	1542
Optometría		3000	83	83	2475
Clínica de Infertilidad		700	73	73	508
Ortopedia		5000	117	100	5828
Cirugía Vascul Periférica		200	103	100	206
Consultas de Enfermería					53145
Oftalmología	Evaluaciones y/o estudios	10000	95	100	9506
Dermatología	Tratamientos	2000	121	100	2416
Enfermedades Infecc (TAVHI-TAR)	Consultas	2850	134	100	3811
Control de Epilepsia	Consultas	850	103	100	876
Cardiología	Consultas	4500	87	87	3915
Diabetología	Consultas y/o curaciones	20000	80	80	15970
Psiquiatría de enlace	Consultas	1310	157	100	2051

Ostomizados	Actividades y/o Curaciones (8191)	1000	23	23 adenda se pacto todo con sala y solamente se reporta c. ext. Afecto la huelga	230
Cirugía Vascular Periférica	Consultas y/o curaciones	5200	102	100	5304
Cirugía General (ambulatoria)	Orientación pre operatoria	400	119	100	476
Neumología	Tratamiento e inhaloterapia	3000	94	100	2812
Clínica de Monitoreo Fetal	Monitoreo	2775	113	100	3136
Clínica del Empleado (Enfermera)	Consulta y/o Vacunación	1500	172	100	2585
Urología			#;DIV/0!		4
Otorrinolaringología			#;DIV/0!		55
B. Hospitalización	Egresos				
Neurocirugía		630	91.6	100.0	577
Oftalmología		80	132.5	100.0	106
Otorrinolaringología		400	78.8	78.0	315
Coloproctología		200	97.5	100.0	195
Cirugía Maxilo Facial		250	88.8	88.0	222
Cirugía General		1800	135.1	100.0	2431
Cirugía Torácica		130	88.5	88.0	115
Cirugía Plástica		225	99.1	100.0	223
Cirugía Cardiovascular		170	84.7	84.0	144
Cirugía Vascular Periferica	Egresos	298	107.0	100.0	319
...Interconsultas	Interconsultas	298	173.5	100.0	517
Urología		430	105.6	100.0	454
Ortopedia		1000	106.0	100.0	1060
Unidad de Trauma			#;DIV/0!		34
Nefrología	Egresos	431	100.0	100.0	449
...Interconsultas	Ptes Evaluados	433	50.6	50.0	219
Cardiología		767	108.2	100.0	830
...Interconsultas	Ptes Evaluados	786	34.1	34.0	268
Medicina Interna		2276	100.3	100.0	2283
...Interconsultas	Ptes Evaluados	663	116.7	100.0	774
Neumología Y TBC		854	98.4	100.0	840
...Interconsultas	Ptes Evaluados	342	204.1	100.0	698
Dermatología		28	85.7	85.0	24
...Interconsultas	Ptes Evaluados	270	93.3	100.0	252
Psiquiatría		473	98.9	100.0	468
...Interconsultas	Ptes Evaluados	294	152.4	100.0	448
Infectología		402	113.4	100.0	456
...Interconsultas	Ptes Evaluados	2716	86.4	86.0	2346

Ginecología		1016	126.3	100.0	1283
Obstetricia		15243	106.9	100.0	16295
AREAS CRITICAS (Incluye las Transf A)					
Unidad de Cuidados Intensivos(1 y 2)	TRANSF A	695	143.0	100	994
Unidad de Cuidados Sem. Intensivos		140	170.7	100	239
Unidad Coronaria		259	117.4	100	304
Unidad de Quemados		110	130.0	100	143
Detenidos		193	81.3		157
C. Servicios Quirúrgicos					
Intervenciones quirúrgicas (Salón de operaciones y partos					
* Total de Cirugías Realizadas	Intervenciones				18587
.... Ambulatorias		2073	114.2	100	2367
.....Hospitalizados (No ambulatorias)		4722	60.9		2874
..... Cirugías de Urgencia		3215	192.0		6171
.....Cirugias de Gineco-Obstetricia(Amb)		44	266.4	100	117
.....Cirugias de Gineco- Obst (Hosp)		1825	98.6	100	1799
.....Cirugias de Gineco- Obst (Urg)		4907	107.2	100	5258
* Partos Vaginales	Nº de partos Vaginales	9933	108.4	100	10768
* Partos por Cesárea	Nº de partos por Cesárea	2824	111.8	100	3156
D. Vacunación	Dosis aplicadas				
Hospital					
* TD		5000	73.3	73 faltó un personal que no se le administro revisar el dato4117	3663
* Hepatitis B		800	159.5	100	1276
* MR		4753	103.2	100	4907
* Influenza		1300	113.5	100	1475
E. Laboratorio					
. Exámenes de laboratorio	Exámenes	1,100,063.00	103.1	100	1,133,768

F. Banco de Sangre					
Donantes Atendidos	Donantes	9000	96.7	100	8700
Globulos Rojos Empacados	Bolsas	9000	85.9	85	7734
Plasma Fresco Concentrado	Bolsas	4000	92.2	100	3688
Concentrado de Plaquetas (PLT)	Bolsas	5000	50.5	50 crisis por donantes estan en campaña	2526
Crío precipitados	Bolsas	1000	68.1	68	681
G. Farmacia					
Medicamentos despachados					
* Hospitalizados	Reng de Med Despachados a Salas y Servicio	79201	124.3		98425
* Ambulatorios	Reng de Med Despachados a Salas y Servicio	16042	122.2		19604
* Alimentación Parenteral	Número de fórmulas despachadas a hospitalizados	1000	174.7		1747
H. Estudios Especiales					
Estudios y Tratamientos					
Ecocardiograma		975	144.7	100	1411
Biopsia Renal (nefro)		30	20.0	20 buscar en el libro	6
Biopsia Medula Osea (M.INT)	Proc Diagn	267	10.9	10 pendiente buscar el dato en los libros d los serv	29
Parcentesis Abdominal (M,Inte)	Proc Diag	82	47.6	47 buscar en elibrp	39
Punción Lumbar (M. INT, neumo)	Proc Diag	40	110.0	100	44
Electrocardiograma		9443	103.1	100	9733
Prueba de Esfuerzo		164	137.2	100	225
Broncoscopía		260	44.6	44 adenda aparato dañado	116
Espirometría		460	79.1	79 adenda equipo dañado	364
Estudio Neurofisiológicos		1205	53.2	53	641
Electroencefalograma		800	81.8	81	654
Endoscopías digestivas Altas		1772	114.7	100	2033
Endoscopías digestivas bajas		841	118.7	100	998
CPRES		372	85.5	85	318
Gastrostomías percutáneas		29	110.3	100	32
Ultrasonido Obstétrico		3138	78.0	78 son am. Y por el paro se afecto la produccc. Ademas se cerro por aguas negras	2448

Ultrasonido Ginecológico		1157	78.8	78 son am. Y por el paro se afecto la producc. Ademas se cerro por aguas negras	912
Nasofaringolaringoscopia		400	37.0		148
Rinoscopia rígida (2121)		300	17.3		52
Audiometrías (9541) (SERV 0141)		747	137.1		1024
Impedanciometría (9528)		612	56.9		348
Electronistagmografía (9524)		101			179
Potencias evocados Auditivos		52			60
Emisiones Otacústicas (9650)		50			11
Tratamientos Dermatológicos (Médico)	PROC EN (C.EXT Y PROC SALAS)	2100			2309
I. Dietética					
. Raciones Servidas	Raciones	800000			740757
. Pacientes		58223			549416
. Personal		209428			183616
. Refrigerio		7500			7725
J. Imagenología					
. Total de placas tomadas	Placas	106824			
Rx Convencional	Estudios	71389	110.1	100	78605
* Tomografía Computarizada		10600	96.4	100	10216
.Ultrasonido		10343	98.5	100	10187
. Resonancia Magnética		991	140.5	100	1392
. Mamografías		1000	126.7	100	1267
Medicina Nuclear		2070	89.7	89 afectado por la huelga pac ausentismo	1857
Hemodinámica	Estudios y/o tratamientos	4108	55.8	55	2293
Cardiovasculares		47	183.0	100	86
Periféricos		911	73.4	73	669
Cardíacos		2300	38.4	38 no hay insumos y el paciente compra el material y los realizados el pac. Compro el insumo.	883
Neuroquirúrgicos		750	43.7	43	328
Otros (intervencionismo) se llame para el 08 Intervencionismo por Radiologia		100	67.0	67 verificar el datos son 139 en el registro del servicio	67

K. Inyecciones	Dosis aplicadas				
Cuarto de Urgencia	Inyecciones aplicadas	28378	112.6	100	31960
L. Patología	Estudios				
Citodiagnóstico		14500	238.0	100	34510
Biopsias		8800	110.5	100	9724
Necropsias		100	63.0	63 adenda reducc por falta de rec. Humano	63
M. Servicios de Urgencia	Consultas				
* Urgencia General		56390	104.5	100	58906
* Urgencias Gineco Obstétricas		31860	98.6	100	31429
* Inhalo terapias	Nebulizaciones	6925	108.0	100 verificar	7478
N. Terapéutica Especial	Tratamientos				
Terapia Parenteral Amb (Quimioterapia)		3000	92.9	100	2788
Hemodiálisis		9275	140.9	100.0	13065
Plasmaféresis		19			33

Nota: La tendencia lineal del 2008 se le estará enviando a más tardar el jueves.

ANEXO 2

Metodología de la formulación presupuestaria

Metodología para la Formulación de Presupuesto 2007

En la formulación del anteproyecto de presupuesto para el año 2007, no se incorporo ni se tomó en cuenta el concepto de formulación basado en la producción esperada o estimada, que está contenida en este Convenio de Gestión. (PARA EL PRESUPUESTO DEL 2007, ESTE CONVENIO DEBE TOMARSE COMO LÍNEA BASE, Y DEBE SER TRABAJADO ANTES DE LA FECHA TOPE DE PRESENTACION DEL PRESUPUESTO NACIONAL, DE OTRA MANERA SERIA DIFICIL QUE SURTIERAN EFECTO LAS PRESTACIONES ECONOMICAS PRESENTADAS YA QUE NO SE ENCONTRARIAN PRESUPUESTADAS A TIEMPO).

La metodología de formulación desarrolla etapas, que deben ser agotadas por los equipos responsables, los que a su vez deben ser integrados bajo la responsabilidad de los directores de las unidades ejecutoras y con la coordinación operativa de los planificadores institucionales.

Etapas de la formulación 2007:

1. Análisis de la situación de salud, plan operativo y programación local
2. Reorganización de la red sanitaria.
3. Determinación de los centros de producción con su producción en el periodo
4. Proyección de la producción para el año 2007
5. Determinación de los recursos financieros por programa presupuestario

1. Análisis de la situación de salud, plan operativo y programación local

Esta etapa se constituye en el punto de partida del proceso, ya que debe sustentar la asignación de recursos basados en la identificación de necesidades que aporta el análisis de situación, para las que la región debe haber estructurado un plan operativo de intervenciones con el propósito de resolverlas, y modificar la situación, lo que llevara a las unidades ejecutoras locales a estructurar su programación de actividades que debe permitir lograr los objetivos del plan operativo regional.

Esta etapa requiere que estos tres elementos sean desarrollados en forma coordinada de forma tal que se conviertan en los documentos sustentadores de los montos presupuestarios solicitados.

2. Reorganización de la red sanitaria

En la mayoría de las regiones de salud, la organización de la red no es lo suficientemente clara, de forma que la asignación de los recursos no es compatible con la estructura operativa, por ejemplo:

- a. Unidad Ejecutora Oficina Regional (se refiere a la sede regional, que generalmente recibe recursos para su funcionamiento y para cubrir necesidades de los centros de salud, puestos y hospitales).
- b. Hospital Regional (casi siempre esta claramente diferenciado en la asignación de recursos).
- c. Hospitales de área y locales (casi siempre incluyen los recursos de algunos centros de salud, o de puestos y subcentros de salud).

d. Distritos (generalmente se le asignan los recursos de un centro de salud y la red de puestos que le corresponden dentro de un espacio geográfico, sin embargo, en muchos casos incluyen instalaciones pertenecientes a otro distrito).

La reorganización de la red que se requiere para la formulación 2007 hace referencia al ordenamiento del proceso de formulación a partir del puesto de salud como la unidad mínima de la elaboración del anteproyecto de presupuesto, bajo la tutoría operativa del centro de salud correspondiente, en una cobertura según las competencias, la jerarquía y las responsabilidades de cada una, dentro de un mismo espacio geográfico poblacional.

Esta etapa requiere de la participación de los directores de las instalaciones de salud, los jefes de distritos, (en donde existan), bajo la coordinación del planificador regional y bajo la responsabilidad final del Director Regional.

3. Determinación de los centros de producción, con su producción en el periodo

La parte central del proceso de formulación presupuestaria por producción es la determinación de los centros de producción de cada instalación.

Se define centro de producción como aquel centro sanitario, que oferta servicios a la población y cuenta con los recursos necesarios; humanos al igual que insumos para producir servicios finales, intermedios o de apoyo; y en un centro de producción se puede ofertar una variada cartera de servicios.

Por conveniencia, y por ser este el primer año en que iniciamos este proceso de formulación presupuestaria por producción se ha consensado utilizar la figura de **programa presupuestario**, que puede coincidir con un centro de producción o agrupar a varios, o ser un producto que por su importancia debe ser un programa presupuestario. De esta forma se inicia la aproximación a las dimensiones programáticas definidas en nuestro sistema de salud.

Programas presupuestarios 2007:

- a. Consulta externa de las instalaciones
- b. Hospitalización
- c. Salón de operaciones y partos
- d. Cuidados especiales
- e. Urgencias
- f. Servicios de apoyo al diagnóstico y al tratamiento
- g. Servicios de apoyo a la administración
- h. Servicios de atención al cliente externo
- i. Programa de Docencia
- j. Programas preventivos
- k. Inversión en infraestructura y equipo

Esta etapa requiere del uso de una matriz preliminar que ha sido elaborada para tal fin por el Departamento de Formulación Presupuestaria, y que debe ser llenada con los datos de producción de los últimos 5 años, (2002 al 2006) y con la producción que se proyecta para el 2007. Esta información debe ser aportada por los responsables de estadísticas de todas las instalaciones y del nivel regional, que son los que oficializan la producción de las instalaciones. Los datos se trabajarán por centro de producción, por instalación de salud, por distrito, (figura presupuestaria actual), y consolidado por la región.

4. Proyección de la producción para el 2007

Aunque existen varios métodos de proyección, se aplicará el método de proyección lineal de la tendencia, (la fórmula de la línea recta), que definirá el escenario máximo esperado cuando la misma es ascendente.

Posteriormente se debe realizar un ajuste por la imposición de metas, principalmente cuando la proyección es contraria a los objetivos institucionales, procedimiento que debe ser consensuado entre el planificador regional y los responsables de programas y jefes de instalaciones. De esta forma se hará el ajuste de la tendencia y se define un escenario mínimo.

Esta etapa involucra a jefes de programas, de instalaciones, estadísticos y al planificador regional, y obliga a procesos de negociación para conciliar metas.

5. Determinación de recursos financieros por programa presupuestario

Con la proyección de la producción por cada programa presupuestario, se procede a la estimación de los recursos por objeto de gasto necesarios para cada programa presupuestario en cada instalación y sumativamente hacia el distrito y la región.

Se ha diseñado una matriz electrónica que facilita este proceso y que se restringe a las cuentas de la 1 a la cuenta 3 ya que se ha dejado por fuera a los recursos humanos por considerarlos un gasto fijo, que es estimado y manejado por la Dirección de Recursos Humanos del MINSA la que posteriormente aportará la información debidamente procesada.

Esta etapa exige la mejor coordinación entre los responsables de instalaciones, de programas, los técnicos que arman el presupuesto, bajo la coordinación de los planificadores regionales y la responsabilidad del Director Regional.

Los tiempos de formulación presupuestaria son definidos por la Dirección Nacional de Políticas y se sustentan en los tiempos establecidos por el Ministerio de Economía y Finanzas.

ANEXO 3

De las Obligaciones del MINSA

1. Entregar al HOSPITAL los recursos financieros establecidos para ejecutar el presupuesto para el año 2006 que se derive de los acuerdos pactados en el presente CONVENIO, lo que permitirá al HOSPITAL asumir la cartera de servicios hospitalarios que se ofertará a la población del área de influencia.

INDICADOR

1.1 Presupuesto Fiscal equivalente a B/. 31,547,707 entregado al HOSPITAL del 1º. de enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006 (no incluye asignación de crédito extraordinario, otorgado cada año de acuerdo a requerimiento.

1.2 Proyección de fondos propios aproximada de B/. 2,210,000.00 entregado 1º. de enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Presupuesto aprobado por el Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República

PROCEDIMIENTO

Verificar el original de recibo y el documento conteniendo la información presupuestaria del HOSPITAL Informe de ejecución presupuestaria del 2006.

PERIODICIDAD

A los 30 días de la firma del CONVENIO.(ESTE LAPSO DEPENDE DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA)

2. Realizar las gestiones ante la autoridad competente, para facilitar el acceso de los fondos en la forma más conveniente, de acuerdo al balance fiscal del Estado, para que estén a la disposición de las autoridades del HOSPITAL.

INDICADOR

2.1 Asignaciones entregadas MENSUALMENTE al HOSPITAL de acuerdo a la programación en el año 2006 con un mes de adelanto.(LOS DESEMBOLSOS ACTUALMENTE SON MENSUALES)

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Desembolsos de fondos ante el Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República.

PROCEDIMIENTO

Verificar el documento de las asignaciones entregadas al HOSPITAL con su debida rúbrica de recibo por este último.

PERIODICIDAD

Cada mes.(RECORDAR QUE ES CADA MES QUE NOS DAN EL DINERO)

3. Establecer anualmente el estimado de la producción de la cartera de servicios para satisfacer una determinada cobertura poblacional, por tipo de atención tal como se contempla en el ANEXO I del presente CONVENIO.

INDICADOR

3.1 Evidencia de la cartera de servicios pactada.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Convenio de Gestión firmado
Documento de la cartera de servicios actualizada.

PROCEDIMIENTO

Verificar la existencia del documento.

PERIODICIDAD

Anual.

4. Solicitar al HOSPITAL, de acuerdo a la periodicidad establecida y cuando se estime conveniente, información sobre los indicadores de producción de las actividades de administración y provisión de la cartera de servicios del HOSPITAL, con el propósito de vigilar, supervisar y evaluar la ejecución del presente CONVENIO, según los mecanismos descritos en el ANEXO 5.

INDICADOR

- 4.1. Evidencia de supervisión capacitante y monitoreo de los indicadores de los servicios administrativos y técnicos hospitalarios.
- 4.2. Evidencia de evaluación anual a través de indicadores de resultado del CONVENIO.
- 4.3. Evidencia de las inspecciones realizadas.
- 4.4. Evidencia de realización de auditorías de servicios y médicas.
- 4.5. Evidencia de las auditorías contables y financieras.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informe ejecutivo de los resultados de la supervisión y de los monitoreos.
Documento de los resultados de la evaluación anual.
Informe de inspecciones realizadas (cada 4 meses)
Informe de las auditorías realizadas de:

- Auditorías de servicios (anual)
- Auditorías médicas (según necesidad)
- Auditorías contables y financieras (cada 4 meses)

PROCEDIMIENTO

Verificar la existencia de los documentos de supervisión y monitoreo.
Verificar la existencia del documento de los resultados de la evaluación anual.
Utilizar el formulario Análisis de la evaluación de las inspecciones y auditorías realizadas

PERIODICIDAD

Supervisiones cada 4 meses
Evaluación anual
Inspecciones cada cuatro meses
Auditorías como se establece en cada uno de los casos

5. Exigir al HOSPITAL la aplicación de correctivos en los casos en que se adviertan irregularidades o deficiencias en la realización de las actividades de administración del HOSPITAL y provisión de la cartera de servicios por parte de éste, según las normas y estándares del Ministerio de Salud, como ente rector.

INDICADOR

5.1 Evidencia de los correctivos de las irregularidades o deficiencias que se encuentren, de acuerdo a normas y estándares establecidos.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informes ejecutivos de los correctivos.

PROCEDIMIENTO

Verificar que se hayan realizado dichos correctivos.

PERIODICIDAD

Cada 4 meses.

6. Vigilar el cumplimiento de la legislación existente en cuanto a vigilancia y control de infecciones nosocomiales, vigilancia epidemiológica, sanitaria, ambiental y de bioseguridad.

INDICADOR

6.1 Evidencia periódica de la vigilancia de los indicadores de interés epidemiológico, sanitario, ambiental, de bioseguridad y de infecciones nosocomiales.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informes epidemiológicos, sanitarios y ambientales.

Informes periódicos y oportunos del Comité de Infecciones Nosocomiales y de Bioseguridad a través de indicadores establecidos.

PROCEDIMIENTO

Verificar los documentos consolidados de los resultados de la vigilancia epidemiológica, sanitaria, ambiental, de bioseguridad y del Comité de Infecciones Nosocomiales y de Bioseguridad.

PERIODICIDAD

Cada 4 meses para la vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental.

Mensualmente para el Comité de infecciones Nosocomiales y de Bioseguridad.

7. El MINSA está obligada a garantizar el cumplimiento de los lineamientos nacionales en las relaciones contractuales y los términos de referencia administrativos y asistenciales que el HOSPITAL realice con otra institución o instalación de salud.

INDICADOR

7.1 Evidencia de relaciones contractuales y TDR (Términos De Referencia) firmados que cumplan los lineamientos nacionales del MINSA.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Contratos firmados y TDR aprobados e implementados.

PROCEDIMIENTO

Verificar existencia de documentos.

PERIODICIDAD

A los 30 días de la firma de los contratos y TDR.

ANEXO 4

De las Obligaciones del HOSPITAL

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

Visión general

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.

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>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 style="border: 1px solid blue;" 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>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 style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Consentimiento informado genérico a ingresar en la organización</p>	
<p>DPF. 3 Se obtiene un consentimiento Informado general cuando el paciente ingresa en la organización.</p>	<p>Propósito El consentimiento general se obtiene cuando el paciente entra en la organización. Los pacientes reciben información tanto de su alcance, como del diagnóstico y otras pruebas incluidas y de los tratamientos que se incluyen en el consentimiento.</p> <p>Cuando el paciente no pueda o no quiera tomar se informará y solicitará el consentimiento general a sus representantes de acuerdo a la Ley 68.</p> <p>No serán admisibles formulas jurídicamente nulas y atentatorias contra los derechos y libertades al exonerar genéricamente cualquier responsabilidad</p> <p>Elemento de medición Numerador: Total de pacientes ingresados al programa con consentimiento informado genérico × 100 Denominador Total de pacientes ingresados al programa</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 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las prácticas quirúrgicas o invasivas. 2. La anestesia y Sedación Profunda. 3. Del empleo de sangre y de derivados sanguíneos. 4. De las prácticas o tratamientos de alto riesgo 5. De la realización de ensayos clínicos 	<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 2008 con los ocho 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> <table border="1" data-bbox="634 1591 1008 1640"> <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)

Visión

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

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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cronograma de actividades conjuntas con la CSS. • Informe de actividades realizadas. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Información a pacientes sobre la sectorización</p>	
<p>ACA. 2 Porcentaje de servicios de salud con cartera de servicios a la vista del cliente</p>	<p>Propósito Mejorar la información de la cartera de servicios disponible</p> <p>Elementos de Medición Numerador: Número de servicios con cartera de servicio actualizada x 100. Denominador: Total de servicios en el hospital</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.3 Porcentaje de servicios de salud con horarios de atención al público a la vista del cliente</p>	<p>Numerador: Número de servicios de salud con horarios de atención al público a la vista del cliente x 100. Denominador: Total de servicios de salud</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Barreras de acceso	
<p>ACA.4 La organización intenta limitar las barreras físicas, de idioma, culturales y cualquier otra barrera en el acceso y asistencia.</p>	<p>Propósito Las instituciones sanitarias como el MINSA atienden a menudo a comunidades con colectivos distintos. Puede tratarse de pacientes de edad avanzada, discapacitados, de hablas o dialectos distintos, de culturas diversas o presentar otras barreras que dificultan el proceso el acceso a los servicios sanitarios. La organización conoce esas barreras y ha introducido procesos que las eliminan o limitan durante el proceso de los servicios sanitarios. La organización persigue además, reducir el impacto de esas barreras en la provisión de servicios sanitarios.</p> <p>Elementos de medición Diseño de un plan. 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>Elementos de medición Elaboración de un diagnostico situacional Numerador: Número de instalaciones en el hospital que faciliten el acceso a pacientes discapacitados x 100. Denominador: Total de instalaciones hospitalarias</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Estrategias para la ampliación de la cobertura de servicios	
Acceso y Listas de espera	
<p>ACA.6 Se registra la lista de espera total de pacientes para procesos médicos, quirúrgicos y productos intermedios</p>	<p>Propósito 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 Evidencia del registro de lista de espera</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.7 Lista de espera superior a 2 ½ meses en cada servicio/ unidad de la instalación</p>	<p>Elementos de medición 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.8 Espera quirúrgica superior a seis meses del hospital y cada servicio/ unidad</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.9 Espera quirúrgica superior a 12 meses del hospital y cada servicio/ unidad</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>
<p>ACA.10 ♥ La organización dispone de un Plan para Adecuar los tiempos de espera a las necesidades de acceso de la población en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugías <ul style="list-style-type: none"> ○ Con Internamiento ○ Ambulatoria • Productos intermedios • Consultas externas 	<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 tempo de demora no rebasa los limites 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.11 La Organización implementa el plan de adecuación de la lista de espera a las necesidades.</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.12 Fomentar la integralidad y continuidad de la atención de salud, mediante la aplicación de un sistema articulado de las unidades del primer nivel y segundo nivel de atención, mediante la implantación del Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia, (SURCO).</p>	<p>Propósito Realizar un Plan para implementar adecuadamente SURCO, haciendo énfasis en la contrarreferencia</p> <p>Elementos de medición Plan de funcionamiento del SURCO</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>ACA.13 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.14 ♥ Utilización adecuada del formulario normado de SURCO</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.15 Evidencia del registro de las hojas de referencia y contrarreferencia</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>
<p>Acceso a la cartera de servicios</p>	
<p>ACA.16 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>1 2 3 4 5 NA</p>

Función 03: Evaluación del Paciente (EP)

Visión***

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.

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
Evaluación inicial a todos los paciente							
EP. 1 Evaluación inicial a todos los pacientes: Física, psicológica, social y nutricional	<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 realizado la historia clínica y examen físico completo.</p> <table border="1" data-bbox="634 1381 1008 1430"> <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		

Protocolos de evaluación médicos y de enfermería	
EP: 2 ♥ Protocolos de clínicos de procesos médicos y de enfermería	<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 servicios de salud que cuentan con los protocolos clínicos para las 8 principales morbilidades . Denominador: Total de servicios hospitalarios.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Productos intermedios	
<p>EP.3 Existencia y uso de normas y/o procedimientos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios • Patología Clínica • Diagnóstico por la imagen y Radiología 	<p>Numerador: Número de instalaciones de salud que cuentan con las normas (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>
Laboratorio	
<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>Propósito De acuerdo con las necesidades de los pacientes, aquellos que lo precisan son sometidos a evaluaciones de laboratorio. Si no se dispone de servicios de laboratorio el paciente o la muestra es derivada para la realización de la prueba en el momento oportuno.</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de un procedimiento que permite acceder a los servicios de laboratorio. Evidencias de normas, leyes y estándares locales y nacionales.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>EP.5 Personal profesional y técnico de laboratorio cumple con el perfil para el manual de cargo.</p>	<p>Propósito Las pruebas de laboratorio son realizadas por personal idóneo.</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de que las personas que realizan los laboratorios son idóneas.</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>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><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>EP.7 Personal idoneo con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia realizan los test e interpretan los resultados.</p>	<p>Propósito Los test de diagnóstico por la imagen son realizados por personal idoneo 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><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>Violencia doméstica</p>	
<p>EP.8 ♥ Comunicar los casos sospechosos de violencia domestica</p>	<p>Propósito Comunicar a las autoridades oportunas los casos sospechosos de violencia domestica en cumplimiento de la actual normativa</p> <p>Elementos de medición Número de casos comunicados de violencia domestica × 100. Denominador: Número de casos con sospecha de violencia doméstica</p> <p><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>VIH</p>	
<p>EP.9 ♥ Evaluación VIH en embarazadas</p>	<p>Propósito Conocer el porcentaje de embarazadas que se les solicita examen prenatal de VIH con previa orientación que no traen la prueba de su Centro de Salud.</p> <p>Elementos de Medición Numerador: N° de embarazadas que se les solicita examen prenatal de VIH en el Hospital. Denominador: Total de embarazadas atendidas en el Hospital.</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>

Función 04: Asistencia a los Pacientes (AP)

Visión

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.

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósito y Elementos de Medición
Asistencia para todos los pacientes Estandarización de procesos	
<p>AP. 1 ♥ De acuerdo con el Plan Protocolos de atención se estandarizan, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocho protocolos médicos y cinco de enfermería por servicio • Ocho protocolos de atención por especialidad 	<p>Propósito De acuerdo con las necesidades nacionales, regionales y locales pero siempre con la participación de los profesionales se realizará e implementará un Plan de Protocolos.</p> <p>Los protocolos de atención deben de fijarse por diferentes criterios entre los cuales está la morbilidad pero no es el único ya que deben tener en cuantos otros como las de mayor mortalidad, mayor riesgo, mayor coste, etc.</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de servicios hospitalarios de salud que cuentan con los protocolos de atención elaborados e implementados para las 8 principales morbilidades, etc., del Hospital. Denominador: Total de servicios hospitalarios.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> 1 2 3 4 5 NA </div>
Enfermedades crónicas	
AP.1.1 Existen y se implementan protocolos de atención para las enfermedades crónicas	<p>Propósito Tener en cuanta 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> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> 1 2 3 4 5 NA </div>
Atención al paciente - VIH	
AP.2 Porcentaje de pacientes infectados con VIH que cumplen con el protocolo para recibir tratamiento antiretroviral	<p>Elementos de Medición Numerador: Número pacientes con VIH que cumplen con el protocolo para recibir tratamiento antiretroviral × 100. Denominador: Total de pacientes con VIH</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> 1 2 3 4 5 NA </div>
AP.3 Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios con baciloscopia positiva en el Servicio de Neumología del Hospital.	<p>Elementos de Medición Numerador: Baciloscopia positiva Denominador: /Total de egresos del Servicio de Neumología.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> 1 2 3 4 5 NA </div>

<p>Áreas y procesos de críticos o de especial riesgo</p>	
<p>AP.4 Homogeneizar la atención en procesos de atención para procesos críticos o de de especial riesgo.</p> <p>SI</p> <p>Shock por reacción anafiláctica</p> <p>Resucitación cardiopulmonar</p>	<p>Propósito</p> <p>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</p> <p>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> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

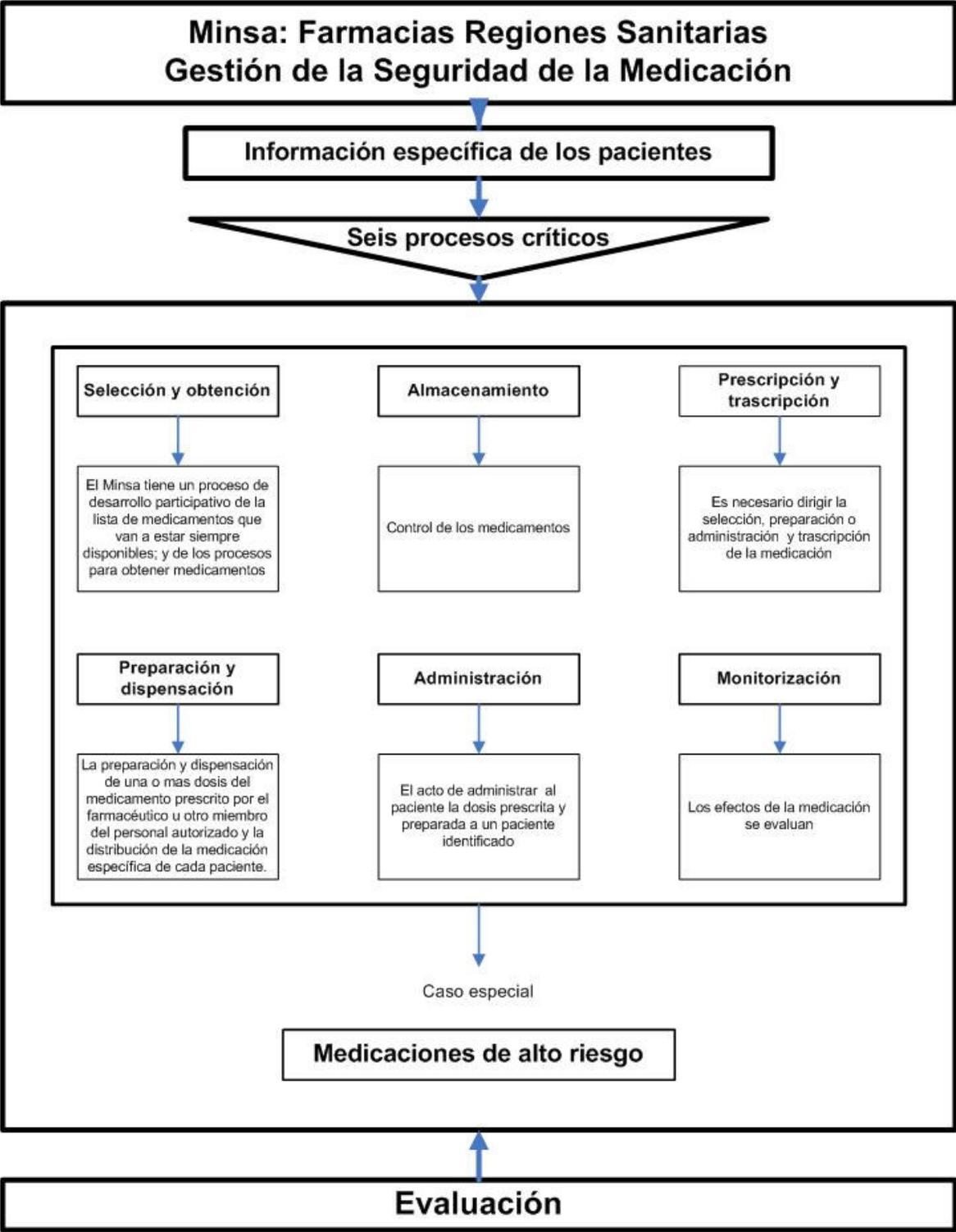
¹ Se incluye estándar específico para el uso del Medicamento

<p>Uso del medicamento</p>	
<p>Selección y Obtención de medicamentos</p>	
<p>AP.5 Existe un Plan de Gestión y Uso seguro de los medicamentos.</p> <p>SI</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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selección y obtención 2. Almacenamiento 3. Prescripción y transcripción 4. Preparación y dispensación 5. Administración 6. 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. 6 ♥ Existe normas y procedimientos para la Selección de medicamentos y obtención de medicamentos con criterios de calidad.</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.7 ♥ Existe normas que regula el almacenamiento de medicamentos.</p>	<p>Propósito El Plan de almacenamiento de medicamentos debe asegurar entre otros las:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caducidades. Debe tenerse en cuenta que las caducidades de algún medicamento varia en el momento en que se rompe el precinto (ejemplo suero fisiológico para instilaciones nasales, multidosis, etc.). • La temperatura de conservación de aquellos fármacos que lo precisen <p>Elementos de medición Existencia de normas.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>AP.8 ♥ Se asegura que se controlan las caducidades y que no se administran medicamentos caducados.</p>	<p>Propósito: Implementar la parte correspondiente al almacenamiento del Plan de Gestión y Uso seguro del medicamento.</p> <p>Elementos de medición Registros de control de caducidades Inspección visual del área.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>AP.9 ♥ Los medicamentos termolábiles y otros se almacenan de acuerdo con el Plan de Gestión y Uso Seguro del Medicamento.</p>	<p>Propósito La variación de la temperatura de almacenamiento de medicamentos termolábiles es esencial para asegurar sus propiedades farmacológicas.</p> <p>Debe controlarse la temperatura con termómetros de máxima y mínima. Debe registrarse diariamente la temperatura máxima y mínima. Si el rango de temperatura es inadecuado se actuara de acuerdo al Plan (se tomaran decisiones en relación a la validez del mismo o cambios en fecha de caducidad).</p> <p>Elementos de medición Registros de temperatura diarios acordes con el plan para los medicamentos termolábiles. Toma de decisiones correctas según el Plan.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>AP. 10 Se monitoriza el uso de los medicamentos</p>	<p>Propósito Uno de los puntos críticos en el uso de los medicamentos es la adecuada monitorización de sus efectos adversos ya que, entre otros, permite detectar precozmente algunos problemas.</p> <p>Para ellos es necesario la realización de un Plan que incluya el diseño</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de efectos adversos y errores en el uso de los medicamentos comunicados a la Región Sanitaria. Denominador: Número de médicos de la Región Sanitaria que prestan servicios al MINSA (Propios o concertados como CSS, OE).</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
---	--

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



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

Visión

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.

Objetivos, propósitos y elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Planificación	
<p>EPFC.1 ♥ Plan de educación del Paciente y de su familia</p>	<p>Propósito Algunas intervenciones sanitarias educativas se han mostrado con una muy favorable relación costo beneficio en términos de años de vida ganados con calidad y por tanto en eficiencia en el uso de los recursos sanitarios.</p> <p>La educación del paciente de su familia debe realizarse en el contexto de un Plan de Educación. El Plan de Educación debe basarse en las necesidades reales del MINSA, de cada Región Sanitaria, cada Instalación sanitaria y de cada especialidad o disciplina médica y de enfermería. Se tendrán en cuenta las estrategias nacionales. Se seleccionaran por criterios epidemiológicos, costo beneficio, riesgo, etc.</p> <p>Los Planes de Educación incluirán la atención, la prevención, la promoción y el medio ambiente.</p> <p>Elemento de medición Existencia de un Plan de Educación de Pacientes y familias acorde a las necesidades de la población</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>EPFC.2 ♥ Se implementa el Plan de Educación del Paciente y de su familia</p>	<p>Propósito No solamente deben existir evidencias de que se ha ejecutado el Plan de Educación (carteles, folletos, jornadas, etc.) sino que el destinatario ha asimilado la educación impartida. Para ellos es necesario que personas capacitadas evalúen el aprendizaje del paciente o de su familia</p> <p>Elementos de medición Evidencias de cumplimiento del Plan (carteles, etc.) Numerador: Porcentaje de pacientes educados × 100. Denominador: Total de pacientes/ ciudadanos susceptibles de recibir educación con respecto al Plan.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

Visión

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

- están dirigidos por el liderazgo
- buscan cambiar la cultura de la organización
- identificar y reducir de manera preactiva los riesgos y la variación
- utilizar los datos para centrarse en los aspectos de prioridad, y
- 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 mejorar de la calidad DPCA

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Liderazgo de la calidad y de la seguridad	
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>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>
GMC.2 Existe un plan escrito para un programa de gestión y mejora de la calidad en el ámbito de todas las instalaciones	<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> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de la gestión • satisfacción del paciente y de la familia • gestión financiera • Vigilancia epidemiológica y Tasas 	<p>Propósito Monitorizar (medir y Comparar) y con arreglo a ello tomar decisiones de mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión Clínica <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 Evidencia de un programa de gestion de calidad</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		
<p>Herramienta básica de calidad en e Convenio de Gestión: Ciclo DPCA</p>							
<p>GMC.4 ♥ El instrumento básico del convenio de gestión es el ciclo de mejora de la calidad</p>	<p>Propósito El objetivo del Convenio de Gestión es cumplir la misión del MINSA a través del cumplimiento de diferentes objetivos. La herramienta básica para alcanzar los objetivos es el ciclo de mejora continua PDCA</p> <p>Elementos de Medición Evidencia del uso del ciclo PDCA como herramienta de mejora continua de la calidad</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		

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición						
La Comparación del ciclo PDCA							
<p>GMC.4.1 ♥ El proceso de análisis incluye comparaciones internas, con otras organizaciones y con los estándares científicos y las prácticas deseadas.</p>	<p>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</p> <p>El objetivo del análisis de datos es poder comparar una organización de 4 maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consigo misma a través del tiempo, cada mes o de un año para otro; • con organizaciones similares como la CSS, a través de bases de datos de referencia; • con estándares internacionales • con prácticas adecuadas identificadas a través de bibliografía, como las directrices prácticas. <p>Estas comparaciones ayudan a la organización a comprender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y ayudan a centrar esfuerzos de mejora.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de las comparaciones. Uso de las comparaciones para la mejora</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20%; text-align: center; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
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>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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20%; text-align: center; 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
Monitorización de cesáreas	
<p>GMC.6 Proporción de cesáreas según partos</p>	<p>Propósito La proporción de cesáreas mide la variabilidad en la práctica 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>
<p>Comisiones clínicas de calidad e 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>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<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>
<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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Auditorias de expedientes</p>	
<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</p> <p>1 2 3 4 5 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> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación de un Comité de Atención al Cliente de distrito y/o de la región. • Informes mensuales de la información contenida en los buzones de sugerencias. • Informes de la comisión de calidad y de los círculos de calidad. • Informes del Comité de Bioseguridad. • Informe de las instalaciones que realizan auditorias de expedientes sistemáticamente y sus resultados. • Informe de las instalaciones que realizan encuestas de satisfacción de los usuarios sistemáticamente y sus resultados. • Supervisión directa de la existencia de la cartera de servicios, buzones de sugerencias, horarios de atención a la vista del cliente. • Análisis del informe de las reuniones del Comité de Atención al Cliente. • Análisis de los informes de la Comisión de Calidad y de los Círculos de Calidad. • Análisis de los informes del Comité de Bioseguridad. • Análisis del informe de las Auditorias de Expedientes. • Análisis del informe de las Encuestas de Satisfacción. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC 13 ♥ Porcentaje de instalaciones de salud con buzón de sugerencias</p>	<p>Elementos de medición Numerador: Número de instalaciones de salud con buzón de reclamos y sugerencias x 100. Denominador: Total de instalaciones de salud</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</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC.15 Existencia de la Comisión de Calidad (Comité de Atención al Cliente) funcionando activamente.</p>	<p>Propósito Existencia de la Comisión de Calidad (Comité de Atención al Cliente) funcionando activamente</p> <p>Elementos de medición Existencia del acta de constitución de la Comisión de Calidad (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 El hospital aplican encuestas de satisfacción de usuarios. sistemáticamente por nivel de complejidad</p>	<p>Propósito El hospital aplica encuestas de satisfacción de usuarios. Sistemáticamente por servicio Utilizan el resultado de las encuestas para mejorar</p> <p>Elementos de Medición Numerador: Número de servicios que realizan encuestas de satisfacción x 100. Denominador: Total de servicios hospitalarios. 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 Numerador: N° de declaraciones de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Denominador: Población de referencia de la zona en que se declaran. Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
<p>GMC 18 Evidencia de tasa de incidencia de mortalidad materna SI</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 Índice de calidad de la atención al diabético / a</p>	<p>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</p> <p>Elementos de Medición Software específico del MINSa pendiente de ajustes.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición						
<p>GMC.20 Índice de calidad de la atención al hipertenso / a</p>	<p>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</p> <p>Elementos de Medición Software específico del MINSa pendiente de ajustes.</p> <table border="1" data-bbox="634 506 1008 556"> <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 07: Control y Prevención de la Infección en Centros Sanitarios (CPI)

Visión

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.

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivo	Propósitos y Elementos de medición						
Planificación							
<p>CPI.1 ♥ La organización diseña e implementa un programa coordinado para reducir los riesgos de infección nosocomial en los pacientes y asistentes sanitarios</p>	<p>Propósito El hospital 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" 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		
<p>CPI.2 Todas las áreas de asistenciales, de personal y de visitas se incluyen en el programa de control de la infección</p>	<p>Propósito Las infecciones pueden entrar vía pacientes, familias, personal, voluntarios, visitas y otros. Todas las áreas donde se encuentran estas personas deben incluirse en el programa de vigilancia, prevención y control de la infección.</p> <p>Elementos de medición Evaluación de la inclusión de todas las áreas en el programa</p> <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		
Implementación del Plan							
<p>CPI.3 Se implementa el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial</p>	<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> <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		

Objetivo	Propósitos y Elementos de medición						
Comisión de infecciones							
CPI. 4 Comisión de Infecciones	<p>Propósito Grupo multidisciplinar encargado de la prevención y control de la infección nosocomial</p> <p>Elementos de Medición</p> <table border="1" data-bbox="630 394 1008 443"> <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 08: Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)

Visión

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.

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

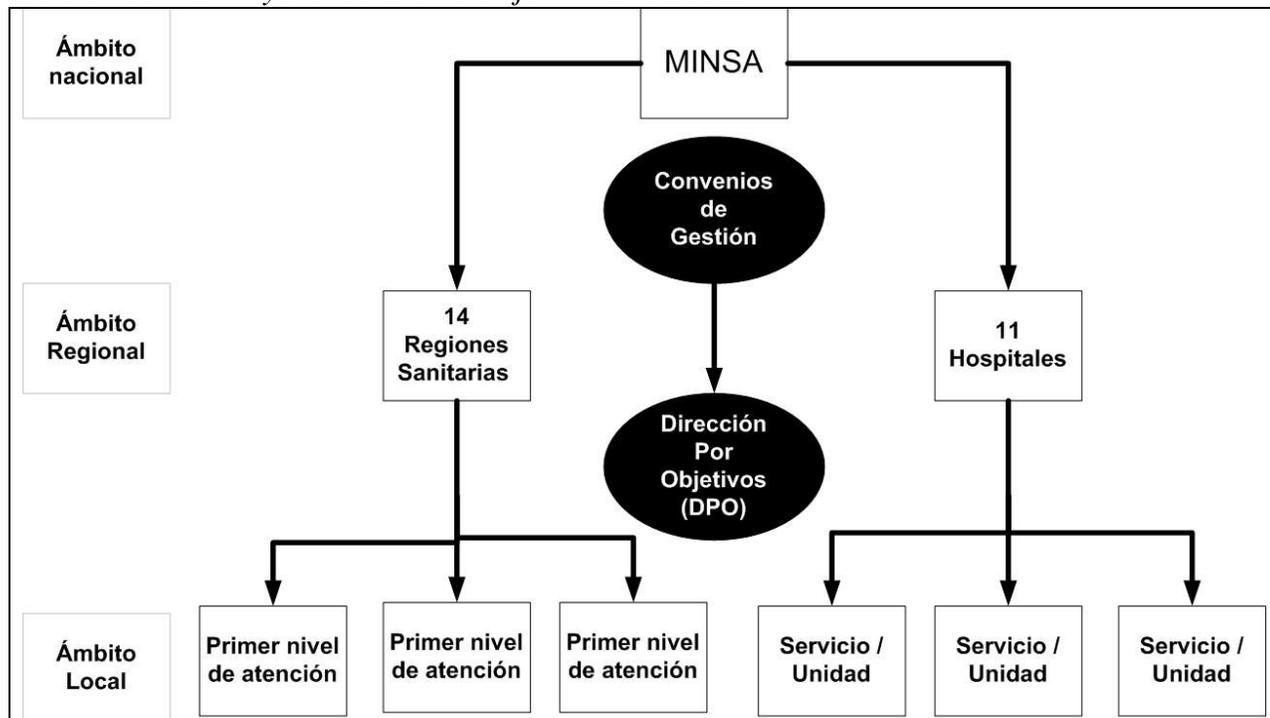
Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Convenio de Gestión	
<p>GLD.1 ♥ El líder cumple los objetivos del Convenio de Gestión.</p>	<p>Propósito El líder de la organización es el responsable del cumplimiento del Convenio de Gestión. Para ello facilita los recursos humanos, materiales necesarios, 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> <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>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. La Dirección Médica del Hospital firmará y desarrollará Pactos de Objetivos (Convenios de Gestión) con las unidades a su cargo.</p> <p>Desarrollar y mantener Convenios de Gestión con las instalaciones y los servicios de salud, tomando 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 servicios. Numerador: Número de convenios de gestión firmados, según servicios de salud x 100. Denominador: Total de instalaciones existentes (centros de salud) Periodicidad: 90 días para la firma de los convenios y 4 meses para las capacitaciones</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
Planificación	
GLD. 3 ♥ Plan Estratégico	<p>Propósito Los Órganos de Gobierno y alta dirección son los responsables del Plan Estratégico y el ciclo de mejora del mismo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan: Diseñar el Plan estratégico 2004 – 2009 2. Do: Implantar el Plan estratégico de acuerdo al cronograma previsto 3. Check: Medir y evaluar el cumplimiento del plan 4. 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>
GLD.4 Plan quinquenal de Inversiones en Salud 2004-2009	<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>
GLD.5 Plan de Recursos humanos	<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</p> <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	
Los líderes y la mejora continua de la Calidad	
GLD.6 Plan de Mejora Continua de la Calidad	<p>Propósito Los líderes son los responsables de aprobar el Plan de mejora de la Calidad y de su evaluación y cumplimiento</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Los líderes y el Plan de Emergencias Catástrofes y Desastres	
GLD.7 Plan de Emergencias.	<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)

Visión

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.

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
Sistema de Gestión del Entorno							
GSI.1 Diseñar e implementar un Sistema de Gestión del Entorno que contenga los siete planes siguientes	Diseñar todos los planes de seguridad, Vigilancia, Materiales Peligrosos, Emergencias y Desastres, Incendios y Equipo Médico. Seguir ciclos DPCA en todos los planes.						
Seguridad de las instalaciones							
GSI.1.1 Plan de Seguridad	<p>Propósito Que los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="634 617 1008 667"> <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		
Vigilancia de las instalaciones							
GSI.1.2 Plan de Vigilancia	<p>Propósito Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de posibles lesiones o pérdidas.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="634 926 1008 976"> <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		
Materiales y residuos peligrosos							
GSI.1.3 ♥ Plan de Materiales Peligrosos	<p>Propósito Se controla la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales radioactivos, entre otros, y se eliminan adecuadamente los residuos peligrosos.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="634 1274 1008 1325"> <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		
Emergencias y Catástrofes							
GSI.1.4 ♥ Plan Operativo hospitalario de Emergencias y Desastres.	<p>Propósito Se planifica una respuesta eficaz ante epidemias, desastres y emergencias.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="634 1583 1008 1633"> <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		
Seguridad ante el fuego y el humo							
GSI.1.5 ♥ Plan de Seguridad contra incendios.	<p>Propósito Se protege al edificio y a sus ocupantes del fuego y del humo.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="634 1850 1008 1904"> <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						
Equipamiento biomédico							
GSI.1.6 ♥ Plan de Equipo Médico.	<p>Propósito El Equipo médico se selecciona, se mantiene (preventiva y correctivamente) y se utiliza de manera que se reduzcan los riesgos.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="630 432 1008 485"> <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		
Instalaciones 7							
GSI.1.7 Plan de Instalaciones (servicios Básicos)	<p>Propósito Los sistemas eléctricos y de abastecimiento de agua, entre otros, se mantienen (preventiva y correctivamente) para minimizar el riesgo de fallos de funcionamiento.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="630 779 1008 831"> <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		
Comité de Gestión del Riesgo Regional							
Implementación de los Planes							
GSI.2 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="630 1165 1008 1218"> <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)

Visión

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.

Objetivos, propósitos y elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
Plan de capacitación							
FCP.1 Plan de capacitación	<p>Propósito Plan de capacitación global de la organización, que tenga al menos, en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El desarrollo de las funciones especificadas en este convenio • Las necesidades de capacitación de todas las personas en su ámbito de actuación. • La capacitación es continua. Se usa la evaluación del desempeño para detectar necesidades de capacitación <p>Elementos de medición Plan de capacitación</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		

<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 Acta de conformación de la UDR (Unidades de Docencia Regional). Actas de reuniones de la UDR <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Evaluación del desempeño</p>	
<p>FCP.3 Se evalúa el desempeño de los profesionales de la organización</p>	<p>Propósito La evaluación del desempeño de los profesionales es básica para que las personas cumplan adecuadamente su papel en la organización. Los resultados de la evaluación se usan para mejorar.</p> <p>En todo caso se respetaran la normativa vigente</p> <p>Elementos de Medición Numerador: Numero de profesionales a los que se ha evaluado el desempeño × 100. Denominador: Numero total de profesionales.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Unidades docentes							
<p>FCP.4 Unidades de Docencia hospitalaria conformadas y funcionando.</p>	<p>Propósito La UDH son las responsables de: Detectar las necesidades de capacitación regional para cumplir con el Convenio de Gestión y otros lineamientos estratégicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer Plan de capacitación en relación a las necesidades • Implementar el Plan • Monitorizar el Plan • 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> <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		
Capacitación en Convenio de Gestión							
<p>FCP.5 ♥ Capacitación en Convenio de Gestión.</p>	<p>Propósito Capacitación en significado, contenido y alcance de los Convenio de Gestión a los profesionales sanitarios y no sanitarios. La capacitación incluye el ciclo de mejora de la calidad PDCA</p> <p>Elementos de medición Informe y listado de los participantes a la capacitación Convenios de gestión firmados entre las instalaciones y los servicios. Análisis de evaluaciones posteriores a la capacitación realizada.</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		
Otras capacitaciones							

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

Visión

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 computerizados y tecnologías futuras.

La matriz básica de seguimiento del Convenio de Gestión para la toma de decisiones es la siguiente:

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

Objetivos, propósitos y elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
Planificación							
GIU.1 Plan de información	<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> <table border="1" data-bbox="621 1346 997 1396"> <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		
GIU.1.1 Seguridad de la información	<p>Propósito</p> <p>El plan incluye la manera de mantener la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información.</p> <p>Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de inclusión de aspectos relacionados con la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información en Plan de Información</p> <table border="1" data-bbox="621 1692 997 1738"> <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>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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se protegen los archivos y la información contra la pérdida o destrucción. 2. Se protegen los archivos y la información de la manipulación y el uso o acceso desautorizado. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Códigos de información</p>	
<p>GIU.2 La organización utiliza códigos diagnósticos, códigos de procedimientos, símbolos y definiciones estandarizadas.</p>	<p>Propósito La terminología, las definiciones, el vocabulario y la nomenclatura estandarizada facilitan la comparación de los datos y de la información entre las organizaciones y dentro de ellas. El uso uniforme de códigos de diagnóstico y de procedimiento apoya el análisis y la recogida de datos. Las abreviaturas y símbolos también están estandarizados con arreglo a los estándares locales y nacionales reconocidos. (Se refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE)</p> <p>Elementos de Medición Se utilizan códigos de diagnóstico estandarizados.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se utilizan códigos de procedimiento estandarizados. 2. 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 a alta (CMBD)</p>	

Subsistemas de información	
<p>GIU.4 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.5 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>
Informes	
<p>GIU.6 Evidencia de informes de participación social</p>	<p>Propósito Presentación de informes</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.7 Evidencia de informes de gestión</p>	<p>Propósito Presentación de informes de gestión</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.8 Evidencia de informes de recursos humanos</p>	<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>

<p>GIU.9 Evidencia de informes financieros</p>	<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>
<p>GIU.10 Evidencia de informes contables</p>	<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>
<p>GIU.11 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.12 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.13 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.14 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.15 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>
<p>GIU.16 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.17 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</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.18 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.19 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.20 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>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>GIU.21 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.22 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.23 Número de quirófanos</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elemento de medición Nº de quirófanos</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.24 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.25 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.26 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>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>GIU.27 Número de locales destinados a Consultas Externas</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de Medición N° de locales destinados a las consultas externas del total de la instalación y de cada servicio/ unidad</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.28 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.29 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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Productos intermedios</p>	
<p>GIU.30 Numero de ecografías, Tomografías, etc.</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de Medición Informe con los datos solicitados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.31 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.32 Porcentaje de Abastecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos • Insumo-medicoquirúrgicos 	<p>Propósito Existencia de abastecimiento.</p> <p>Elementos de Medición Inventario de medicamentos e insumo medicoquirúrgicos</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

Visión

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 esta 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

Prevención de la enfermedad

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Planificación	

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Planificación	
PPS.1 ♥ La organización dispone de un Plan de promoción de la salud	Propósito Realizar un Plan de Promoción de Salud en base a: <ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos estratégicos del MINSA • Organizaciones internacionales • Diagnóstico inicial previo • Necesidades de promoción de la salud con criterios: • Coste beneficio • Epidemiológicos y demográficos • Riesgo Desarrollar en el Plan el rol de la Participación Social Elementos de Medición Realización y aprobación de 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
Desarrollo de Plan de Promoción a la salud	
PPS.2 Implementación de Plan de Promoción de la Salud	Propósito Desarrollar el Plan de Promoción de la Salud, Monitorizarlo, Elementos de Medición Evidencia de la 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
Participación social	
PPS.3 Porcentaje de grupos organizados capacitados	Numerador: Número de grupos organizados capacitados x100. Denominador: Total de grupos programado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA _s
PPS.4 Porcentaje de clínicas organizados y legalmente constituidos	Numerador: Número de comités de salud organizados y legalmente constituidos x 100. Denominador: Total de comités de salud programados <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
PPS.5 Porcentaje de redes de apoyo formadas (tercera edad, adolescente, iglesia, cívicos, deportivos, profesionales, empresa privada, y otros)	Numerador: Número de redes de apoyo formadas x 100. Denominador: Total de redes de apoyo programadas <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
PPS.6 Número de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo el sector privado, que adquieren compromisos con el sistema de salud para participar activamente en la divulgación de información relacionada con las enfermedades de transmisión sexual y el VIH SIDA.	<p>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> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 1 2 3 4 5 NA </div>

Nota: Para poder cumplir con los objetivos Atención al Medio Ambiente se entiende que se dispone de los recursos necesarios.

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

Gestión Económica Financiera

Visión

La función Económico Financiera es básica para que las organizaciones gestionen sus recursos monetarios. Y se refiere a las acciones relacionadas con los recursos económicos y financieros empleados para obtener los productos finales e intermedios de los servicios de salud, buscando 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.

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
Planificación							
GEF-L. 1 Plan del Sistema de Gestión Económico Financiero	<p>Propósito Diseñar e Implementar un Sistema de Gestión Económico Financiero</p> <p>Elementos de medición Sistema de Gestión Económico Financiera elaborado e implementado</p> <table border="1" data-bbox="634 1234 1008 1283"> <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		
Eficiencia							
GEF-L-2 ♥ La organización mejora la eficiencia	<p>Propósito Mejorar continuamente los niveles de eficiencia en el ejercicio de las funciones, sin menoscabo de la calidad de la provisión de los servicios de salud a la población y al ambiente</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de mejoras en la eficiencia</p> <table border="1" data-bbox="634 1581 1008 1629"> <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>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.</p> <p>Se tienen en cuenta las indicaciones de los responsables de le mejora de la eficiencia (ahorro) en l destino de los recursos monetarios. Ejemplo: Capacitación, asistencia a Cursos y Congresos, Herramientas informáticas para cumplir mejor la misión, Libros relacionados con su función en la organización. Etc.</p> <p>Los recursos comprados por este método serán propiedad d la organizaron.</p> <p>En todo caso se cumplirán las leyes y normativas</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento de este objetivo</p> <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>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Producto final hospitalario</p>	
<p>GEF-L.5 La organización mide el producto final hospitalario</p>	<p>Propósito La organización mide del producto hospitalario mediante técnicas como 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> <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>

Gestión Logística

Visión

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Planificación	
GEF-L.7 Sistema de Gestión de Logística.	<p>Propósito Diseñar un Sistema de Gestión de Logística (poner esquema fases logística)</p> <p>Elementos de medición Plan de Logística elaborado</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>
Capacitación	
GEF-L.8 Capacitación en logística	<p>Propósito Capacitar en logística de acuerdo a un plan acorde con las necesidades. Evaluar el grado de capacitación en el Sistema de Gestión de Logística</p> <p>Elementos de medición Numerador: N° de personas con Capacitación y evaluación adecuada de la misma. Denominador: N° de personas totales a evaluar según el plan de capacitación</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>
Mejora de la calidad	
GEF-L. 9 Mejora de la actuación en logística	<p>Propósito Controlar y mejorar la actuación en cada paso de la logística desde la evaluación de necesidades, selección de proveedores y control de calidad en resultados.</p> <p>Elementos de medición</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>
GEF-L.10 Información y datos agregados de la logística	<p>Propósito Planificar e Implementar indicadores de cada uno de los procesos y funciones críticas de la logística.</p> <p>Elementos de medición Obtener información y datos agregados de la logística</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>Control de stocks estratégicos</p>							
<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> <table border="1" data-bbox="630 430 1010 480"> <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 5

Protocolo de monitoreo y evaluación del desempeño del HOSPITAL

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

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

Los objetivos de la evaluación son:

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

Proceso metodológico de evaluación

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

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

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

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

Evaluación de objetivos del Evaluado

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

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

Elementos de puntuación

Objetivos con indicadores conceptuales:

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

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



Objetivos tipo numéricos (Tasas, etc.)

Es un número resultante de una operación matemática.

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

Tabla 1: Ejemplo de puntuación de un objetivo tipo tasa

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

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

Objetivos esenciales:

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

Ponderación inicial de las funciones

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

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

Nivel requerido de esfuerzo según el tipo de indicadores:

Indicadores no esenciales:

Obtener “Bastante evidencia de promedio”: Puntuación 4
Tener, al menos, “**Evidencia**” en todas las funciones:
Puntuación 3

Indicadores esenciales

Obtener, “**Total Evidencia**” Puntuación 5.
Se permite únicamente “**Evidencia Clara**” en el 10% de los indicadores **core**.

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

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

Puntuación final del Convenio de Gestión

Clasificación Inicial

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

- Excelente
- Muy Bueno
- Bueno
- Regular
- Deficiente