

**CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE  
LA REGIÓN DE SALUD DE DARIEN  
Y EL HOSPITAL REGIONAL DE SAN JOSE DE LA PALMA  
PARA LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS  
DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN  
AÑO 2009**

Los suscritos a saber: Doctora **Rosario E. Turner M.**, Mujer, panameña, mayor de edad, Doctora en Medicina, con cédula de identidad personal N° **PE-5-475**, en su condición de Ministra de Salud, actuando en nombre y representación del Ministerio de Salud, el Director Doctor **Jorge Del Rosario**, varón, panameño, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal N° **8-224-1995** en su condición de Director de la Región de Salud, actuando en nombre y representación de la Región de Salud de Darién, por una parte; y por la otra, el Doctor José Hernández, varón, panameño, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal N° **9-701-1836**, en su calidad de Director del Hospital Regional de Darién, han convenido en celebrar el presente CONVENIO DE GESTIÓN, que tiene como finalidad establecer objetivos, actividades y metas para la gestión eficiente de la provisión de servicios hospitalarios del segundo nivel y mejorar la calidad de atención de los usuarios de los servicios de salud. Para una mejor comprensión del presente documento, al Convenio de Gestión, se denominará CONVENIO, a la Región de Salud de Darién, la REGIÓN y al Hospital Regional de La Palma, el HOSPITAL.

**CONSIDERANDO**

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

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

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

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

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

1. Como marco referencial existen las Políticas de Salud que son el actuar de nuestro sistema y que las mismas coherencia con las políticas públicas y Sociales.
2. Que existen ocho políticas de salud, que son la base de la elaboración de los planes operativos anuales y que se operatizan en este instrumento para la ejecución de las acciones de Salud Pública y de la Provisión de Servicios de salud.
3. Que los convenios de gestión, traducen estas actividades de Salud Pública y Provisión de servicios, en una forma ordenada.

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

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

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

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

## ACUERDAN

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

### CLAUSULA I: DEL OBJETO DEL CONVENIO DE GESTIÓN

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

El HOSPITAL atenderá la población asignada, cumpliendo con las condiciones legalmente exigibles a la provisión de servicios hospitalarios, de conformidad con las estimaciones. La población adscrita directa del HOSPITAL es de 55,145 habitantes.

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

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

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

### CLAUSULA II: DE LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

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

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

### CLAUSULA III. DE LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES

La REGION estará obligado a:

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

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

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

#### **CLAUSULA IV: MONTO DEL CONVENIO**

La REGION asignará al HOSPITAL para financiar su cartera de servicios pactada en el ANEXO 1 hasta un máximo de **OCHENTA Y TES MIL CON DIEZ BALBOAS (B/.83,010)**, para el periodo de vigencia fiscal 2009, el cual se ejecutará conforme la asignación presupuestaria por rubro. La ejecución presupuestaria se basa en las Normas Generales de Administración Presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas y las Políticas de Gasto del Ministerio de Salud.

#### **CLAUSULA V: METODOLOGÍA DE LA FORMULACION PRESUPUESTARIA**

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

#### **CLAUSULA VI. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN DEL HOSPITAL**

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

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

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

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

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

### **CLAUSULA VII. INCENTIVOS AL DESEMPEÑO**

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

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

### **CLAUSULA VIII. DE LOS ANEXOS**

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

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

### **CLAUSULA IX. DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO**

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

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

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

## **CLAUSULA X. VIGENCIA**

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

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

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

---

**DRA. ROSARIO E. TURNER M.**  
**MINISTRA DE SALUD**

---

**DR. JORGE DEL ROSARIO**  
Director de la Región de Salud de  
Darién

---

**DR. JOSE HERNANDEZ**  
Director del Hospital Regional  
de La Palma

**ANEXO 1**

**Cartera de Servicios y Producción Pactada**

## 1. Cartera de Servicios del Hospital San José La Palma

| Servicios   | Producción                                     |             |             |           |
|---|--|-------------|-------------|-----------|
|   | Unidad de Producción                           | 2008        | 2009        | Si/<br>No |
| <b>A. Consulta Externa</b>                                |  |             |             |           |
| • Número de Consultas Especializadas                      | Consultas                                      | 4,000       | 4200        |           |
| • Consultas Técnicas                                      |  | 8000        | 9,000       |           |
| <b>Consultas Médicas (Medicina General)</b>               | Consultas                                      | 14,500      | 15,000      |           |
| Cirugía   |  | 980         | 1050        |           |
| Pediatría General   |  | 1,500       | 1,400       |           |
| Medicina Interna  |  | 2000        | 2,000       |           |
| <b>B. Hospitalización</b>                                 | Egresos  |             |             |           |
|   | Días estancia                                  |             |             |           |
| 1. Medicina General                                       |  | 450         | 425         |           |
| 2. Cirugía General  |  | 450         | 250         |           |
| 3. Partos vaginales                                       | Número de partos vaginales                     | 68          | 60          |           |
|   |  |             |             |           |
|   |  |             |             |           |
| <b>Servicios</b>  | <b>Producción</b>                              |             |             |           |
|   | <b>Unidad de Producción</b>                    | <b>2007</b> | <b>2008</b> |           |
| 4. Pediatría  |  | 633         | 125         |           |
| <b>C. Servicios Quirúrgicos</b>                           |  |             |             |           |
| Intervenciones quirúrgicas (Salón de operaciones y partos |  |             |             |           |
| 5. Total de cirugías                                      | Intervenciones                                 | 125         | 96          |           |
| 6. Ambulatorias   |  | 63          | 63          |           |
| 7. Partos vaginales                                       | Nº de partos vaginales                         | 138         | 60          |           |
| <b>D. Vacunación</b>                                      | Dosis aplicadas                                |             |             |           |
| Hospital  |  |             |             |           |
| 8. BCG  |  | 120         | 120         |           |
| 9. Hepatitis B  |  | 800         | 400         |           |
| 10. Polio   |  | 820         | 400         |           |
| 11. MR  |  | 800         | 250         |           |
| 12. Td  |  | 900         | 250         |           |
| <b>E. Laboratorio</b>                                     |  |             |             |           |
| . Exámenes de laboratorio                                 | Análisis                                       | 22000       | 22,000      |           |
| <b>G. Farmacia</b>  |  |             |             |           |
| Medicamentos despachados                                  | Medicinas                                      | 38,000      | 38,000      |           |
| <b>Recetas despachadas</b>                                | Número de recetas despachadas                  | 15000       | 15,000      |           |
| 13. Ambulatorio   | Número de recetas despachadas ambulatoria      | 13500       | 13,500      |           |
| 14. Hospitalizados  | Número de recetas despachadas a hospitalizados | 1500        | 1,500       |           |



|                                       |                        |       |       |  |
|---------------------------------------|------------------------|-------|-------|--|
| <b>J. Dietética</b>                   |                        | NA    | NA    |  |
| . Raciones servidas(Comidas Servidas) | Raciones               | LB-Dx | 4100  |  |
| . Pacientes                           | Pacientes              | 4,420 | 2600  |  |
| . Personal                            |                        | 5,705 | 1500  |  |
| . Familiares                          |                        | LB    | LB    |  |
| <b>K. Imagenología</b>                |                        |       |       |  |
| . Total de pacientes atendidos        | Estudios               | 332   | 400   |  |
| . Total de placas tomadas             | Placas                 | 452   | 450   |  |
| <b>L. Inyecciones</b>                 | Dosis aplicadas        | LB-Dx | 11550 |  |
| Salas                                 |                        | LB-Dx | 6000  |  |
| Consulta externa                      |                        | LB-Dx | 5550  |  |
| <b>M. Patología</b>                   | Estudios               |       |       |  |
| Citodiagnóstico                       |                        | LB-Dx | 480   |  |
| Biopsias                              |                        | SD    | LB-Dx |  |
| Necropsias                            |                        | NA    | NA    |  |
| <b>N. Servicios de Urgencia</b>       | Consultas              | 3299  | 2500  |  |
| • Inhaloterapias                      | Nebulizaciones         | LB-Dx | 1000  |  |
| <b>P. Servicios de Ambulancia</b>     | Transportes realizados | SD    | LB-Dx |  |

## **ANEXO 2**

### **Evaluación del Desempeño de las Funciones del Proveedor**

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

| Objetivos  | Propósitos y Elementos de medición   |
|--|--|
| <p><b>Definición y respeto a los derechos</b></p> <p>DPF. 1 La organización aprueba, difunde y respeta los derechos de los pacientes.</p>  | <p><b>Propósito</b><br/>                     Se reconoce y respetan los derechos de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencias y valores personales,</li> <li>• Privacidad,</li> <li>• Protección de sus pertenencias, protección ante agresiones,</li> <li>• Confidencialidad de información y su protección ante su uso indebido y extravío,</li> <li>• participar en el proceso de su asistencia, consentimiento informado,</li> <li>• resucitación y mantenimiento vital,</li> <li>• dolor,</li> <li>• asistencia al final de la vida,</li> <li>• derechos y responsabilidades ante el rechazo o interrupción del tratamiento.</li> </ul> <p>En todo caso respetar la Ley N° 68 y otras.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     Realización de un Plan.<br/> <u>Implantación del Plan 80%</u></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <p><b>Igualdad de derechos</b></p>   |  |
| <p><b>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.</b></p> | <p><b>Propósito</b><br/>                     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><b>Elementos de medición</b><br/>                     Realización de un Plan de respeto al artículo 109 de la Constitución<br/>                     Implementación del plan.80%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>   |

| Objetivos   | Propósitos y Elementos de medición  |
|---|---|
| <p><b>Consentimiento informado genérico al ingresar en la organización</b></p>                              |   |
| <p>DPF. 3 Se obtiene un consentimiento Informado general cuando el paciente ingresa en la organización.</p> | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elemento de medición</b><br/> <b>Numerador:</b> Total de pacientes ingresados al programa con consentimiento informado genérico × 100<br/> <b>Denominador</b> Total de pacientes ingresados al programa<br/>                     Meta: 90% pacientes hospitalizados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |

| Objetivos  | Propósitos y Elementos de medición  |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <p><b>Consentimiento Informado específico</b></p>  |   |   |   |   |    |   |    |
| <p><b>DPF. 4 ♥ Se obtiene el consentimiento informado específico del paciente mediante un proceso definido por la organización y que conduce el personal pertinente.</b></p> | <p><b>Propósito</b><br/>                     Los pacientes tienen el derecho a participar en las decisiones relacionadas con a asistencia. Para poder ejercer este derecho deben de ser informados en términos comprensibles</p> <p>Una de las vías principales que se utilizan para la participación del paciente en la asistencia es mediante la entrega de un consentimiento informado. Para consentir, el paciente debe estar informado sobre el plan de asistencia, necesario para adoptar una decisión informada. El consentimiento informado puede obtenerse en distintos momentos de la asistencia. Por ejemplo, cuando el paciente ingresa en la organización y antes de ciertas prácticas o tratamientos que entrañen un alto riesgo. El proceso de consentimiento está definido en normas y procedimientos de la organización. En ellas, se incorporan leyes y normativas relevantes.</p> <p>Se informa a los pacientes y a las familias sobre los test, prácticas y tratamientos que requieren consentimiento y de cómo pueden darlo (por ejemplo, verbalmente, firmando un formulario de consentimiento, o mediante otras formas). Los pacientes y las familias saben quién está capacitado para dar consentimiento, además del paciente. Miembros del personal designados reciben formación para informar a los pacientes y obtener y documentar un consentimiento del paciente.</p> <p>El mínimo es el contemplado en la ley N° 68</p> <p>El objetivo para el año 2007 con los cinco procesos mas frecuentes en cada centro y/o especialidad que precisen Consentimiento Informado</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/> <b>Numerador:</b> Número de pacientes con registro de consentimiento informado en los procesos definidos por la organización.<br/> <b>Denominador:</b> Número total de pacientes sometidos a los procesos que precisan consentimiento informado según la organización.<br/>                     Meta 100% pactes. quirurgicos</p> <table border="1" data-bbox="646 1675 1024 1726"> <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 |   |    |

|   |   |   |   |   |    |   |    |
|---|---|---|---|---|----|---|----|
| <b>Función 02: Accesibilidad y Continuidad de la Asistencia (ACA)</b>                                 |   |   |   |   |    |   |    |
| <i>Objetivos, propósitos y Elementos de medición</i>  |   |   |   |   |    |   |    |
| <b>Objetivos</b>  | <b>Propósitos y Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
| <b>Acceso a otros procesos estratégicos para el MINSA</b>   |   |   |   |   |    |   |    |
| ACA.7 Plan de acceso procesos estratégicos del MINSA (TB, VIH, desnutrición, malaria.                 | <b>Propósito</b>  |   |   |   |    |   |    |
|   | Desarrollar las acciones que fuesen necesarias, para mejorar la oportunidad de los servicios de atención a las personas, especialmente los prestados a problemas con TB, VIH, desnutrición, malaria, violencia doméstica. |   |   |   |    |   |    |
|   | <b>Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
|   | Elaboración e implementación del Plan Tb 100%, VIH 100%, desnutrición 85%, malaria 100%, violencia domestica 85%.   |   |   |   |    |   |    |
|   | <table border="1"> <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 |   |    |
| <b>Información a pacientes sobre la sectorización</b>   |   |   |   |   |    |   |    |
| ACA. 8 Porcentaje de instalaciones de salud con cartera de servicios a la vista del cliente           | <b>Propósito</b>  |   |   |   |    |   |    |
|   | Mejorar la información de la cartera de servicios disponible  |   |   |   |    |   |    |
|   | <b>Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
|   | <b>Numerador:</b> Número de instalaciones con cartera de servicio actualizada x 100. <b>Denominador:</b> Total de instalaciones de salud  |   |   |   |    |   |    |
|   | Meta 100%   |   |   |   |    |   |    |
|   | <table border="1"> <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 |   |    |
| ACA.9 Porcentaje de instalaciones de salud con horarios de atención al público a la vista del cliente | <b>Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
|   | <b>Numerador:</b> Número de instalaciones de salud con horarios de atención al público a la vista del cliente x 100. <b>Denominador:</b> Total de instalaciones de salud  |   |   |   |    |   |    |
|   | Meta: 100%  |   |   |   |    |   |    |
|   | <table border="1"> <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  |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <b>Barreras de acceso</b>  |   |   |   |   |    |   |    |
| ACA.10 La organización intenta limitar las barreras físicas, de idioma, culturales y cualquier otra barrera en el acceso y asistencia.   | <b>Propósito</b>  |   |   |   |    |   |    |
|  | 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.   |   |   |   |    |   |    |
|  |   |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
|  | Diseño de un plan.  |   |   |   |    |   |    |
|  | Grado de implementación del Plan 85%.   |   |   |   |    |   |    |
|  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1  | 2   | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |
|  | <b>Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
| ACA.11 Porcentaje de áreas de las instalaciones de salud (consulta externa, urgencias y laboratorio) que faciliten el acceso mediante adecuación de las estructuras arquitectónicas, rampas, manubrios, etc. | Elaboración de un diagnóstico situacional   |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Numerador:</b> Número de instalaciones de salud que faciliten el acceso a pacientes discapacitados x 100. <b>Denominador:</b> Total de instalaciones de salud  |   |   |   |    |   |    |
|  | Meta: 70%   |   |   |   |    |   |    |
|  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1  | 2   | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |
|  | <b>Estrategias para la ampliación de la cobertura de servicios</b>  |   |   |   |    |   |    |
| ACA.12 Otras estrategias de ampliación de la cobertura de los Servicios de Salud   | <b>Propósito</b>  |   |   |   |    |   |    |
|  | Ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante estrategias no contempladas hasta el momento  |   |   |   |    |   |    |
|  |   |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
|  | Evidencias de la ampliación de la cobertura de servicios de salud con estrategias nuevas.75%  |   |   |   |    |   |    |
|  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1  | 2   | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |
|  | <b>Acceso y Listas de espera</b>  |   |   |   |    |   |    |
| ACA.14 Se registra la lista de espera total de pacientes para procesos médicos, quirúrgicos y productos intermedios  | <b>Propósito</b>  |   |   |   |    |   |    |
|  | Se registra la Lista de espera Total de la Instalación  |   |   |   |    |   |    |
|  |   |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
|  | Evidencia del registro de lista de espera con tiempo de espera  |   |   |   |    |   |    |
|  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; 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   |
|---|--|
| <b>Continuidad de la Asistencia - SURCO</b>   |  |
| ACA.21 Fomentar la integralidad y continuidad de la atención de salud, mediante la aplicación de un sistema articulado de las unidades del primer nivel y segundo nivel de atención, mediante la implantación del Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia, (SURCO). | <p><b>Propósito</b></p> <p>Realizar un Plan para implementar adecuadamente SURCO, haciendo énfasis en la contrarreferencia</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <p>Plan de funcionamiento del SURCO</p> <p>Implementación: 60%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |
| ACA.22 Evidencia de la Comisión Evaluadora del SURCO instalada y funcionando  | <p><b>Propósito</b></p> <p>Existencia y funcionamiento adecuado de la comisión</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <p>Evidencias del funcionamiento de la comisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe del detalle de las acciones del SURCO.</li> <li>• Capacitaciones realizadas en el manejo del instrumento del SURCO</li> <li>• Lista de asistencia de los participantes</li> <li>• Actas de reuniones de coordinación con Analizar el Informe que contiene los detalles de acciones del SURCO.</li> <li>• Programación de monitoreo y evaluación del SURCO.</li> <li>• Registro de la hoja de referencias y contrarreferencias (instrumento SURCO).</li> </ul> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| ACA.23 ♥ Utilización adecuada del formulario normado de SURCO   | <p><b>Propósito</b></p> <p>Cumplimentar correctamente el documento surco</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <p><i>Numerador:</i> Número de instalaciones que utilizan del formulario de SURCO normado × 100. <i>Denominador:</i> Total de Instalaciones de Salud</p> <p>Meta: 100%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |



|  |  |
|--|--|
| <b>Objetivos</b>   | <b>Propósitos y Elementos de medición</b>  |
| ACA.24 Evidencia del registro de las hojas de referencia y contrarreferencia   | <b>Propósito</b>   |
|  | Presentación de formularios con registro de referencia y contrarreferencias  |
|  |  |
|  | <b>Elementos de medición</b>   |
|  | Porcentaje de pacientes que han sido referidos y contrarreferidos .  |
|  | Meta: 60%  |
|  | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| <b>Acceso a la cartera de servicios</b>  |  |
| ACA.25 Cubrir las necesidades de salud de la población y del ambiente de la región en función de la cartera de servicios y—de la calidad de atención pactada, según consta en los ANEXO 1, garantizando el acceso a los servicios de salud, atendiendo las disposiciones reglamentarias del MINSA. | <b>Propósito</b>   |
|  | Mejorar el acceso de acuerdo a la cartera de servicios pactada   |
|  |  |
|  | <b>Elemento de Medición</b>  |
|  | Porcentaje de cumplimiento del nivel de actividad pactada de la cartera de servicios del Anexo 1   |
|  |  |
|  | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| <b>Función 03: Evaluación del Paciente (EP)</b>  |  |
|  |  |
| <b>Objetivos, Propósitos y Elementos de medición</b>   |  |
|  |  |
| <b>Protocolos de evaluación médicos y de enfermería</b>  |  |
|  |  |
| <b>EP: 1 ♥ Protocolos de evaluación de procesos médicos y de enfermería</b>  | <b>Propósito</b>   |
|  | 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.   |
|  |  |
|  | <b>Elementos de medición</b>   |
|  | <b>Numerador:</b> Número de instalaciones de salud que cuentan con los protocolos de evaluación para las 5 principales morbilidades de la región de salud. <b>Denominador:</b> Total de instalaciones.   |
|  | Meta:85%   |
|  | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Productos intermedios</b>   |  |
| EP.2 Existencia y uso protocolos de evaluación en:   | <b>Elementos de medición</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Laboratorios</li> </ul>   | <b>Numerador:</b> Número de instalaciones de salud que cuentan con los protocolos de evaluación (laboratorios) <b>Denominador:</b> Total de instalaciones (laboratorios)   |
|  | 100%. (Hospital La Palma)  |
|  | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| <b>Laboratorio</b>   |  |
| EP.3 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. | <b>Propósito</b>   |
|  | De acuerdo con las necesidades de los pacientes, aquellos que lo precisan son sometidos a evaluaciones de laboratorio. Sino se dispone de servicios de laboratorio el paciente o la muestra es derivada para la realización de la prueba en el momento oportuno. |
|  | <b>Elementos de medición</b>   |
|  | Evidencia de un procedimiento que permite acceder a los servicios de laboratorio.  |
|  | 100%   |
|  | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| EP.5 Personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia, se encarga de realizar los test y de interpretar los resultados.  | <b>Propósito</b>   |
|  | Los test de laboratorio (incluidos tiras reactivos y otros similares) son realizados por personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia.   |
|  | <b>Elementos de medición</b>   |
|  | Evidencia de que las personas que realizan los test disponen de la adecuada formación, y experiencia   |
|  | 100%   |
|  | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |

|   |  |   |   |   |    |   |    |
|---|--|---|---|---|----|---|----|
| <p><b>Servicios de radiología y diagnóstico por la imagen</b></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><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b></p>  |   |   |   |    |   |    |
|   | <p>Evidencia de un procedimiento que permite acceder a los servicios de diagnóstico por la imagen</p>  |   |   |   |    |   |    |
|   | <p>100%.</p>   |   |   |   |    |   |    |
|   | <table border="1"> <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><b>Violencia doméstica</b></p>   |  |   |   |   |    |   |    |
| <p>EP.8 Plan de detección de casos de violencia doméstica</p>   | <p><b>Propósito</b><br/>Bajo el concepto de violencia domestica o similar a el se suele incluir el de negligencia. La evaluación de víctimas de abusos y negligencia se debe adaptar a la cultura del colectivo de pacientes. El mínimo es: a) Niños, b) Mujeres y d) Ancianos, discapacitados</p>   |   |   |   |    |   |    |
|   |  |   |   |   |    |   |    |
|   | <p>Para una actuación optima de detección de casos de violencia domestica puede realizarse una <u>búsqueda proactiva</u> en los grupos de riesgo.</p>  |   |   |   |    |   |    |
|   |  |   |   |   |    |   |    |
|   | <p>Una vez definido el grupo de riesgo debe practicarse un tamizaje a todos los pacientes de ese grupo de riesgo. La evaluación mas exhaustiva se realizará en al caso de tamizaje positivo (Ejemplo: grupo de riesgo niños de una determinada edad; elementos de screening: suciedad, hematomas, abandono, fracturas o heridas frecuentes, desnutrición, etc.),</p> |   |   |   |    |   |    |
|   |  |   |   |   |    |   |    |
|   | <p>Debe realizarse con confidencialidad y respeto. También pueden considerase: pacientes terminales y otros con dolor; y aquellos que se supone drogodependientes o alcohólicos;- Lo mismo a los pacientes en coma y a las personas con trastornos mentales o emocionales.</p>   |   |   |   |    |   |    |
|   |  |   |   |   |    |   |    |
|   | <p><b>Elementos de medición</b></p>  |   |   |   |    |   |    |
|   | <p>Realización del Plan</p>  |   |   |   |    |   |    |
|   | <p>75%</p>   |   |   |   |    |   |    |
|   | <table border="1"> <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 |   |    |

|  |   |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <b>EP.9 ♥ Comunicar los casos sospechosos de violencia domestica</b> | <b>Propósito</b>  |   |   |   |    |   |    |
|  | Comunicar a las autoridades oportunas los casos sospechosos de violencia domestica en cumplimiento de la actual normativa     |   |   |   |    |   |    |
|  |   |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
|  | Número de casos comunicados de violencia domestica × 100.<br>Denominador: Número de casos con sospecha de violencia doméstica |   |   |   |    |   |    |
|  | 80%   |   |   |   |    |   |    |
|  | <table border="1"> <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 |   |    |

|  |  |   |   |   |    |   |    |
|--|--|---|---|---|----|---|----|
|  |  |   |   |   |    |   |    |
| <b>EP.10 ♥ Evaluación VIH en embarazadas</b> | <b>Propósito</b>   |   |   |   |    |   |    |
|  | Conocer el porcentaje de embarazadas que se les solicita examen prenatal de VIH con previa orientación.                  |   |   |   |    |   |    |
|  |  |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Numerador:</b> N° de embarazadas que se les solicita examen prenatal de VIH. <b>Denominador:</b> Total de embarazadas |   |   |   |    |   |    |
|  | <table border="1"> <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 |   |    |

|  |
|--|
| <b>Función 04: Asistencia a los Pacientes (AP)</b>   |
|  |
| <i>Objetivos, Propósitos y Elementos de medición</i> |
|  |

| Objetivos   | Propósito y Elementos de medición  |
|---|--|
| <p><b>Asistencia para todos los pacientes.<br/>Estandarización de procesos</b></p>  |  |
| <p>AP. 1 Plan de estandarización de procesos de atención (Protocolos de atención médicos y de enfermería).</p>                                      | <p><b>Propósito</b></p>  |
|   | <p>La Región Sanitaria realiza un plan de estandarización de protocolos de atención cuando son relevantes para los pacientes y servicios de la organización.</p>   |
|   |  |
|   | <p>Para ello debe efectuar un análisis de aquellos procesos que deben protocolizarse. Se utilizaran para ello diferentes epidemiológicos como la morbilidad, mortalidad y otros relacionados con riesgo, costes, estrategias nacionales, etc.</p>  |
|   |  |
|   | <p>El ámbito de los Protocolos será Regional y Local</p>   |
|   | <p>Cuando existan se utilizaran los protocolos validados por el MINSA.</p>   |
|   |  |
|   | <p><b>Elementos de medición</b></p>  |
|   | <p>Realización de un Plan de estandarización que contemple al menos cinco de procesos de atención médicos y de enfermería por unidad, especialidad, en la Región Sanitaria que tenga en cuenta los procesos a protocolizar en cada instalación</p> |
|   | <p>80%.</p>  |
|   | <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| <p>Consultar con el Nivel Nacional</p>  |  |
| <p><b>AP. 2 ♥ De acuerdo con el Plan</b></p>  | <p><b>Propósito</b></p>  |
| <p><b>Protocolos de atención se estandarizan, al menos:</b></p>   | <p>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>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cinco protocolos médicos y cinco de enfermería por instalación de Equipo Básico de salud</b></li> </ul> | <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>              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cinco protocolos de atención en centros sanitarios por especialidad</b></li> </ul>                      | <p><b>Elementos de medición</b></p>  |
|   | <p><b>Numerador:</b> Número de instalaciones de salud que cuentan con los protocolos de atención elaborados e implementados para las 5 principales morbilidades, etc., de la región de salud.</p>  |
|   | <p><b>Denominador:</b> Total de instalaciones.</p>   |
|   | <p>100%</p>  |
|   | <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Enfermedades crónicas</b>  |  |
| AP.2.1 Existen y se implementan protocolos de atención para las enfermedades crónicas   | <p><b>Propósito</b><br/>Tener en cuenta la enfermedades crónicas mas relevantes en la población atendida para el diseño de protocolos de atención</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencia de protocolos de enfermedades crónicas<br/>70%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <b>Atención al paciente - VIH</b>   |  |
| AP.3 Porcentaje de pacientes infectados con VIH que cumplen con el protocolo para recibir tratamiento antiretroviral<br><br>consultar | <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número pacientes con VIH que cumplen con el protocolo para recibir tratamiento antiretroviral × 100.<br/><b>Denominador:</b> Total de pacientes con VIH<br/>NO APLICA</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>                        |
| <b>Tuberculosis</b>   |  |
| AP.4 Porcentaje de deserción del tratamiento por debajo del 6% de los pacientes tuberculosos  | <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de pacientes con deserción al tratamiento antituberculoso 100. <b>Denominador:</b> Total de pacientes en tratamiento antituberculoso.<br/>90%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>   |
| AP.5 Porcentaje de curación de pacientes con tuberculosis   | <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de pacientes curados de la tuberculosis x 100. <b>Denominador:</b> Total de pacientes con tuberculosis (baciloscopia positiva)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |
| AP.6 Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios con baciloscopia positiva.   | <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Baciloscopia positiva <b>Denominador:</b> /Total de sintomáticos respiratorios captados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Áreas y procesos de críticos o de especial riesgo</b></p>  |  |
| <p><b>Uso del medicamento</b></p>  |  |
| <p><b>Selección y Obtención de medicamentos</b></p>  |  |
| <p>AP.8 Existe un Plan de Gestión y Uso seguro de los medicamentos.</p>                                    | <p><b>Propósito:</b><br/>                     Gestionar el uso seguro de los medicamentos.<br/>                     La Gestión en el uso del medicamento uso de medicación se organiza de manera eficaz para atender las necesidades del paciente.<br/>                     El uso del medicamento por sus características debe protocolizarse en los siguiente puntos críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección y obtención</li> <li>• Almacenamiento</li> <li>• Prescripción y transcripción</li> <li>• Preparación y dispensación</li> <li>• Administración</li> <li>• Monitorización</li> </ul> <p><b>Elemento de medición</b><br/>                     Existencia del Plan<br/>                     100%</p> <p>1   2   3   4   5   NA</p> |
| <p><b>Almacenamiento de medicamentos</b></p>   |  |
| <p>AP.9 ♥ Existe un Plan que regula el almacenamiento de medicamentos.</p>                                 | <p><b>Propósito</b><br/>                     El Plan de almacenamiento de medicamentos debe asegurar entre otros las:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.).</li> <li>• La temperatura de conservación de aquellos fármacos que lo precisen</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     Existencia del Plan<br/>                     100%</p> <p>1   2   3   4   5   NA</p>   |
| <p>AP.10 ♥ Se asegura que se controlan las caducidades y que no se administran medicamentos caducados.</p> | <p><b>Propósito:</b><br/>                     Implementar la parte correspondiente al almacenamiento del Plan de Gestión y Uso seguro del medicamento.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     Registros de control de caducidades<br/>                     Inspección visual del área<br/>                     80%.</p> <p>1   2   3   4   5   NA</p>  |

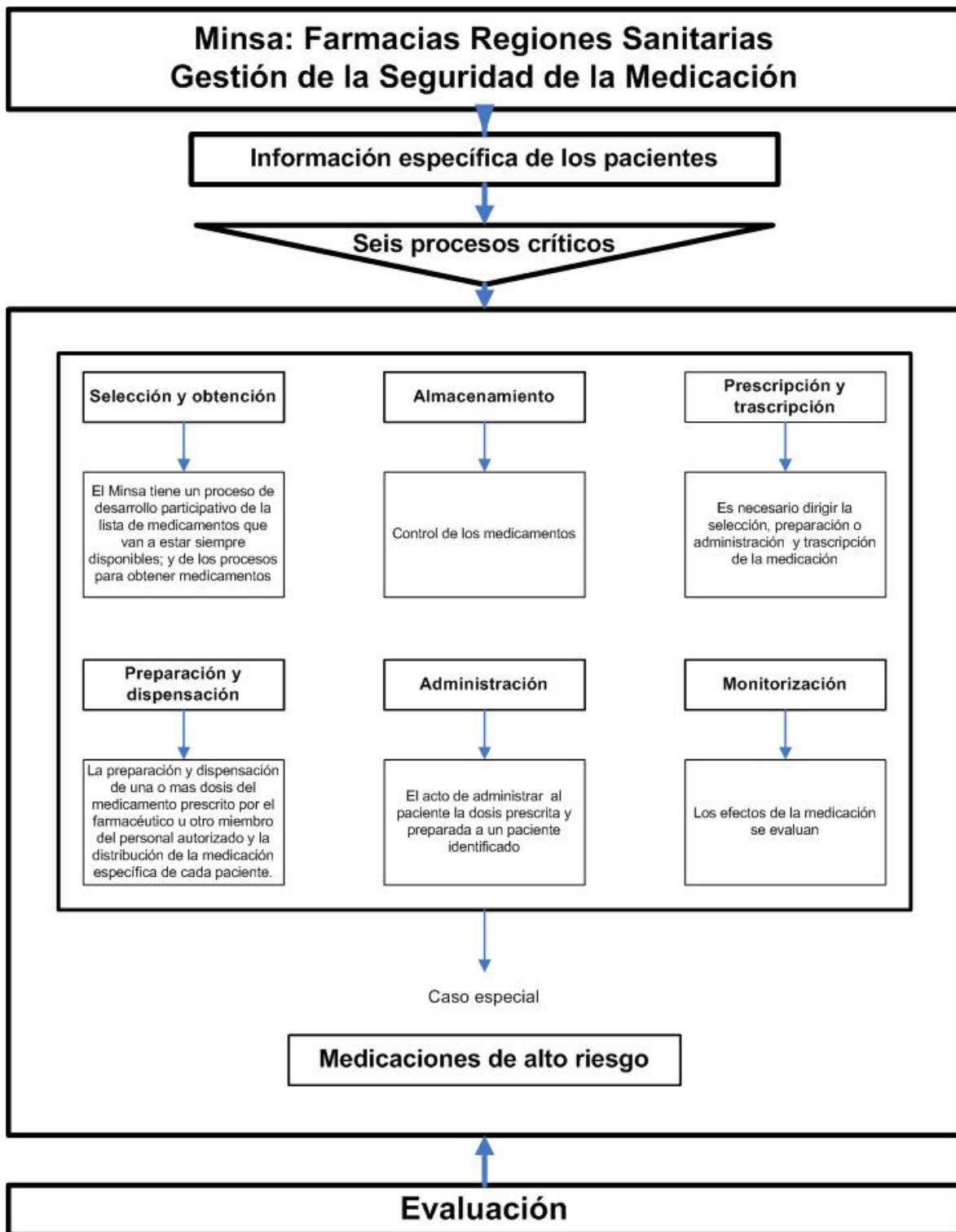
|  |   |
|--|---|
| <p><b>AP.11 ♥ Los medicamentos termolábiles y otros se almacenan de acuerdo con el Plan de Gestión y Uso Seguro del Medicamento.</b></p> | <p><b>Propósito</b><br/>La variación de la temperatura de almacenamiento de medicamentos termolábiles es esencial para asegurar sus propiedades 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><b>Elementos de medición</b><br/>Registros de temperatura diarios acordes con el plan para los medicamentos termolábiles.<br/>Toma de decisiones correctas según el Plan.<br/>80%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <p><b>AP. 12 ♥Se monitoriza el uso de los medicamentos</b></p>   | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de efectos adversos y errores en el uso de los medicamentos comunicados a la Región Sanitaria.<br/><b>Denominador:</b> Número de médicos de la Región Sanitaria que prestan servicios al MINSA (Propios o concertados como CSS, OE).<br/>80%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p>AP. 13 Se monitoriza el Abastecimiento de Medicamentos</p>     | <p><b>Propósito</b><br/>Todos los Hospitales, Centros y Puestos de Salud deberán ser abastecidos según el Presupuesto adquirido.</p> <p><b>Elementos de Medición</b><br/>Presentación de Informes sobre el Abastecimiento de Medicamentos de los Hospitales, Centros y Puestos de Salud</p> |
| <p>AP. 14 Se monitoriza el Abastecimiento Medico - Quirúrgico</p> | <p><b>Propósito</b><br/>Todos los Hospitales, Centros y Puestos de Salud deberán ser abastecidos según Presupuesto</p>  |



|              |   |
|--------------|---|
| <p>cont.</p> | <p>adquirido.</p> <p><b>Elemento de Medición</b><br/> Presentación de Informes sobre el Abastecimiento de Insumos Médico Quirúrgicos en los Hospitales, Centros y Puestos de Salud.</p> |
|--------------|---|

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



**Función 05: Gestión de la Mejora de la Calidad y de la Seguridad del Paciente (GMC)**

*Objetivos, Propósitos y Elementos de medición*

| <b>Objetivos</b>   | <b>Propósitos y Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <p><b>Liderazgo de la calidad y de la seguridad</b></p> <p>GMC.1 Los responsables del gobierno y dirección de la organización participan en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad.</p> | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b><br/>Participación de los Líderes en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad.</p> <p>75%</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 1px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 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>   | <p><b>Propósito</b><br/>Existencia de un plan escrito</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Existencia del Plan escrito</p> <p>100%</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 1px solid blue;">NA</td> </tr> </table>   | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1  | 2   | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |

| <b>Objetivos</b>   | <b>Propósitos y Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <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"> <li>• Monitorización de la gestión</li> <li>• satisfacción del paciente y de la familia</li> <li>• gestión financiera</li> <li>• Vigilancia epidemiológica y Tasas</li> </ul> | <p><b>Propósito</b><br/>                     Monitorizar (medir y Comparar) y con arreglo a ello tomar decisiones de mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión Clínica</li> <li>• evaluación del paciente.</li> <li>• control de calidad y seguridad en radiología y laboratorio.</li> <li>• procedimientos quirúrgicos.</li> <li>• uso de antibióticos y otros medicamentos y los errores de medicación.</li> <li>• disponibilidad, contenido y uso de las historias de los pacientes.</li> <li>• control de la infección, la vigilancia y los informes.</li> <li>• investigación médica.</li> <li>• Monitorización de la gestión</li> <li>• Informar de las actividades con arreglo a la ley y normativa.</li> <li>• gestión del riesgo.</li> <li>• satisfacción del paciente y de la familia.</li> <li>• expectativas y el grado de satisfacción del personal.</li> <li>• diagnósticos y datos de los pacientes.</li> <li>• gestión financiera.</li> <li>• 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.</li> <li>• Vigilancia epidemiológica y Tasas</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     70%</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> <td style="width: 15%;">5</td> <td style="width: 15%; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1  | 2   | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |
| <p><b>Herramienta básica de calidad en el Convenio de Gestión: Ciclo DPCA</b></p>  |   |   |   |   |    |   |    |
| <p><b>GMC.4 ♥ El instrumento básico del convenio de gestión es el ciclo de mejora de la calidad</b></p>  | <p><b>Propósito</b><br/>                     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><b>Elementos de medición</b><br/>                     Uso del ciclo PDCA como herramienta de mejora continua de la calidad<br/>                     Evidencia Uso del Ciclo</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> <td style="width: 15%;">5</td> <td style="width: 15%; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table>  | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1  | 2   | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |

| Objetivos  | Propósitos y Elementos de medición  |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <p><b>La Comparación del ciclo PDCA</b></p> <p><b>GMC.4.1 ♥ El proceso de análisis incluye comparaciones internas, con otras organizaciones y con los estándares científicos y las prácticas deseadas.</b></p> | <p><b>Propósito</b><br/>                     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"> <li>• consigo misma a través del tiempo, cada mes o de un año para otro;</li> <li>• con organizaciones similares como la CSS, a través de bases de datos de referencia;</li> <li>• con estándares internacionales</li> <li>• con prácticas adecuadas identificadas a través de bibliografía, como las directrices prácticas.</li> </ul> <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><b>Elementos de medición</b><br/>                     Evidencia de las comparaciones. Uso de las comparaciones para la mejora<br/>                     Evidencia del Uso</p> <table border="1" data-bbox="646 1098 1024 1150"> <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  |
|--|---|
| <b>Monitorización Clínica</b>  |   |
| <b>Monitorización de Incidentes</b>  |   |
| <p><b>GMC.5 ♥ Los datos de la monitorización se evalúan intensivamente cuando se producen incidentes inesperados importantes y tendencias y cambios no deseados.</b></p> | <p><b>Propósito</b><br/>                     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"> <li>• muertes inexplicables o inesperadas</li> <li>• efectos negativos de fármacos;</li> <li>• errores significativos en la medicación;</li> <li>• discrepancia importante entre el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio; y</li> <li>• incidentes negativos significativos con anestesia.</li> </ul> <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><b>Elementos de medición</b><br/>                     Registro de incidentes inesperados. Medidas adoptadas<br/>                     80%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <b>Comisiones clínicas de calidad en Hospitales</b>  |   |
| <p><b>GMC 7 ♥ Comisión de mortalidad</b></p>   | <p><b>Propósito</b><br/>                     Realizar ciclos DPCA en relación a la mortalidad del hospital y de los servicios / unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad global y por servicios</li> <li>• Mortalidad ajustada por riesgo</li> <li>• Mortalidad centinela (Mortalidad indebida. Ej.: Muerte materna en parto, muerte por reacción transfusional, suicidio, etc.)</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de la unidad</li> <li>• Actas de funcionamiento</li> <li>• Análisis de la mortalidad y propuestas de mejora</li> </ul> <p>80%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |

| Objetivos   | Propósitos y Elementos de medición   |
|---|--|
| <p><b>GMC 8 ♥ Comisión de infecciones nosocomiales</b></p>  | <p><b>Propósito</b><br/>Control y prevención de la infección nosocomial</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de la unidad</li> <li>• Actas de funcionamiento</li> <li>• Cumplimiento de función CI.</li> </ul> <p>80%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>   |
| <p><b>GMC.9 Comisión de ética y bioética asistenciales y de investigación</b></p>   | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de la unidad</li> <li>• Actas de funcionamiento</li> <li>• Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes.</li> </ul> <p>80%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <p><b>GMC.10 Existencia de la Comisión de Calidad Hospitalaria (Comité de Atención al Cliente) funcionando activamente.</b></p> | <p><b>Propósito</b><br/>Ver función GMC</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de la unidad</li> <li>• Actas de funcionamiento</li> <li>• Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes.</li> </ul> <p>80%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |

| Objetivos   | Propósitos y Elementos de medición   |
|---|--|
| <p><b>Auditorias de expedientes</b></p> <p>GMC.11 Porcentaje de servicios que realizan auditorias de servicio</p> | <p><b>Propósito</b><br/>Realización de auditorias de expedientes para mejorar</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de servicios que realizan auditorias de servicios x 100. <b>Denominador:</b> Total de servicios hospitalarios programados<br/>Mostrar resultados de las auditorias</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |
| <p>GMC.12 Sistema de Atención al paciente</p>   | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instalación de un Comité de Atención al Cliente de distrito y/o de la región.</li> <li>2. Informes mensuales de la información contenida en los buzones de sugerencias.</li> <li>3. Informes de la comisión de calidad y de los círculos de calidad.</li> <li>4. Informes del Comité de Bioseguridad.</li> <li>5. Informe de las instalaciones que realizan auditorias de expedientes sistemáticamente y sus resultados.</li> <li>6. Informe de las instalaciones que realizan encuestas de satisfacción de los usuarios sistemáticamente y sus resultados.</li> <li>7. Supervisión directa de la existencia de la cartera de servicios, buzones de sugerencias, horarios de atención a la vista del cliente.</li> <li>8. Análisis del informe de las reuniones del Comité de Atención al Cliente.</li> <li>9. Análisis de los informes de la Comisión de Calidad y de los Círculos de Calidad.</li> <li>10. Análisis de los informes del Comité de Bioseguridad. Análisis del informe de las Auditorias de Expedientes.</li> <li>11. Análisis del informe de las Encuestas de Satisfacción.</li> </ol> <p>70%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |



| Objetivos  | Propósitos y Elementos de medición   |
|--|--|
| <b>GMC.13</b> ♥ <b>Porcentaje de instalaciones de salud con buzón de sugerencias</b> | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> —Número de instalaciones de salud con buzón de reclamos y sugerencias x 100. <b>Denominador:</b> Total de instalaciones de salud<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| GMC.14 Porcentaje de sugerencias analizadas y resueltas                              | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de reclamos y sugerencias solucionados x 100. <b>Denominador:</b> Total de reclamos y sugerencias recibidos<br>70%<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>  |
| GMC.16 Las instalaciones aplican encuestas de satisfacción de usuarios.              | <b>Propósito</b><br>Las instalaciones aplican encuestas de satisfacción de usuarios.. Utilizan el resultado de las encuestas para mejorar<br><br><b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de instalaciones que realizan encuestas de satisfacción x 100. <b>Denominador:</b> Total de instalaciones de salud de la Región<br>Evidencias del uso de los resultados de las encuestas de satisfacción para mejorar<br>70%<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> |
| <b>Monitorización de la Vigilancia Epidemiológica y Tasas</b>                        |  |
| GMC.17 Se monitorizan las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)              | <b>Propósito</b><br>Las enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) permiten monitorizaciones estratégicas. Se usan las tasas para mejorar<br><b>Elemento de medición</b><br><b>Numerador:</b> N° de declaraciones de Enfermedades de Declaración Obligatoria. <b>Denominador:</b> Población de referencia de la zona en que se declaran.<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| GMC 19 Evidencia de tasa de incidencia de los recién nacidos con bajo peso al nacer  | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>  |
| GMC.20 Evidencia de tasa de incidencia de mortalidad materna                         | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>  |

| <b>Objetivos</b>   | <b>Propósitos y Elementos de medición</b>   |
|--|---|
| GMC.21 Evidencia de tasa de incidencia de las cinco primeras causas de mortalidad infantil:                  | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de las tasas<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> |
| < 1 año  | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>  |
| 1-4 años   | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| GMC.22 Se obtienen las tasas de Incidencia de:   | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| -Bronconeumonía  | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| GMC.23 se obtienen las tasas de incidencia de enfermedades de transmisión sexual en la población siguientes: | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| -Sífilis   | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| -Gonorrea  | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |
| -EPI   | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>  |
| -SIDA  | <b>Elementos de medición</b><br>Evidencia de la tasa<br>Evidencia del uso de las tasas para la mejora<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>   |

**Función 06: Control y Prevención de la Infección en Centros Sanitarios (CPI)**

***Objetivos, Propósitos y Elementos de medición***

| Objetivo   | Propósitos y Elementos de medición  |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <b>Planificación</b>   |   |   |   |   |    |   |    |
| <p><b>CPI.1 ♥ La organización diseña e implementa un programa coordinado para reducir los riesgos de infección nosocomial en los pacientes y asistentes sanitarios</b></p> | <p><b>Propósito</b><br/>                     La Región Sanitaria / Instalación sanitaria debe determinar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, lugares de infección y mecanismos asociados que facilitan el enfoque de los esfuerzos para prevenir y reducir la incidencia de infecciones nosocomiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el tracto respiratorio – como los procedimientos y equipo asociado con la intubación, soporte mecánico de ventilación, traqueotomía, etc.;</li> <li>• tracto urinario – como los procedimientos invasivos y el equipo asociado con catéteres urinarios internos, sistemas de drenaje urinario y su asistencia, etc.;</li> <li>• dispositivos invasivos intravasculares – como la inserción y cuidados de catéteres venosos centrales, líneas venosas periféricas, etc.; y</li> <li>• Heridas quirúrgicas – como su asistencia y tipo de vendaje y aséptico asociado.</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     La organización ha establecido el enfoque del programa para prevenir o reducir la incidencia de infecciones nosocomiales.<br/>                     Se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las infecciones de las vías respiratorias.</li> <li>• Las infecciones de las vías urinarias.</li> <li>• Las heridas quirúrgicas.</li> </ul> <p>Plan elaborado e implementado<br/>                     70%</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">1</td> <td style="width: 12.5%;">2</td> <td style="width: 12.5%;">3</td> <td style="width: 12.5%;">4</td> <td style="width: 12.5%;">5</td> <td style="width: 12.5%; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1  | 2   | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |
| <p><b>CPI.2 Todas las áreas de asistenciales, de personal y de visitas se incluyen en el programa de control de la infección</b></p>                                       | <p><b>Propósito</b><br/>                     Las infecciones pueden entrar vía pacientes, familias, personal, voluntarios, visitas y otros.<br/>                     Todas las áreas donde se encuentran estas personas deben incluirse en el programa de vigilancia, prevención y control de la infección.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     Evaluación de la inclusión de todas las áreas en el programa<br/>                     Hospital Incluirlo 100%</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">1</td> <td style="width: 12.5%;">2</td> <td style="width: 12.5%;">3</td> <td style="width: 12.5%;">4</td> <td style="width: 12.5%;">5</td> <td style="width: 12.5%; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table>   | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1  | 2   | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |

| Objetivo   | Propósitos y Elementos de medición  |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <b>Implementación del Plan</b>   |   |   |   |   |    |   |    |
| CPI.3 Se implementa el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial | <p><b>Propósito</b><br/>Poner en funcionamiento el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencias de implementación del Plan</p> <table border="1"> <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 |   |    |
| <b>Comisión de infecciones</b>   |   |   |   |   |    |   |    |
| CPI. 4 Comisión de Infecciones   | <p><b>Propósito</b><br/>Grupo multidisciplinar encargado de la prevención y control de la infección nosocomial</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Grupo establecido 70%</p> <table border="1"> <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: Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)**

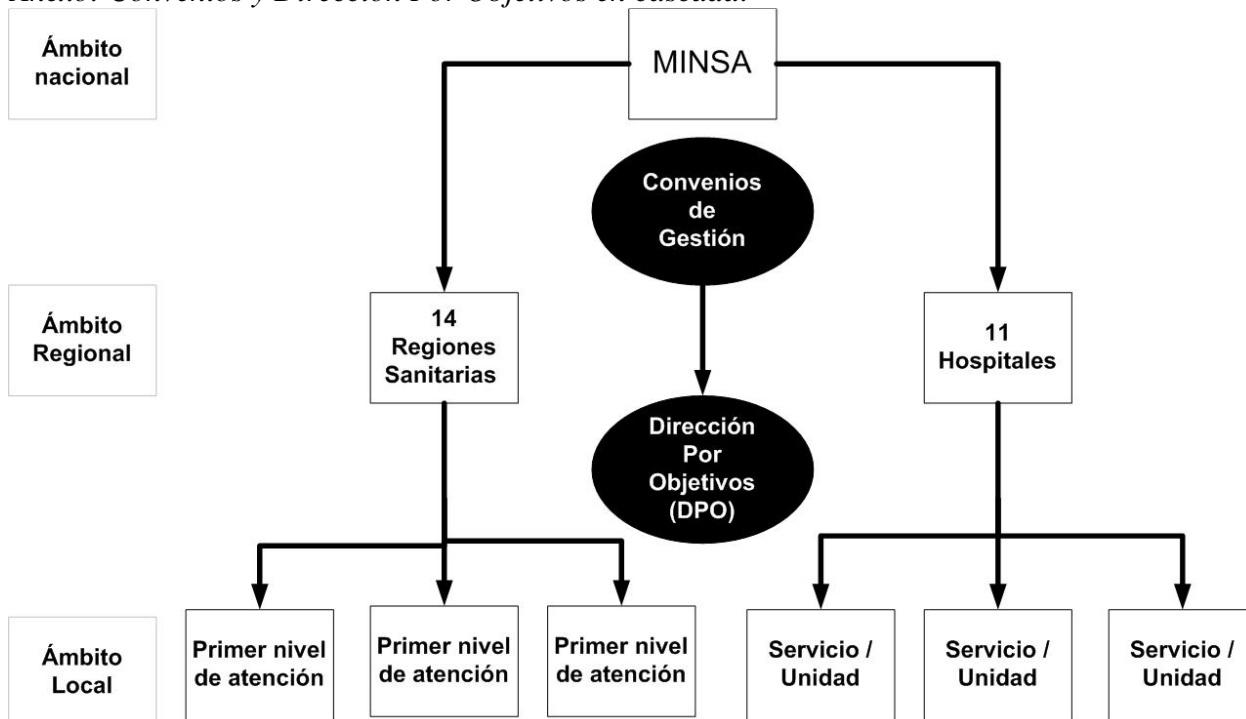
*Objetivos, Propósitos y Elementos de medición*

| Objetivos   | Propósitos y Elementos de medición  |   |   |   |    |   |    |
|---|---|---|---|---|----|---|----|
| <b>Convenio de Gestión</b>  |   |   |   |   |    |   |    |
| <b>GLD.1 ♥ El líder cumple los objetivos del Convenio de Gestión.</b> | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencia del cumplimiento Convenio de Gestión.</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1   | 2   | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |

| Objetivos  | Propósitos y Elementos de medición   |
|--|--|
| <p align="center"><b>Planificación</b></p> <p><b>GLD. 3 ♥ Plan Estratégico</b></p>         | <p><b>Propósito</b><br/>                     Los Órganos de Gobierno y alta dirección son los responsables del Plan Estratégico y el ciclo de mejora del mismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan: Diseñar el Plan estratégico 2004 – 2009</li> <li>• Do: Implantar el Plan estratégico de acuerdo al cronograma previsto</li> <li>• Check: Medir y evaluar el cumplimiento del plan</li> <li>• Act: Realizar, en su caso, correcciones al Plan y seguir con otro ciclo.</li> </ul> <p>Divulgar y difundir el plan estratégico a todos los profesionales.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     Plan diseñado de acuerdo a las necesidades de la organización.<br/>                     Evidencia de implementación del plan y del seguimiento PDCA.<br/>                     75%</p> <p> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> </p> |
| <p>GLD.4 Plan Operativo Local de Salud.</p>  | <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     Existencia del Plan<br/>                     75%</p> <p> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> </p>  |
| <p align="center"><b>Los líderes y los Derechos de los Pacientes y de sus Familias</b></p> |  |
| <p>GLD.5 Derechos de los Pacientes y de sus familias</p>                                   | <p><b>Propósito</b><br/>                     Los líderes de la organización son los responsables de aprobar y hacer cumplir los Derechos de los Pacientes y de sus Familias que, en todo caso, respetaran la normativa.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     Apropiación de los Derechos del Paciente y de su familia.<br/>                     Poner los medios para su implementación.<br/>                     75%</p> <p> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> </p>  |
| <p><b>Los lideres y la mejora continua de la calidad</b></p>                               |  |
| <p>GLD.10 Plan de Mejora Continua de la Calidad</p>  | <p><b>Propósito</b><br/>                     Los lideres son los responsables de aprobar el Plan de mejora de la Calidad y de su evaluación y cumplimiento</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     Existencia del Plan<br/>                     100%</p> <p> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> </p>  |

| Objetivos   | Propósitos y Elementos de medición   |
|---|--|
| <p><b>Los líderes y el Plan de Emergencias, Catástrofes y Desastres</b></p> |  |
| <p>GLD.11 Plan de Emergencias.</p>  | <p><b>Propósito</b><br/>                     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).<br/>                     Documento del Plan Operativo Regional de Respuesta Emergencias y Desastres:</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existencia del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED.</li> <li>Acta de conformación Comité de Gestión de Riesgo local.</li> <li>Cronograma de Actividades del Comité de Gestión de Riesgo.</li> <li>Análisis de Vulnerabilidad no Estructural y Funcional</li> <li>Evidencia de la documentación</li> </ul> <p>75% Evidencia de Documentación.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <span>1</span> <span>2</span> <span>3</span> <span>4</span> <span>5</span> <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">NA</span> </div> |

Anexo: Convenios y Dirección Por Objetivos en cascada:



**Función 08 Gestión y Seguridad de las Instalaciones y del Entorno (GSI)**

| <i>Objetivos, Propósitos y Elementos de medición</i>   |   |
|--|---|
| <b>Objetivos</b>   | <b>Propósitos y Elementos de medición</b>   |
| <b>Sistema de Gestión del Entorno</b>  |   |
| 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.<br>Seguir ciclos DPCA en todos los planes<br>75% de los planes diseñados. |
| <b>Seguridad de las instalaciones</b>  |   |
| GSI.1.1 Plan de Seguridad  | <b>Propósito</b>  |
|  | Que los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes.   |
|  |   |
|  | <b>Elementos de medición</b>  |
|  | Existencia del Plan   |
|  | 75% elaboración del plan  |
|  | 1 2 3 4 5 NA  |
| <b>Vigilancia de las instalaciones</b>   |   |
| GSI.1.2 Plan de Vigilancia   | <b>Propósito</b>  |
|  | Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de posibles lesiones o pérdidas.  |
|  |   |
|  | <b>Elementos de medición</b>  |
|  | Existencia del Plan   |
|  | 75% Elaboración del plan  |
|  | 1 2 3 4 5 NA  |
| <b>Materiales y residuos peligrosos</b>  |   |
| GSI.1.3 ♥ Plan de Materiales Peligrosos  | <b>Propósito</b>  |
|  | Se controla la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales radioactivos, entre otros, y se eliminan adecuadamente los residuos peligrosos.   |
|  |   |
|  | <b>Elementos de medición</b>  |
|  | Existencia del Plan   |
|  | 100%  |
|  | 1 2 3 4 5 NA  |

|   |  |   |   |   |    |   |    |
|---|--|---|---|---|----|---|----|
| <b>Objetivos</b>  | <b>Propósitos y Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
| <b>Emergencias y Catástrofes</b>                                  |  |   |   |   |    |   |    |
| <b>GSI.1.4 ♥ Plan Operativo Local de Emergencias y Desastres.</b> | <b>Propósito</b>   |   |   |   |    |   |    |
|   | Se planifica una respuesta eficaz ante epidemias, desastres y emergencias.   |   |   |   |    |   |    |
|   |  |   |   |   |    |   |    |
|   | <b>Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
|   | Existencia del Plan  |   |   |   |    |   |    |
|   | 75%  |   |   |   |    |   |    |
|   | <table border="1"> <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 |   |    |
| <b>Seguridad ante el fuego y el humo</b>                          |  |   |   |   |    |   |    |
| <b>GSI.1.5 ♥ Plan de Seguridad contra incendios.</b>              | <b>Propósito</b>   |   |   |   |    |   |    |
|   | Se protege al edificio y a sus ocupantes del fuego y del humo.   |   |   |   |    |   |    |
|   |  |   |   |   |    |   |    |
|   | <b>Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
|   | Existencia del Plan  |   |   |   |    |   |    |
|   | 75%  |   |   |   |    |   |    |
|   | <table border="1"> <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 |   |    |
| <b>Función 09 Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)</b>  |  |   |   |   |    |   |    |
|   |  |   |   |   |    |   |    |
| <i>Objetivos, propósitos y Elementos de medición</i>              |  |   |   |   |    |   |    |
| <b>Objetivos</b>  | <b>Propósitos y Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
| <b>Plan de capacitación</b>                                       |  |   |   |   |    |   |    |
| FCP.1 Plan de capacitación  | <b>Propósito</b>   |   |   |   |    |   |    |
|   | Plan de capacitación global de la organización, que tenga al menos, en cuenta:   |   |   |   |    |   |    |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El desarrollo de las funciones especificadas en este convenio</li> <li>• Las necesidades de capacitación de todas las personas en su ámbito de actuación.</li> <li>• La capacitación es continua. Se usa la evaluación del desempeño para detectar necesidades de capacitación</li> </ul> |   |   |   |    |   |    |
|   |  |   |   |   |    |   |    |
|   | <b>Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
|   | Plan de capacitación   |   |   |   |    |   |    |
|   | 75%  |   |   |   |    |   |    |
|   | <table border="1"> <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><b>Propósito</b><br/> Implementar el plan de capacitación<br/> 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><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia del cumplimiento del Plan Anual de Capacitación que incluye el Porcentaje de acciones ejecutadas planificadas vs porcentaje de acciones planificadas)</li> <li>Matriz de evaluación de la actividad de capacitación trimestral y anual.<br/>Informe de actividades de capacitación.</li> <li>Listas de asistencias y horas crédito de los participantes<br/>Informe de evaluaciones posterior a la capacitación<br/>Acta de conformación de la UDR (Unidades de Docencia Regional).</li> <li>Actas de reuniones de la UDR<br/>NIVEL REGIONAL NO APLICA</li> </ul> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <p><b>Evaluación del desempeño</b></p>                                      |  |
| <p>FCP.3 Se evalúa el desempeño de los profesionales de la organización</p> | <p><b>Propósito</b><br/> 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><b>Elementos de medición</b><br/> <b>Numerador:</b> Numero de profesionales a los que se ha evaluado el desempeño × 100. <b>Denominador:</b> Numero total de profesionales.<br/> 70 POR CIENTO DE LOSPROFESIONALES</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |

**Unidades docentes**

| <b>Capacitación en Convenio de Gestión</b>   |   |
|--|---|
| <p><b>FCP.6 ♥ Capacitación en Convenio de Gestión.</b></p>   | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b><br/>Informe y listado de los participantes a la capacitación<br/>Verificación de los convenios de gestión firmados<br/>EVIDENCIA DEL LISTADO .</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><b>Otras capacitaciones</b></p>   |   |
| <p>FCP.8 Porcentaje de las instalaciones de salud del primer nivel de atenciones capacitadas y sensibilizadas para la atención de las personas discapacitadas.</p> | <p><b>Propósito</b><br/>Capacitar a los profesionales sanitarios y no sanitarios en la atención a las personas discapacitadas.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de las instalaciones de salud del primer nivel de atención capacitadas y sensibilizadas para la atención de las personas discapacitadas x 100. <b>Denominador:</b> Total de instalaciones de salud<br/>HOSPITAL INCLUIDO 100 POR CIENTO</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 10: Gestión de la Información y de la utilización de recursos sanitarios (GIU)**

| <i>Objetivos, propósitos y Elementos de medición</i> |   |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <b>Objetivos</b>                                     | <b>Propósitos y Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
| <b>Planificación</b>                                 |   |   |   |   |    |   |    |
| GIU.1 Plan de información                            | <p><b>Propósito</b><br/>                     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"> <li>• los profesionales sanitarios;</li> <li>• los líderes y ejecutivos de la organización, y</li> <li>• la gente de fuera de la organización que necesita o solicita información o datos acerca de la organización y de los procesos de asistencia.</li> </ul> <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><b>Elementos de medición</b><br/>                     Realización del Plan<br/>                     100% Realización del plan y 75% cumplimiento</p> <table border="1"> <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><b>Propósito</b><br/>                     El plan incluye la manera de mantener la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     Evidencia de inclusión de aspectos relacionados con la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información en Plan de Información<br/>                     Plan de seguridad 100% y 80% de implementación</p> <table border="1"> <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 |   |    |

| <b>Objetivos, propósitos y Elementos de medición</b>  |  |
|---|--|
| <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><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se protegen los archivos y la información contra la pérdida o destrucción.</li> <li>• Se protegen los archivos y la información de la manipulación y el uso o acceso desautorizado.</li> </ul> <p>Plan existente 100% y ejecución 80%</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |
| <b>Códigos de información</b>   |  |
| <p>GIU.2 La organización utiliza códigos diagnósticos, códigos de procedimientos, símbolos y definiciones estandarizadas.</p>     | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b><br/>Se utilizan códigos de diagnóstico estandarizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizan códigos de procedimiento estandarizados.</li> <li>• Se utilizan símbolos y definiciones estandarizados</li> </ul> <p>Medición:<br/>Evidencia del Uso del CIE X en SIES.</p> <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><b>Propósito</b><br/>Implementar el Plan de Información.<br/>Apoyar el Plan de Información mediante personal adecuado y otros recursos.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Implementación del Plan<br/>Evidencia de recursos del Plan de Información<br/>75% de Implementación</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>   |

| <b>Objetivos, propósitos y Elementos de medición</b>  |   |
|---|---|
| <b>Subsistemas de información</b>   |   |
| <p>GIU.6 Mantener actualizados los subsistemas de información en salud regional y local en todos sus componentes (clínico asistencial, de participación social, de gestión, recursos humanos, financieros y contables).</p> | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de registro que componen el subsistema estadístico clínico asistencial.</li> <li>• Boletín Estadístico Anual 2005.</li> <li>• Instrumentos de registros de informes actualizados de participación social con compromisos por parte de la comunidad.</li> <li>• Informe de evaluación de la gestión.</li> <li>• Informe de evaluación del recurso humano.</li> <li>• Informes de resultados de ejecución financiera, contable.</li> </ul> <p>Evidencia:<br/>Evidencia de las evaluaciones y el boletín estadístico.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <p>GIU.7 Evidencia de un subsistema de información estadística clínico asistencial actualizado y acorde a las normas del MINSA</p>  | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencia de cumplimiento:</p> <p>Evidencia de Boletín estadístico Regional</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>   |
| <b>Informes</b>   |   |
| <p>GIU.8 Evidencia de informes de participación social</p>  | <p><b>Propósito</b><br/>Presentación de informes</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencia de cumplimiento</p> <p><b>Evidencia de informes con agrupaciones</b></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>   |

| <b>Objetivos, propósitos y Elementos de medición</b> |  |   |   |   |    |   |    |
|--|--|---|---|---|----|---|----|
| GIU.8.1 Evidencia de informes de gestión             | <p><b>Propósito</b><br/>Presentación de informes de gestión</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencia de cumplimiento</p> <p><b>Evidencia de realización de informes de gestión trimestral</b></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 |   |    |
| GIU.8.2 Evidencia de informes de recursos humanos    | <p><b>Propósito</b><br/>Presentación de evaluaciones del recurso humano</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencia de cumplimiento</p> <p>NO APLICA</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 |   |    |
| GIU.8.3 Evidencia de informes financieros            | <p><b>Propósito</b><br/>Presentación del sistema de información financiero</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencia de cumplimiento</p> <p>NO APLICA</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 |   |    |
| GIU.8.4 Evidencia de informes contables              | <p><b>Propósito</b><br/>Presentación del sistema de información contable</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencia de cumplimiento</p> <p>NO APLICA</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 |   |    |

| <b>Objetivos, propósitos y Elementos de medición</b>                   |   |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <b>GIU.9 Gestión de la utilización de las instalaciones sanitarias</b> | <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.<br/>Cada unidad cumplimentará aquellos que le correspondan</p>   |   |   |   |    |   |    |
| GIU.9.1 Pacientes ingresados en el hospital y en cada servicio/ unidad | <p><b>Propósito</b><br/>Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Nº de pacientes ingresados en el total del hospital y en cada servicio/ unidad.<br/>Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencia de cumplimiento</p> <p>EVIDENCIA ESTADISTICA</p> <table border="1"> <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.9.2 Egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad              | <p><b>Propósito</b><br/>Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Nº de egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad.<br/>Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria.</p> <p>EVIDENCIA ESTADISTICA</p> <table border="1"> <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.9.3 Estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad            | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Número de estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad.<br/>Periodicidad Mensual</p> <p>EVIDENCIA ESTADISTICA</p> <table border="1"> <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 |   |    |

| <b>Objetivos, propósitos y Elementos de medición</b>   |   |   |   |   |    |   |    |
|--|---|---|---|---|----|---|----|
| <p>GIU.9.4 Camas instaladas en el conjunto del hospital y en cada unidad/ servicio</p>                             | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Número de camas totales instaladas en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En todo el hospital</li> <li>• En cada servicio/ unidad</li> </ul> <p>EVIDENCIA DE INFORMACION ESTADISTICA</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>GIU.9.5 Camas funcionantes en el conjunto del hospital y en cada servicio/ unidad</p> <p>NA en red primaria</p> | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>EVIDENCIA EN LA INSTALACION</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>GIU.9.6 Estancia media para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p>  | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Numerador: Número de días de estancia hospitalaria.<br/>Denominador: Número total de egresos</p> <p>EVIDENCIA ESTADISTICA</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>GIU.9.7 Porcentaje de ocupación para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p>                               | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Numerador: Número de días camas utilizado en el total de hospital / cada servicio o unidad 100. Denominador: Número de días cama disponible</p> <p>EVIDENCIA ESTADISTICA</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>GIU.9.8 Giro cama para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p>   | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Numerador: Número de egresos en el total del hospital o cada servicio/ unidad. Denominador: Número total de cama</p> <p>EVIDENCIA ESTADISTICA</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 |   |    |



| <b>Objetivos, propósitos y Elementos de medición</b>  |  |   |   |   |    |   |    |
|---|--|---|---|---|----|---|----|
| GIU.9.9 Porcentaje de utilización de quirófanos de todo el centro   | <p><b>Propósito</b><br/>Conocer la eficiencia en el uso de los quirófanos.</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de horas de quirófano utilizados en el total del centro <b>Denominador:</b> Número total horas de quirófano disponibles en el total del centro<br/>EVIDENCIA ESTADISTICA<br/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table> </p>   | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |
| GIU.9.10 Porcentaje de egresos programados en el total del hospital y cada servicio/ unidad                           | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de egresos programados en el total el hospital y en cada servicio/ unidad X 100. <b>Denominador:</b> Número total de egresos<br/>EVIDENCIA ESTADISTICA<br/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table> </p>   | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |
| GIU.9.11 Presión de urgencias   | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de ingresos por urgencia × 100. <b>Denominador:</b> Número total de ingresos<br/>EVIDENCIA ESTADISTICA<br/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table> </p>   | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |
| GIU.9.12 Número de quirófanos   | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elemento de medición</b><br/>Nº de quirófanos<br/>EVIDENCIA EN HOSPITAL<br/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table> </p>   | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |
| GIU.9.13 Porcentaje de intervenciones de cirugía ambulatoria para todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica X 100. <b>Denominador:</b> intervenciones quirúrgicas ambulatorias en todo el hospital y cada servicio/ unidad<br/>EVIDENCIA ESTADISTICA<br/> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table> </p> | 1 | 2 | 3 | 4  | 5 | NA |
| 1   | 2  | 3 | 4 | 5 | NA |   |    |

| <b>Objetivos, propósitos y Elementos de medición</b> |  |   |
|--|--|---|
| GIU.9.14   | Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica X 100.<br/><b>Denominador:</b> total intervenciones quirúrgicas<br/>EVIDENCIA ESTADISTICA</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| GIU.9.15   | Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.  | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/><b>Numerador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas.<br/><b>Denominador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas programadas x 100<br/>EVIDENCIA ESTADISTICA</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>   |
| GIU.9.16   | Número de locales destinados a Consultas Externas  | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Nº de locales destinados a las consultas externas del total de la instalación y de cada servicio/ unidad<br/>EVIDENCIA EN HOSPITAL</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>   |
| GIU.9.17   | Consultas externas totales y sucesivas en el total de la instalación y en cada especialidad/ unidad          | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Número de locales instalados<br/>EVIDENCIA EN HOSPITAL</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>   |
| GIU.9.18   | Tasa de retorno en consulta externa.   | <p><b>Propósito</b><br/>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>Numerador: Número de consultas subsecuentes en el total del hospital y en cada servicio/ especialidad X 100. Denominador: Número total de primeras consultas.<br/>EVIDENCIA ESTADISTICA</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>                              |

| <b>Función 11: Prevención de la Enfermedad. Promoción de la Salud. PPS</b>             |  |   |   |   |    |   |    |
|--|--|---|---|---|----|---|----|
| <i>Prevención de la enfermedad</i>   |  |   |   |   |    |   |    |
| <b>Objetivos</b>   | <b>Propósitos y Elementos de medición</b>  |   |   |   |    |   |    |
| <b>Planificación</b>   |  |   |   |   |    |   |    |
| <b>Vacunaciones en menores de 1 año</b>  |  |   |   |   |    |   |    |
| <b>PPS.1 ♥ Vacunaciones de las enfermedades inmunoprevenibles en menores de un año</b> | Disminuir la prevalencia e incidencia de enfermedades inmunoprevenibles en los grupos indicados mediante la cobertura con vacunaciones de las enfermedades inmunoprevenibles en menores de un año  |   |   |   |    |   |    |
|  | Estos objetivos de Prevención de la Salud tienen una relación coste beneficio muy favorable que justifica la monitorización, análisis y evaluación en profundidad de los datos, propuestas de mejora y acciones correctivas que sean necesarias.   |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Elementos a considerar en los cocientes:</b>  |   |   |   |    |   |    |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: tener n cuenta el N° de dosis aplicadas y esquemas completos de vacunación (% de vacunaciones completas).</li> <li>Denominador: Existe el problema de discrepancia entre el Censo Poblacional Estimado Oficial y la realidad. La función pretende vacunar el mayor porcentaje por lo que se recomienda utilizar los dos valores (Censo oficial y Censo real).</li> </ul> |   |   |   |    |   |    |
| <b>PPS.1.1 ♥ Cobertura de BCG:</b>   | <b>Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Numerador:</b> Niños menores de 1 año con BCG aplicadas.<br><b>Denominador:</b> Total de niños menores de 1 año según el censo oficial y censo real.  |   |   |   |    |   |    |
|  | EVIDENCIA ESTADISTICA  |   |   |   |    |   |    |
|  | <table border="1"> <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 |   |    |
| <b>PPS.1.2 ♥ Cobertura de Polio:</b>   | <b>Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Numerador:</b> Niños menores de 1 año con 3ª dosis de polio aplicadas. <b>Denominador:</b> Total de niños menores de 1 año  |   |   |   |    |   |    |
|  | EVIDENCIA ESTADISTICA.   |   |   |   |    |   |    |
|  | <table border="1"> <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 |   |    |
| <b>PPS.1.3 ♥ Cobertura de Pentavalente:</b>  | <b>Elementos de medición</b>   |   |   |   |    |   |    |
|  | <b>Numerador:</b> Niños menores de 1 año con 3ª dosis de Pentavalente aplicadas. <b>Denominador:</b> Total de niños menores de 1 año.  |   |   |   |    |   |    |
|  | EVIDENCIA ESTADISTICA  |   |   |   |    |   |    |
|  | <table border="1"> <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   |
|--|--|
| Programa de salud escolar  |  |
| <b>PPS. 2 ♥ Porcentaje de escolares cubiertos con enjuagatorios de flúor por 30 a 35 semanas en el programa de salud escolar</b> | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de escolares cubiertos con enjuagatorios de fluor por 30 0 35 semanas en el programa escolar * 100.<br><b>Denominador:</b> Total de escolares incluidos en el programa de enjuagatorios.<br>EVIDENCIA ESTADISTICA<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> |
| <b>PPS.3 ♥ Porcentaje de escolares cubiertos con vacunas en el programa de salud escolar</b>                                     | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de escolares cubiertos con vacunas en el programa escolar * 100. <b>Denominador:</b> Total de escolares incluidos en el programa escolar.<br>EVIDENCIA ESTADISTICA<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>  |
| <b>Detección de malaria en grupos de riesgo</b>  |  |
| <b>PPS.4 ♥ Índice de lamina positiva por malaria</b>   | <b>Propósito</b><br>Detectar la malaria en grupo de riesgo para tomar medidas de mejora<br><br><b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de muestras positivas x 100<br><b>Denominador:</b> Total de muestras tomadas<br>EVIDENCIA ESTADISTICA<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>              |
| <b>Cumplimento de normativa en establecimientos de alimentos</b>   |  |
| <b>PPS.tr5. ♥ Porcentaje de establecimientos de alimentos que cumplen normativa del MINSA:</b>                                   | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de establecimientos de alimentos que cumplen con la normativa del MINSA x 100. <b>Denominador:</b> Total de establecimientos de alimentos existentes<br>EVIDENCIA ESTADISTICA<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>                                     |
| <b>Cumplimento de normativa en establecimientos de interés sanitario</b>   |  |
| <b>PPS.7. ♥ Porcentaje de establecimientos de interés sanitario que cumplen normativa del MINSA.</b>                             | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de establecimientos de interés sanitario que cumplen con la normativa del MINSA x 100<br><b>Denominador:</b> Total de establecimientos de interés sanitario existentes<br>75% DE LOS ESTABLECIMIENTOS<br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/>             |

| <i>Promoción de la salud</i>   |  |
|--|--|
| Objetivos  | Propósitos y Elementos de medición                           |
| <b>Planificación</b>   |  |
| <b>PPS.8 ♥ La organización dispone de un Plan de promoción de la salud</b>   | <b>Propósito</b>   |
|  | Realizar un Plan de Promoción de Salud en base a:            |
|  | 1. Lineamientos estratégicos del MINSA                       |
|  | 2. Organizaciones internacionales                            |
|  | 3. Diagnóstico inicial previo                                |
|  | 4. Necesidades de promoción de la salud con criterios:       |
|  | 5. Coste beneficio   |
|  | 6. Epidemiológicos y demográficos                            |
|  | 7. Riesgo  |
|  | Desarrollar en el Plan el rol de la Participación Social     |
| <b>Elementos de medición</b>   |  |
| Realización y aprobación de Plan   |  |
| 100% PLAN ELABORADO 75% APFROBADO  |  |
| <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA |  |
| <b>Desarrollo de Plan de Promoción a la salud</b>  |  |
| <b>PPS.9 ♥ Implementación de Plan de Promoción de la Salud</b>   | <b>Propósito</b>   |
|  | Desarrollar el Plan de Promoción de la Salud, Monitorizarlo, |
|  |  |
|  | <b>Elementos de medición</b>                                 |
|  | 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 |  |

| Objetivos   | Propósitos y Elementos de medición   |
|---|--|
| <p>PP10 ♥ Plan de educación del Paciente y de su familia e implementación.</p>              | <p><b>Propósito</b><br/>                     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>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 esto es necesario que personas capacitadas evalúen el aprendizaje del paciente o de su familia</p> <p><b>Elemento de medición</b><br/>                     Existencia de un Plan de Educación de Pacientes y familias acorde a las necesidades de la población<br/>                     Numerador: Porcentaje de pacientes educados × 100.<br/>                     Denominador: Total de pacientes/ ciudadanos susceptibles de recibir educación con respecto al Plan.</p> <p><b>50% DE LA POBLACION EDUCADA</b></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <p>PP10.1 ♥ Plan e implementación para prevenir las enfermedades y promocionar la salud</p> | <p><b>Propósito</b><br/>                     La educación de los ciudadanos en la Prevención de la Enfermedad y la Promoción de la salud es un objetivo estratégico del MINSA.</p> <p>Para ello debe de realizarse un Plan basado en un diagnóstico inicial previo</p> <p><b>Elementos de medición</b><br/>                     Plan elaborado e implementado<br/> <b>75% DE LA IMPLEMENTACION DEL PLAN</b></p>  |

| Objetivos   | Propósitos y Elementos de medición   |
|---|--|
| <b>Participación social</b>   |  |
| PPS.11.5 Porcentaje de redes de apoyo formadas (tercera edad, adolescente, iglesia, cívicos, deportivos, profesionales, empresa privada, y otros)   | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de redes de apoyo formadas x 100.<br><b>Denominador:</b> Total de redes de apoyo programadas<br>50% DE LAS ORGANIZACIONES<br><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.11.6 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. | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que se comprometen a participar activamente en la divulgación de información de VIH, SIDA x 100.<br><b>Denominador:</b> Total de instituciones de la Región<br>50% DE LAS INSTITUCIONES<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA |
| <b>FOGI - Corregimientos Saludables</b>   |  |

*Salud Pública y Atención al medio ambiente*

| Objetivo   | Propósitos y Elementos de medición  |
|--|---|
| <b>PPS.12 ♥ Porcentaje de viviendas cubiertas con los servicios de agua potable.</b>             | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de viviendas con servicio de agua potable x 100. <b>Denominador:</b> Total de viviendas existentes<br>70% DE LAS VIVIENDAS<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA                 |
| <b>PPS.13 ♥ Porcentaje de viviendas con disposición adecuadas de aguas residuales y excretas</b> | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de viviendas con disposición adecuada de excretas x 100. <b>Denominador:</b> Total de viviendas existentes<br>70% DELAS VIVIENDAS<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA          |
| <b>PPS.14 ♥ Porcentaje de viviendas con disposición adecuada de desechos sólidos</b>             | <b>Elementos de medición</b><br><b>Numerador:</b> Número de viviendas con disposición adecuada de desechos sólidos x 100. <b>Denominador:</b> Total de viviendas existentes<br>70% DE LAS VIVIENDAS<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA |
| <b>PPS.15 ♥ Porcentaje de escuelas con:</b>  |   |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>PPS.15.1 Acceso a agua potable</li> </ul>                    | <p><b>Elementos de medición</b><br/> <b>Numerador:</b> Número de escuelas con agua potable x 100.<br/> <b>Denominador:</b> Total de escuelas<br/>                 70% DE LAS ESCUELAS</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>  |
| <p>1. PPs.15.2 Disposición adecuada de desechos sólidos.</p>  | <p><b>Elementos de medición</b><br/> <b>Numerador:</b> Número de escuelas con disposición adecuada de desechos sólidos x100. <b>Denominador:</b> Total de escuelas<br/>                 70% DE LAS ESCUELAS</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>                                  |
| <p>1. PPS.15.3 Disposición adecuada de excretas</p>   | <p><b>Elementos de medición</b><br/> <b>Numerador:</b> Número de escuelas con disposición adecuada de excretas para su zona x 100. <b>Denominador:</b> Total de escuelas<br/>                 70 % DE LAS ESCUELAS</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>                           |
| <p><b>PPS.16 ♥ Porcentaje de instalaciones de salud con:</b></p>                                    |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>PPS.16.1 Acceso aguas potables</li> </ul>                    | <p><b>Elementos de medición</b><br/> <b>Numerador:</b> Número de instalaciones de salud con agua potable x 100. <b>Denominador:</b> Total de instalaciones de salud<br/>                 70% DE LAS INSTALACIONES</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>PPS.16.2 Disposición adecuada de desechos sólidos</li> </ul> | <p><b>Elementos de medición</b><br/> <b>Numerador:</b> Número de instalaciones de salud con disposición adecuada de desechos sólidos x100. <b>Denominador:</b> Total de instalaciones de salud<br/>                 70% DE LAS INSTALACIONES</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |

**Nota: Para poder cumplir con los objetivos Atención al Medio Ambiente se entiende que se dispone de los recursos necesarios. Función 12: Gestión Económico Financiera y Logística (GEF-L)**

*Objetivos, Propósitos y Elementos de medición*



**Objetivos**

**Propósitos y Elementos de medición**

**Planificación**

|   |  |
|---|--|
| <b>Eficiencia</b>   |  |
| <p><b>GEF-L-.2 ♥ La organización mejora la eficiencia</b></p> | <p><b>Propósito</b><br/>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><b>Elementos de medición</b><br/>Evidencia de mejoras en la eficiencia<br/>EVIDENCIAS A NIVEL REGIONAL SOBRE EL MANEJO DE PRESUPUESTO.</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> |

### **ANEXO 3**

## **Metodología de la Evaluación del PROVEEDOR**

## 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**

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

### 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) | <b>Deficiente</b>                 | <b>Regular</b>          | <b>Bueno</b>     | <b>Muy bueno</b>       | <b>Excelente</b>       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| b) | <b>1</b>                          | <b>2</b>                | <b>3</b>         | <b>4</b>               | <b>5</b>               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| c) | <b>Sin evidencia o anecdótica</b> | <b>Alguna evidencia</b> | <b>Evidencia</b> | <b>Evidencia clara</b> | <b>Evidencia total</b> |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| 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