

**CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE  
LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE  
Y EL HOSPITAL NICOLÁS SOLANO  
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 **Ismael Vergara**, varón, panameño, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal N° **8-176-956** en su condición de Director de la Región de Salud, actuando en nombre y representación de la Región de Salud de PANAMÁ OESTE, por una parte; y por la otra, el **Doctor Myron Morgan**, varón ,panameño, mayor de edad, médico Pediatra de profesión, con cédula de identidad personal N° **3-59-429** en su calidad de Director del Hospital Regional de Panamá Oeste, 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 Panamá Oeste, la REGIÓN y al Hospital Regional Nicolás Solano, 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 Nicolás Solano.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ACUERDAN**

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

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

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

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

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 resolutoria y nivel de complejidad de la instalación. ANEXO 1.

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

#### **La REGION estará obligado a:**

1. Entregar al HOSPITAL los recursos financieros existentes para ejecutar el presupuesto del año 2009 que se derive de los acuerdos pactados en el presente CONVENIO, lo que permitirá al HOSPITAL asumir la cartera de servicios que se ofertará a la población del área de influencia.
2. Tomar acciones necesarias para que el HOSPITAL pueda gestionar los recursos humanos y financieros conforme al gasto.
3. Conciliar cuatrimestralmente con el HOSPITAL y facilitar la ejecución presupuestaria del hospital con todas sus fuentes de financiamiento, su cartera y producción de servicios, de acuerdo a lo pactado en el presente CONVENIO.
4. Realizar las gestiones ante el Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República para facilitar el acceso de los fondos en la forma más conveniente de acuerdo al balance fiscal del Estado, para que estén a disposición del HOSPITAL en forma oportuna, de acuerdo a normas y procedimientos establecidos.
5. La REGION realizará auditorías, en cualquier momento que lo estime conveniente al HOSPITAL
6. La Región se compromete a fiscalizar y manejar apropiadamente lo pactado en el presente CONVENIO.

#### **El HOSPITAL estará obligado a cumplir 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 **DIES MILLONES SESENTA Y DOS MIL SEICIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL BALBOAS (B/.10,062,657.00)**, para el periodo de vigencia fiscal 2009, el cual se ejecutará conforme la asignación presupuestaria por rubro. La ejecución presupuestaria se basa en las Normas Generales de Administración Presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas y las Políticas de Gasto del Ministerio de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **CLAUSULA X. VIGENCIA**

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

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

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

---

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

---

**DR. ISMAEL VERGARA**  
Director de la Región de Salud de  
Panamá Oeste

---

**DR. MYRON MORGAN**  
Director Hospital Regional  
Nicolás Solano

**ANEXO 1**  
**Cartera de Servicios Hospitalaria y Producción Pactada**

**CARTERA DE SERVICIOS DEL  
HOSPITAL NICOLÁS SOLANO AÑO 2009**

Servicios	Producción			
	Unidad de Producción	2008 pactado	2008 logro	2009 tendencia
<b>A. Consulta Externa</b>		<b>92,796</b>	<b>92851</b>	95792
• Número de Consultas Especializadas	Consultas	23,640	25904	24851
• Consultas Técnicas		4,266	3998	4149
Promedio diario de consultas				
<b>Consultas Médicas Especializada</b>	Consultas			
Cirugía		2,541	3514	3520
Cirugía Plástica		212	111	100
Ginecología y Obstetricia		1,077	1394	1394
Máximo Facial		771	903	951
Oftalmología		1,500	1111	860
Otorrinolaringología		2,300	1971	1924
Proctología		400	419	541
Ortopedia		3,838	5259	5260
Alergología		No	No	No
Anestesiología		874	650	763
Dermatología		2,121	1796	1877
Medicina Física y Rehabilitación		1,600	1932	1800
Gastroenterología			No	No
Psiquiatría			No	No
Cardiología		1,000	1026	1575
Medicina Interna		2,296	1951	1944
Neumología		1,900	1739	1696
Oncología		362	486	486
Neonatología			96	77
Urología		342	957	1000
Clínica de Terapia antirretroviral	Medic. Gen. Y Neum	506	598	768
<b>Consultas Técnicas</b>	Consultas			
Fisioterapia				No
Nutrición		419	263	436
Psicopedagogía	Inicio en 2008		424	424
Trabajo Social		1,698	1599	1019
Tamizaje de Recién Nacido	Desde septiembre	18	841	841
Fonoaudiología		622	624	722
Clínica del Diabético		588	658	860
Enfermería (Clínica A. Retroviral)		939	430	688
Procedimientos de Ortopedia (yeso, férula, otros)		2,013	2899	



<b>B. Interconsultas</b>	pendiente			
Medicina		310		
Cirugía		367		
Gineco-Obstetricia		588		No
Psiquiatría				
Psicología				
<b>Servicios</b>	<b>Producción</b>			
	<b>Unidad de Producción</b>	<b>2008</b>	<b>2008 logro</b>	<b>2009 tendencia</b>
Oftalmología				
Trabajo Social				
<b>C. Hospitalización</b>	Egresos		<b>11631</b>	<b>12776</b>
	Días estancia		44841	47102
▪ Medicina Interna		1,019	1047	1131
▪ Cirugía General		1,470	1524	1633
▪ Ginecología		464	593	542
▪ Obstetricia		1,934	1927	1791
▪ Partos vaginales (Puerperio)	Nº de partos vaginales	3,056	3199	3406
▪ Psiquiatría		255	168	209
▪ Ortopedia		298	357	374
▪ Neumología		583	518	649
▪ Cardiología		260	300	388
▪ Pediatría		2451	1520	2181
▪ Neonatología		337	478	472
<b>Corta Estancia</b>			<b>3672</b>	<b>2690</b>
▪ Infantil		643	1255	673
▪ Adulto		2,414	2417	2017
<b>D. Servicios Quirúrgicos</b>				
Intervenciones quirúrgicas (Salón de operaciones y partos)				
▪ Total de cirugías	Intervenciones		3354	<b>3327</b>
▪ Ambulatorias		517	696	664
▪ Cirugías electivas		800	911	888
▪ Cirugías de urgencia		1,981	1747	1775
▪ Cirugía General		733	941	914
▪ Cirugía de mano		Lb	14	60
▪ Cirugía Plástica		70	38	33
▪ Ginecología		1,231	1088	1037
▪ Partos por cesárea	Nº de partos por cesárea	924	861	926
▪ Partos vaginales	Nº de partos vaginales	2,527	2669	3054
▪ Proctología		46	27	26
▪ Otorrinolaringología		58	44	37

▪ Máxilo Facial		15	12	16
▪ Oftalmología		6	3	3
▪ Ortopedia		109	125	109
▪ Urología		77	201	165
<b>E. Vacunación</b>	Dosis aplicadas		<b>14009</b>	<b>13523</b>
Hospital				
▪ BCG		3000	3566	3570
▪ Rubéola (MR)		250	1395	1395
▪ Toxoide		900	1375	1380
▪ Influenza		3000	545	545
▪ Otras		800	7,128	
<b>F. Odontología</b>				
Total de Consultas		1,231	1155	1232
Primeras Consultas		621	836	836
Procedimientos en sillón		232		
Actividades realizadas	Actividades	7,420	7013	8455
Preventivas		<b>4,260</b>	<b>4667</b>	<b>4968</b>
▪ Diagnóstico Bucal		841	801	
▪ Profilaxis		140	97	97
▪ Aplicación de fluor		114	95	95
▪ Otras técnicas preventivas buco dentales		3,165	3674	3674
Curativas		<b>3,160</b>	<b>3246</b>	<b>3477</b>
▪ Exodoncias		242	213	213
▪ Cirugías Buco dentales		267	541	
▪ Restauraciones		133	72	
▪ Periodoncia		141	93	
▪ Resina		66	72	
▪ Otras actividades curativas		2,311	2255	
<b>G. Laboratorio</b>				
. Exámenes de laboratorio	Exámenes (Estudios)	150,754	148943	173086
Pruebas de laboratorio	Análisis	1,322,374	1387881	1516325
Pacientes ambulatorios		24,053	18350	18350
. Pacientes hospitalizados		70,051	81752	81752
Pacientes de urgencia		56,650	48841	48841
<b>H. Banco de Sangre</b>				
. Donantes atendidos	Pacientes	1,220	1440	<b>1440</b>
. Donaciones	Pintas extraídas	1,102	1367	1367
Pintas Integras Transfundidas		934	788	1308

<b>I. Farmacia</b>				
Medicamentos despachados	Medicinas	346,954	314004	348305
▪ Ambulatorio		13,417	31839	31839
▪ Hospitalizados		305,614	227732	227732
▪ Urgencia		27,923	54433	54433
<b>J. Fisioterapia</b>				
Pacientes	Pacientes	7,332	7940	8144
Tratamiento	Modalidades	48,170	48054	48054
<b>K. Estudios Especiales</b>				
Electrocardiograma	Estudios	1000	832	1045
Eco – cardiograma		223	234	350
Prueba de esfuerzo (Ergonometría)		84	85	121
Ultrasonografía obstétrica		1,957	1566	2067
Colposcopia		200	151	118
Colonoscopia			N0	No
Cistoscopia		24	25	25
Endoscopia		158	111	164
Monitoreo Fetal		12,132	8274	10270
Rinoscopia		223	227	225
Impedanciometría	No se dio el servicio	94	0	0
Audiometría		184	231	214
Terapia de Voz		164	283	192
Espirometría		23	37	39
<b>L. Terapéutica Especial</b>				
Quimioterapia	Tratamientos	226	307	287
<b>M. Dietética</b>				
. Raciones servidas	Raciones	123,676	128,447	124,754
. Pacientes	Pacientes	57,736	58,293	58,293
. Personal		69,967	69,249	69,249
. Familiares		623	905	905
. Mamaderas servidas		18,076	19,759	19,759
<b>N. Imagenología</b>				
. Total de pacientes atendidos			27538	30192
. Total de placas tomadas	Placas	35,523	37,667	38,608
. Ultrasonografía	Estudios	4,795	2799	3768
. Tomografía computarizada	Estudios	518	981	932
. Placas panorámicas odontológicas		134	185	199
. Mamografías		525	655	819
<b>O. Inyecciones</b>	Dosis aplicadas	<b>207,809</b>	<b>177,521</b>	<b>133,929</b>
Salas		193,585	14,8977	150,000
Cuarto de Urgencia	Inyecciones aplicadas	14,213	28,544	30,000
Consulta externa			N0	

<b>P. Inhaloterapias</b>	Nebulizaciones	<b>31,215</b>	<b>42211</b>	<b>20998</b>
Urgencia		9,806	17,442	17,442
Hospitalización		21,409	24,769	25,000
<b>Q. Patología</b>	Estudios			
Citodiagnóstico		14,345	14,392	25,202
Histológicos		3,871	4,366	4,366
Biopsias		1,970	1,085	1,085
Necropsias		3	7	7
<b>R. Servicios de Urgencia</b>	Consultas	<b>60,592</b>	<b>61,794</b>	<b>65,560</b>
Urgencia General		51,757	58,938	60,000
Urgencia Gineco – Obstétrica		8,835	2,856	3,000
▪ Curaciones	Casos	4,132	7,495	6,899
<b>S. Lavandería ** Sólo hasta octubre</b>	Libras de Ropa	283,860	22,4454	22,4696
<b>T. Costurería</b>				
▪ Ropa reparada		302	863	334
▪ Ropa confeccionada		7,507	12,446	11,423
<b>U. Central de Esterilización</b>	Bandejas esterilizadas			
	Paquetes confeccionados	90,009	111,313	110,449
<b>V. Servicios de Ambulancia</b>	Transportes realizados( Traslados)	760	640	701

**ANEXO 2**  
**Evaluación del Desempeño de las funciones del Hospital**

**GESTIÓN:**

<p><b>GESTION HOSPITALARIA</b></p>	
<p><b>H-1♥ Construcción e implementación de cuadros de mando a nivel hospitalario</b></p>	<p><b>PROPOSITO:</b></p> <p>La construcción e implementación de cuadros de mando como una herramienta importante y parte de la gestión moderna de los hospitales para la toma adecuada de decisiones relacionadas con Producción de servicios y calidad, Económico financieros y recursos disponibles.</p> <p>Cada institución se compromete al número de cuadros de mando que pueda cumplir en cada periodo, sin restar importancia a la elaboración e implementación del resto.</p> <p><b><u>ELEMENTOS DE MEDICIÓN</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar y analizar los de cuadros de mando trimestralmente de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Producción de servicios</li> <li>- Calidad</li> <li>- Económico financieros</li> </ul> </li> <li>• Elaborar un plan de toma de decisiones según resultado del análisis del cuadro de mando.</li> </ul> <p>Meta 90%</p> <p> <input type="checkbox"/> 1               <input type="checkbox"/> 2               <input type="checkbox"/> 3               <input style="border: 2px solid blue;" type="checkbox"/> NA         </p>

<p><b>PH-2♥ Porcentaje de Abastecimiento</b> Medicamentos Insumos Medicoquirúrgicos</p>	<p>PROPOSITO: Existencia de Abastecimiento</p> <p>ELEMENTOS DE MEDICIÓN</p> <p>Inventario de Medicamentos e Insumos Medicoquirúrgicos semestral</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p> <p>Abastecimiento de medicamentos según cuadro básico X 100</p>
	<p>Total de medicamento del cuadro básico</p> <p>Abastecimiento de medico quirúrgico según el cuadro básico</p>
	<p>Total de médico quirúrgico del cuadro de mando</p>
	<p>Meta 90%</p>

<p>ACA.15 Se registra la lista de espera total de pacientes para procesos médicos, quirúrgicos y productos intermedios</p>	<p><b>Propósito</b></p> <p>Análisis de la situación actual de las listas de espera en los hospitales</p> <p>Se registra la Lista de espera Total de la Instalación y se desagrega en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• total del hospital,</li><li>• cada servicio/ unidad médica</li><li>• Cada servicio/ unidad quirúrgica</li><li>• cada procedimiento</li><li>• cada producto intermedio</li></ul> <p><b>Elementos de Medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Creación de listas de espera (Agregadas y desagregadas) e inclusión en cuadro de mando</li><li>- Análisis de la lista de espera</li><li>- Estrategias de intervención</li><li>- Evaluación de la intervención</li></ul> <p><b>Indicador</b></p> <p><b>Línea Base</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>
--	--



<p>ACA. 22 Evidencia de la Comisión Evaluadora del Surco instalada y funcionando</p>	<p><b>Propósito</b> Existencia y funcionamiento adecuado de la comisión.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Evidencias del funcionamiento de la comisión.(actas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Informe del detalle de las acciones del SURCO.</li> <li>○ Conformación de la comisión evaluadora del SURCO instalada(Compromiso por escrito)</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 para 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 contra referencias (instrumento SURCO).</li> <li>○ flujo de surco distribuido en las áreas estratégicas(C. Externa, salas, urgencia)</li> </ul> <p><b>Indicador</b> <b>Cumplimiento de todas las actividades anteriormente mencionada dentro de la comisión de surco</b></p> <p><b>Meta 80% de cumplimiento de cada una de las actividades</b></p> <p><b>comisiones evaluadoras conformadas e instaladas, reuniones realizadas/reuniones programadas número de miembros que participan/número de miembros de la comisión, monitoreos realizados /monitoreos programados, resultados de los monitoreos</b></p> <p> <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p>
--	--

<p>ACA.23 ♥ Utilización adecuada del formulario normado de SURCO. Meta 75% del uso adecuado del instrumento</p>	<p><b>Propósito</b> <b>Cumplir correctamente el llenado del documento de referencia y contra-referencia (SURCO).</b>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultado de la auditoria de expedientes (contra-referencias/referencias x 100.</li> <li>- Análisis de resultados por la comisión de SURCO</li> <li>- Estrategias de intervención</li> <li>- Evaluación de la intervención</li> </ul> <p><b>Indicador auditoria semestral del instrumento</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
<p>EP.4 Se cuenta con servicios de laboratorio para atender las necesidades de los pacientes, todos estos servicios cumplen con la normativa y las leyes y estándares locales y nacionales.</p>	<p>Propósito</p> <p><b>Brindar servicios de laboratorio de acuerdo con las necesidades de los pacientes.</b></p> <p><b>Si no se dispone de servicios de laboratorio se deben realizar gestiones para la realización de la prueba en el momento oportuno.</b></p> <p>Elementos de Medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartera y producción de laboratorio según procedencia.</li> <li>- Evidencia de un procedimiento que permita acceder a los servicios de laboratorio (Acuerdos, coordinaciones y compra de servicios que se establecen con otras entidades de salud.)</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>

<p>Servicios de radiología y diagnóstico por la imagen</p>	
<p>EP.6 Se dispone de servicios de radiología para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la normativa, leyes y estándares vigentes locales y nacionales.</p>	<p>Propósito  <b>Brindar servicios de Radiología de acuerdo con las necesidades de los pacientes.</b>  <b>Si no se dispone de servicios de Radiología se deben realizar gestiones para la realización de la prueba en el momento oportuno.</b></p> <p>Elementos de Medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cartera y producción del servicio del diagnostico por imagen según procedencia.</b></li> <li>- <b>Evidencia de las indicaciones que se le da al paciente por escrito</b></li> </ul> <p> <input type="checkbox"/> 1                <input type="checkbox"/> 2                <input type="checkbox"/> 3                <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA         </p>
<p>EP.7 Personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia realizan los test e interpretan los resultados.</p>	<p>Propósito  <b>Los test de diagnóstico por imagen y laboratorio son realizados por personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia.</b></p> <p>Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de informe de Recursos Humanos que incluya como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificado de Idoneidad profesional</li> <li>- Constancia de asistencia o participación en curso y jornadas de capacitación o actualización.</li> </ul> <p><b>Indicador</b>  <b>Nº de recurso humano que cumple con su evidencia</b>  <hr/> <b>Total del recurso humano del área</b>                  Meta 100%</p> <p> <input type="checkbox"/> 1                <input type="checkbox"/> 2                <input type="checkbox"/> 3                <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA         </p>

Violencia doméstica	
<p>EP.9 ♥ Comunicar los casos sospechosos de violencia domestica</p>	<p>Propósito  <b>Comunicar a las autoridades oportunas los casos sospechosos de violencia domestica en cumplimiento de la actual normativa</b></p> <p>Elementos de medición          - <b>Número de casos comunicados de violencia domestica × 100. Denominador: Número de casos con sospecha de violencia doméstica</b></p> <p>Meta 100 % (se comuniquen) al ministerio público</p> <p> <input type="checkbox"/> 1               <input type="checkbox"/> 2               <input type="checkbox"/> 3               <input checked="" type="checkbox"/> NA         </p>

<p>Uso del medicamento</p>	
<p>Selección y Obtención de medicamentos</p>	
<p>AP.8 ♥ Existe un Plan de Gestión y Uso seguro de los medicamentos.</p>	<p>Propósito:  <b>Gestionar el uso seguro de los medicamentos. La Gestión en el uso del medicamento uso de medicación se organiza de manera eficaz para atender las necesidades del paciente.</b></p> <p><b>El uso del medicamento por sus características debe protocolizarse en los siguientes puntos críticos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selección y obtención</li> <li>2. Almacenamiento</li> <li>3. Prescripción y transcripción</li> <li>4. Preparación y dispensación</li> <li>5. Administración</li> <li>6. Monitorización</li> <li>7. Elemento de medición</li> </ol> <p><b>Informe de monitoreo trimestral de los 6 puntos críticos.</b></p> <p>Nº de informe de monitoreo realizado</p> <hr/> <p>Total de informe de monitoreo programado          Meta 100%    <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
<p>AP. 9 ♥ Existe un Plan para la Selección de medicamentos y obtención de medicamentos con criterios de calidad.</p>	<p>Propósito:  <b>La selección y obtención de medicamentos debe realizarse con criterios de calidad. Para ello es imprescindible disponer de datos de la calidad de los medicamentos adquiridos.</b></p> <p>Elemento de medición</p> <p><b>Informe de gestión que evidencia la compra de medicamentos con registro sanitario vigente.</b></p> <p>Informe mensual de gestión de medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>

<p><b>GMC.3</b>  <b>El Director del Hospital los Jefes de departamentos y/o servicios médicos, determinan y utilizan los principales indicadores de gestión de calidad, prestación de servicios (Producción) monitoreo y supervisión de procesos para la toma de decisiones.</b></p>	<p><b>Propósito</b>  Monitorizar (medir y Comparar) y con arreglo a ello tomar decisiones de mejora</p> <p><b>Elemento de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción y manejo actualizado de los cuadros de mando</li> <li>• Decisiones basadas en el uso del cuadro de mando a nivel de departamentos y a nivel hospitalario.</li> </ul> <p><b>Supervisión Clínica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <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>○ empleo de anestesia.</li> <li>○ utilización de sangre y derivados sanguíneos.</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> </ul> <p><b>Monitorización de la gestión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Informar de las actividades con arreglo a la ley y normativa.</li> <li>○ gestión del riesgo.</li> <li>○ gestión de la utilización.</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> </ul> <p><b>Monitorización de la Seguridad de los Pacientes, familias y personal:</b></p> <p>Vigilancia, control y prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad de los pacientes, las familias y el personal.Indicador:</p> <p>Nº de jefes que utilizan los cuadros de mando</p>
	<p>Total de jefes de los departamentos y servicios(total de 10 jefes)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA </p>

<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>Propósito  <b>El objetivo del Convenio de Gestión es cumplir la misión del MINSA a través del cumplimiento de diferentes objetivos.</b></p> <p><b>La herramienta básica para alcanzar los objetivos es el ciclo de mejora continua DPCA</b></p> <p>Elementos de Medición</p> <p><b>Uso del ciclo PDCA como herramienta de mejora continúa de la calidad en los problemas detectados por lo menos en dos.</b></p> <p>Responsable La comisión de calida</p> <p> <input type="checkbox"/> 1               <input type="checkbox"/> 2               <input type="checkbox"/> 3               <input checked="" type="checkbox"/> NA         </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></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>Para evaluar hay que comparar</b></p> <p><b>El objetivo del análisis de datos es poder comparar una organización de 4 maneras:</b></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><b>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.</b></p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <p>Evidencia de reuniones de directores de Hospital y planificadores bimestralmente.</p> <p><b>Evidencia de las comparaciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Porcentaje de ocupación</li><li>- Giro de cama</li><li>- Días de estancia</li></ul> <p><b>Uso de las comparaciones para la mejora.</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
--	---



<p><b>GLD.7 Plan Presupuestario acorde al Plan Operativo anual del Hospital</b></p>	<p><b>Propósito</b>  <b>Plan de Inversión ajustado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En función de la asignación presupuestaria: Detalle del avance o cumplimiento de acuerdo al plan operativo anual.</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existencia de anteproyecto de presupuesto sustentado con el plan operativo anual.</li> <li>- Porcentaje de ejecución presupuestaria.</li> </ul> <p> <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA </p>
<p><b>GLD.8 Planes Operativos anual de salud (POA).</b></p>	<p><b>Propósito</b></p> <p>Los planes operativos anuales son necesarios para la gestión adecuada y la correcta administración de los recursos.</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Existencia del Plan</b></li> <li>- <b>% de cumplimiento del Plan</b></li> <li>- <b>Meta de cumplimiento del plan: 100%</b></li> </ul> <p> <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA </p>

<p><b>GEFL.3 ♥ La organización establece incentivos a la mejora de la eficiencia</b></p>	<p><b>Propósito</b>                  Los ahorros en los presupuestos sombra anuales de los diferentes servicio unidades de prevención, promoción o asistencia son reinvertidos en la misma con el fin de mejorar la misión.                  Se tienen en cuenta las indicaciones de los responsables de le mejora de la eficiencia (ahorro) en l destino de los recursos monetarios. Ejemplo: Capacitación, asistencia a Cursos y Congresos, Herramientas informáticas para cumplir mejor la misión, Libros relacionados con su función en la organización. Etc.                  Los recursos comprados por este método serán propiedad d la organizaron.                  En todo caso se cumplirán las leyes y normativas</p> <p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de cumplimiento de este objetivo</p> <p><b>Indicador</b>                  Elaboración de un programa de incentivo a los Departamentos                  80% de cumplimiento del programa de incentivos</p> <p> <input type="checkbox"/> 1                       <input type="checkbox"/> 2                       <input type="checkbox"/> 3                       <input checked="" type="checkbox"/> NA                 </p>
--	---

<p><b>GEFL.12</b> Evidencia de la documentación oportuna para la facturación de la compensación por servicios prestados a asegurados atendidos en las instalaciones del MINSA.</p>	<p><b><i>Propósito</i></b>                  La facturación correcta de los servicios prestados a terceros es esencial para ingresar los recursos monetarios correspondientes.                  La facturación a la CSS en ocasiones debe facturarse por actividades y no consultas.                  Debe de realizarse un plan que permita la facturación de servicios a terceros como la CSS. El Plan debe incluir datos que permitan medir más adecuadamente el producto hospitalario; en el caso de hospitalizaciones la medición del producto hospitalario (case-mix, GRDs, PMCs) tiene una gran repercusión económica por lo que deben de iniciarse un Plan para su medición.                  En el caso de Consultas externas, aunque existen criterios de medición del case-mix so de menos implantación por lo que se puede establecer una ponderación para cada especialidad y/o si se trata de primeras consultas o segundas. En el caso de consultas sucesivas debe establecerse una ratio primeras/ sucesivas.                  Los productos intermedios como laboratorios, imagenología deben de facturarse con tarifas específicas.                  Para una correcta facturación es imprescindible recoger toda la actividad realizada en un único Servicio de Admisión, Consultas y Citaciones (REMES) y Archivos. En el caso de la medición del Case Mix es ineludible la recogida del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos).</p> <p><b><u>Elementos de medición</u></b>                  Presentar número y porcentaje de actividades facturadas por servicios prestados a asegurados en instalaciones de MINSA.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1                       <input type="checkbox"/> 2                       <input type="checkbox"/> 3                       <input checked="" type="checkbox"/> NA                 </p>
--	--

**ORGANIZACIÓN:**

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
<p><b><i>Convenio de Gestión</i></b></p> <p><b>GLD.1 ♥ El Director del Hospital los Jefes de departamentos y/o servicios médicos y administrativos, cumplen los objetivos del Convenio de Gestión.</b></p>	<p>Propósito</p> <p>Los responsables del cumplimiento del Convenio de Gestión cumplen los objetivos del mismo. Para ello facilitan los recursos humanos, materiales necesarios, y fija las políticas y estrategias que lo facilitan.</p> <p>Mensualmente evalúa el estado de los objetivos, y en su caso adopta las medidas necesarias para el cumplimiento.</p> <p>Elementos de Medición</p> <p>Evidencia del cumplimiento Convenio de Gestión</p> <p><b>Indicador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenciar un pacto de cumplimiento por escrito del convenio de gestión, entre la dirección y los diferentes servicios y departamentos del hospital.</li> <li>- Evaluación mensual del cumplimiento de lo pactado entre la dirección y los diferentes servicios y departamentos del hospital.</li> </ul> <p> <input type="checkbox"/> 1               <input type="checkbox"/> 2               <input type="checkbox"/> 3               <input checked="" type="checkbox"/> NA         </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
<p><b>GLD.5 Plan de Recursos Humanos</b></p>	<p>Propósito</p> <p><b>Los Jefes de departamentos y/o servicios médicos, técnicos y administrativos, son los responsables de planificar los recursos humanos necesarios, su titulación, y de las políticas relacionadas con los mismos como la evaluación del desempeño y capacitación en coordinación con el departamento de Recursos Humanos.</b></p> <p>Elementos de medición</p> <p><b>Diagnóstico de necesidades del Recurso Humano Actualizado</b></p> <p><b>Existencia del Plan de RRHH</b></p> <p><b>Cronograma de evaluaciones al desempeño y resultados</b></p> <p><b>Presentar en conjunto con la unidad de docencia Hospitalaria la capacitaciones del Recurso humano en un cronograma y evaluar el mismo por cumplimiento</b></p> <p><b>Indicador</b></p> <p><b>Resultados del diagnóstico</b></p> <p><b>Plan elaborado en función de los resultados del diagnóstico</b></p> <p><b>Cronograma de evaluación del desempeño del RRHH</b></p> <p><b>Permanente 1 vez al año</b></p> <p><b>Temporales según la duración de los contratos</b></p> <p><b>Cronograma de Capacitaciones del Recurso humano</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>
<p><b>Sistema de Gestión del Entorno</b></p>	
<p><b>GSI.1 Diseñar e implementar un Sistema de Gestión del Entorno que contenga los siete planes siguientes</b></p>	<p>Capacitar en la elaboración de planes para la gestión del entorno.</p> <p>Diseñar todos los planes de seguridad, Vigilancia, Materiales Peligrosos, Emergencias y Desastres, Incendios y Equipo Médico.</p> <p>Seguir ciclos DPCA en todos los planes.</p>
<p><b>Seguridad de las instalaciones</b></p>	

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
<b>GSI.1.1 Plan de Seguridad</b>	<p>Propósito  <b>Que los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes.</b></p> <p>Elementos de medición  <b>Diagnóstico inicial</b>  <b>Elaboración de Plan de Seguridad</b>  <b>Implementación del plan</b>  <b>Monitoreo y evaluación</b></p> <p><b>Indicador</b>  <b>Evidencia del diagnóstico</b>  Evidencia del plan de seguridad  Cumplimiento del plan en un 90% como meta de las actividades programadas</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>
<b>Vigilancia de las instalaciones</b>	
<b>GSI.1.2 Plan de Vigilancia</b>	<p>Propósito  <b>Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de posibles lesiones o pérdidas.</b></p> <p>Elementos de medición  <b>Diagnóstico inicial</b>  <b>Elaboración de Plan de Vigilancia</b>  <b>Implementación del plan</b>  <b>Monitoreo y evaluación</b></p> <p><b>Indicador</b>  <b>Evidencia del diagnóstico</b>  Evidencia del plan  <b>Cumplimiento del ese plan en un 80% de las actividades programadas</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>
<b>Materiales y residuos peligrosos</b>	

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
<p><b>GSI.1.3 ♥ Plan de Manejo Materiales Peligrosos</b></p>	<p>Propósito  <b>Se controla la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales radioactivos, entre otros, y se eliminan adecuadamente los residuos peligrosos.</b></p> <p>Elementos de medición  <b>Diagnóstico inicial</b>  <b>Elaboración de Plan de Manejo de materiales Peligrosos</b>  <b>Implementación del plan</b>  <b>Monitoreo y evaluación</b></p> <p><b>Indicador</b></p> <p>Evidencia del diagnóstico  Evidencia del plan de materiales peligrosos  <b>Cumplimiento de ese plan en un 90% de las actividades programadas</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>
<p><b>Emergencias y Catástrofes</b></p>	

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
<p><b>GSI.1.4 ♥ Plan Operativo Regional de Emergencias y Desastres.</b></p>	<p>Propósito El comité de de emergencias y desastres y la dirección del Hospital son los responsables de aprobar el Plan de Emergencias internas y externas (plan de emergencias y desastres) y epidemias de acuerdo a los lineamientos del SISED. (Ver función GSI).</p> <p>Elementos de medición Acta de conformación Comité de Gestión de Riesgo Hospitalario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronograma de Actividades del Comité de Gestión de Riesgo.( Divulgación del plan ,Simulacros)</li> <li>• Existencia del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED.</li> <li>• Monitoreo y evaluación Evidencia de la documentación</li> </ul> <p><b>Indicador</b> <b>Evidencia del diagnóstico</b> Evidencia del plan Cronograma de las actividades divulgación Del plan a 90%del recurso humano</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA         </p>
<p><b>Seguridad ante el fuego y el humo</b></p>	
<p><b>GSI.1.5 ♥ Plan de Seguridad contra incendios.</b></p>	<p>Propósito <b>Se protege al edificio y a sus ocupantes del fuego y del humo.</b></p> <p>Elementos de medición Diagnóstico inicia <b>Elaboración de Plan de Seguridad contra incendios</b> <b>Implementación del plan</b> <b>Monitoreo y evaluación</b></p> <p><b>Indicadores</b> <b>Evidencia del diagnóstico</b> <b>Evidencia del plan y cumplimiento del plan en un 80% de las actividades `programadas</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA         </p>



<b>Equipamiento biomédico</b>	
<b>GSI.1.6 ♥ Plan de Equipo Médico.</b>	<p>Propósito  <b>El Equipo médico se selecciona, se mantiene (preventiva y correctivamente) y se utiliza de manera que se reduzcan los riesgos.</b></p> <p>Elementos de medición  <b>Diagnóstico inicial</b>  <b>Elaboración de Plan de Equipos Médicos</b>  <b>Implementación del plan</b>  <b>Monitoreo y evaluación</b></p> <p><b>Indicadores</b>  <b>Evidencia del diagnóstico</b>  <b>Evidencia del plan</b>  <b>Cumplimiento del plan en un 80% de las actividades programadas</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>
<b>Instalaciones 7</b>	
<b>GSI.1.7 Plan de Instalaciones (servicios Básicos)</b>	<p>Propósito  <b>Los sistemas eléctricos y de abastecimiento de agua, entre otros, se mantienen (preventiva y correctivamente) para minimizar el riesgo de fallos de funcionamiento.</b></p> <p>Elementos de medición  <b>Diagnóstico inicial</b>  <b>Elaboración de Plan de Instalaciones</b>  <b>Implementación del plan</b>  <b>Monitoreo y evaluación</b></p> <p><b>Indicadores</b>  <b>Evidencia del diagnóstico</b>  <b>Evidencia del plan elaborado</b>  <b>Evidencia del cronograma de prevención y corrección</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>

<p>FCP.1 Plan de capacitación</p>	<p>Propósito</p> <p>Plan de capacitación global de la organización, que tenga al menos, en cuenta:</p> <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> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico de necesidades de capacitación por jefes de departamentos, coordinadores docentes y RH</li> <li>- Elaboración de un plan anual de capacitación</li> <li>- Monitoreo y evaluación (Avances y % de cumplimiento del plan incluye listas de asistencia).</li> <li>- <b>Indicadores</b></li> <li>- <b>Evidencia del diagnóstico</b> de necesidades de capacitación por jefes de departamentos, coordinadores docentes y RH Evidenciar un plan de capacitación que incluya todo los departamentos</li> <li>- <b>Número de capacitaciones del Recurso humano realizadas por departamento y/o secciones /Total de capacitaciones del Recurso humano programadas por departamento y/o secciones</b></li> <li>- <b>Número de recurso humano capacitados/Total de Recurso Humano</b> Meta: 80% de cumplimiento de lo programado</li> </ul> <p> <input type="checkbox"/> 1               <input type="checkbox"/> 2               <input type="checkbox"/> 3               <input type="checkbox"/> NA         </p>
-----------------------------------	--

<p>FCP.3 Se evalúa el desempeño de los profesionales de la organización</p>	<p>Propósito La evaluación del desempeño de los profesionales es básica para que las personas cumplan adecuadamente su papel en la organización. Los resultados de la evaluación se usan para mejorar. En todo caso se respetaran la normativa vigente</p> <p>Elementos de Medición <b>Numerador:</b> Numero de profesionales a los que se ha evaluado el desempeño × 100. <b>Denominador:</b> Número total de profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis de resultado de evaluación de desempeño</li> <li>- Decisiones tomadas en base a los resultados de evaluación del desempeño.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>
<p><b>Unidades docentes</b></p>	
<p>FCP.4 Unidades de Docencia del Hospital (UDH) conformadas y funcionando.</p>	<p>Propósito La UDH es las responsable de: Detectar las necesidades de capacitación Hospitalaria para cumplir con el Convenio de Gestión y otros lineamientos estratégicos. El medio adecuado para verificar que la capacitación ha sido asimilada es la evaluación.</p> <p>Elementos de Medición Reactivación de la UDH por medio de un acta de compromiso. Evidencias de implementación (actas, lista de asistencia e informes, evaluaciones)</p> <p><b>Indicadores</b> <b>UDH reactivada y funcionando y evidenciarlo con acta</b> <b>Elaboración del POA y evidenciarlo</b> <b>Cumplimiento en un 80% de las actividades programadas en el plan</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>
<p><b>Planificación</b></p>	

<p>GIU.1 Plan de información</p>	<p>Propósito</p> <p>Para la toma de decisiones adecuadas es necesario obtener información de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Producción de servicios médicos, técnicos y administrativos</li> <li>• Estado de las finanzas</li> <li>• Estados contables</li> <li>• Recursos humanos</li> <li>• Logística e insumos</li> <li>• Gestión</li> </ul> <p>Todos estos elementos deben de ser tomados en cuenta a través de la redacción periódica de informes, es necesario definir la información básica requerida para cada dependencia, elementos que alimentarán el cuadro de mando de la gestión general del hospital.</p> <p>Elementos de Medición</p> <p>Realización del Plan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir las necesidades de información básica a recabar y su verificación.</li> <li>• Gestión de automatización del sistema de información</li> <li>• Periodicidad de informes</li> </ul> <p>Cumplimiento de entrega de informes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p> <p><b>Indicador</b></p> <p><b>Informe trimestral de toda la información, evaluarla y monitorear a la gestión</b></p>
<p>GIU.1.1 Seguridad de la información</p>	<p>Propósito</p> <p>El plan incluye la manera de mantener la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información.</p> <p>Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de inclusión de aspectos relacionados con la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información en Plan de Información</p> <p><b>Indicadores</b></p> <p><b>Elaboración de un plan y evidenciarlo y mantener un 80 % de las actividades cumplidas</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>

<p>PH 3 ♥ Historia clínica única</p>	<p>Propósito</p> <p>La historia clínica es la fuente de información de una actividad básica del hospital. Es necesario utilizar una historia clínica única para los <b>hospitales nacionales</b>, con una documentación, información y organización uniforme.</p> <p><b><u>Elementos de medición</u></b></p> <p>La historia de admisión que le realiza a todos los pacientes Auditoria de expediente</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.1.1.1 Se protege la información y los archivos de la pérdida, destrucción y del acceso o uso indebido o no autorizado.</p>	<p>Propósito</p> <p>Las historias del paciente y otros datos e información están seguros y protegidos en todo momento. Por ejemplo, las historias clínicas vigentes se guardan en áreas a las que sólo puede acceder el personal autorizado y los archivos se mantienen en lugares protegidos del calor, el agua, el fuego u otros. La organización también contempla el acceso no autorizado a información electrónica e implementa procesos para evitar su acceso.</p> <p>Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de informe de gestión en contra de la pérdida, destrucción, manipulación, uso o acceso desautorizado de la información y/o archivos.</p> <p><b>Indicador</b></p> <p><b>Monitoreo semestral con una hoja de cotejo que evidencia la situación (AUNQUE NO HAYA) Evidencia de informe negativos por alguna situación ocurrida</b></p> <p><b><u>Informe de situación solucionada</u></b> <b><u>Informe de situación negativos reportada</u></b></p> <p>Monitoreos programados/ monitoreos realizados Tipos de situaciones encontradas Meta 90 % de solucionada</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>

<b><i>Códigos de información</i></b>	
<p>GIU.2 La organización utiliza códigos diagnósticos, códigos de procedimientos, símbolos y definiciones estandarizadas.</p>	<p>Propósito La terminología, las definiciones, el vocabulario y la nomenclatura estandarizada facilitan la comparación de los datos y de la información entre las organizaciones y dentro de ellas. El uso uniforme de códigos de diagnóstico y de procedimiento apoya el análisis y la recogida de datos. Las abreviaturas y símbolos también están estandarizados con arreglo a los estándares locales y nacionales reconocidos. (Se refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE).</p> <p>Elementos de Medición Se utilizan códigos de diagnóstico estandarizados.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se utilizan códigos de procedimiento estandarizados.</li> <li>2. Se utilizan símbolos y definiciones estandarizados.</li> </ol> <p><b>Indicadores</b> <b>Auditoria realizadas</b> <b>Meta 100% del uso de los código</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1                <input type="checkbox"/> 2                <input type="checkbox"/> 3                <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA         </p>
<b><i>Subsistemas de información</i></b>	
<p>GIU.6 Mantener actualizados los subsistemas de información en salud Hospitalaria en todos sus componentes (clínico asistencial, de participación social, de gestión, recursos humanos, financieros y contables). (Incluye GIU7-GIU8.4)</p>	<p>Propósito Evidenciar la existencia del subsistema de información estadístico, boletines, instrumentos de informes de participación social, de gestión, sistema de información financiera y contable, como de evaluación del recurso humano</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de registro que componen el subsistema estadístico clínico asistencial.</li> <li>• 1 Boletín Estadístico Anual 2008.</li> <li>• Instrumentos de registros de informes actualizados de participación social con compromisos por parte de la comunidad.(línea base)</li> <li>• 4 Informe de evaluación de la gestión.</li> <li>• 1 Informe de evaluación del Recurso Humano.</li> <li>• 4 Informes de resultados de ejecución financiera, contable.</li> </ul> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1                <input type="checkbox"/> 2                <input type="checkbox"/> 3                <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA         </p>

<b>Facturación a terceros</b>	
<b>GEFL.7 ♥ Se factura correctamente a terceros</b>	<p>Propósito</p> <p>La facturación correcta de los servicios prestados a terceros es esencial para ingresar los recursos monetarios correspondientes.</p> <p>La facturación a la CSS en ocasiones debe facturarse por actividades y no consultas.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar número y porcentaje de actividades facturadas por servicios prestados a asegurados en instalaciones de MINSA.</li> <li>- Evidencia de la documentación oportuna para la facturación de la compensación por servicios prestados a asegurados atendidos en las instalaciones del MINSA.</li> <li>-</li> </ul> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input type="checkbox"/> NA         </p>
<b>GEFL.11 ♥ Los stocks se ajustan a las necesidades.</b>	<p>Propósito</p> <p>Adecuar los stocks a las necesidades. Tener en cuenta los suministros estratégicos o esenciales. Los stocks de medicamentos de acuerdo a las necesidades son estratégicos para la organización.</p> <p>Elementos de Medición</p> <p>Evaluación periódica de la adecuación de stocks a las necesidades</p> <p><b>Indicadores</b></p> <p><b>Nº de evaluaciones realizadas de los stock</b></p> <hr/> <p><b>Nº total de evaluaciones programadas</b></p> <p><b>Meta 85%</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input type="checkbox"/> NA         </p>

**PRODUCCIÓN:**

<p>ACA.25 Cubrir las necesidades de salud de la población y del ambiente de la región en función de la cartera de servicios y de la calidad de atención pactada, según consta en los ANEXO 1, garantizando el acceso a los servicios de salud, atendiendo las disposiciones reglamentarias del MINSA.</p>	<p>Propósito Establecer procedimientos basados en los recursos disponibles reales para pactar la producción de servicios de salud y mejorar el acceso de acuerdo a la cartera de servicios pactada</p> <p>Elemento de Medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de cumplimiento del nivel de actividad pactada de la cartera de servicios del Anexo 1</li> <li>• Indicadores de producción de servicios de salud Meta de 85% de cumplimiento de la cartera</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9 Gestión de la utilización de las instalaciones sanitarias</p>	<p>Los objetivos de Gestión de la Utilización se refieren en algún caso a hospitales (egresos, altas, etc.) pero en otros pueden ser relacionarse con hospitales y con otros niveles asistenciales (Ejemplo: Consultas externas, emergencias, etc.</p> <p><b>Indicador.</b> Cada unidad cumplirá aquellos que le correspondan</p>
<p>GIU.9.1 Pacientes ingresados en el hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad.</p> <p>Elementos de medición Nº de pacientes ingresados en el total del hospital y en cada servicio/ unidad. Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria.</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>



<p>GIU.9.2 Egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito                      Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p>Elementos de medición                      N° de egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad.                      Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria por tendencia lineal <b>12950 egreso</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.3 Estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito                      Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición                      Número de estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad. Periodicidad Mensual                      Indicador: Estancia media 4 días</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.4 Camas instaladas en el conjunto del hospital y en cada unidad/ servicio</p>	<p>Propósito                      Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición                      Número de camas totales instaladas en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En todo el hospital</li> <li>• En cada servicio/ unidad</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.5 Camas funcionales en el conjunto del hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito                      Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición                      Número de camas funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En todo el hospital 189 camas</li> <li>• En cada servicio/ unidad</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>

<p>GIU.9.6 Estancia media para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de días de estancia hospitalaria. Denominador: Número total de egresos</p> <p>Por tendencia lineal 3.6 días</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.7 Porcentaje de ocupación para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>85%</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización Lograr un 85% de índice ocupacional y cada servicio</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de días camas utilizado en el total de hospital / cada servicio o unidad 100. Denominador: Número de días cama disponible</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.8 Giro cama para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>Giro cama del hospital 4.5</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de egresos en el total del hospital o cada servicio/ unidad. Denominador: Número total de cama</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.9 Porcentaje de utilización de quirófanos de todo el centro y de y cada servicio/ unidad quirúrgica</p> <p>85% de utilización de quirófanos</p>	<p>Propósito Conocer la eficiencia en el uso de los quirófanos.</p> <p>Elementos de medición <b>Numerador:</b> Número de horas de quirófano utilizados en el total del centro y en cada servicio/ unidad. <b>Denominador:</b> Número total horas de quirófano disponibles en el total del centro y en cada servicio/ unidad.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>

<p>GIU.9.10 Porcentaje de egresos programados en el total del hospital y cada servicio/ unidad 85% de egreso</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición <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</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.11 Presión de urgencia <b>Que nos sugiere este indicador estamos iniciándolo desde octubre del año PASADO</b> <b>Nos sugiere que el volumen de pacientes debe ser cada día menor el que ingresa por el cuarto de urgencias y aumentar el de los programados Una mayor presión de urgencias suele suponer una mayor alteración de la actividad programada y, por consiguiente, mayor acumulación de lista de espera</b> La presión de urgencias suele ser superior al 50%</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición <b>Numerador:</b> Número de ingresos por urgencia × 100. <b>Denominador:</b> Número total de ingresos</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.12 Número de quirófanos  Actualmente 4 funcionando</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elemento de medición Nº de quirófanos</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.13 Porcentaje de intervenciones de cirugía ambulatoria para todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica <b>90 %</b></p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición <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</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>

<p>GIU.9.14 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica</p> <p><b>El 100 %?</b></p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición <b>Numerador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica X 100. <b>Denominador:</b> total intervenciones quirúrgicas</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.15 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.</p> <p>No más del 20% de suspensión</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de Medición <b>Numerador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas. <b>Denominador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas programadas x 100</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.16 Número de locales destinados a Consultas Externas</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de Medición Nº de locales destinados a las consultas externas del total de la instalación y de cada servicio/ unidad</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.17 Consultas externas totales y sucesivas en el total de la instalación y en cada especialidad/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de Medición Número de locales instalados</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.18 Tasa de retorno en consulta externa.</p> <p><b>VER CUADRO</b> <b>(Cual es el estándar que van usar para ser evaluados) el Hospital se ajusta según sus indicadores de años anteriores.</b></p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición <b>Numerador:</b> Número de consultas subsecuentes en el total del hospital y en cada servicio/ especialidad X 100. <b>Denominador:</b> Número total de primeras consultas.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>

<p><b>Productos intermedios</b></p>	
<p>GIU.9.19 Numero de ecografías, Tomografías, etc.</p> <p>VER CUADRO</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de Medición Informe con los datos solicitados</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.20 Otras actividades</p>	<p>Propósito Conocer la cartera de servicios de todos los procedimientos.</p> <p>Elementos de Medición Informe de la cartera de servicios de aspectos no contemplados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG, EMG, etc.,</li> <li>• Diálisis,</li> <li>• Radioterapia (campos, pacientes y sesiones)</li> <li>• Etc.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.21 Porcentaje de abastecimiento</p> <p>- Medicamentos</p> <p>- Insumo médico quirúrgico</p> <p>95%</p>	<p>Propósito Existencia de abastecimiento</p> <p>Elementos de medición Inventario de Medicamentos e insumo médico quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>

<b>Planificación</b>	
<b>GEF-L. 1 Plan del Sistema de Gestión Económico Financiero</b>	<p>Propósito Diseñar e Implementar un Sistema de Gestión Económico Financiero</p> <p>Elementos de medición Sistema de Gestión Económico Financiera elaborado e implementado</p> <p><b>Indicador</b> <b>Sistema de gestión económico elaborado y evaluado</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>
<b>Eficiencia</b>	
<b>GEF-L.-2 ♥ La organización mejora la eficiencia</b>	<p>Propósito Mejorar continuamente los niveles de eficiencia en el ejercicio de las funciones, sin menoscabo de la calidad de la provisión de los servicios de salud a la población y al ambiente</p> <p>Elementos de Medición Uso de indicadores de eficiencia Evidencia de medidas para mejorar la eficiencia Evaluación de la medida</p> <p><b>Indicadores</b> <b>Cuadro de mando con indicadores de eficiencia y evaluados Meta 85%</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> NA</p>

<p><b>Producto final hospitalario</b></p>	
<p><b>GEFL.6</b> <i>La organización mide el producto final hospitalario</i></p> <p><i>No aplica en este periodo para los hospitales</i></p>	<p>Propósito</p> <p>La organización mide del producto hospitalario mediante técnicas de agrupación de diagnósticos al alta en grupos isocoste tipo GRDs o similar.</p> <p>Para ello utiliza el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta (CMBD)</p> <p>Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de la medición del producto final hospitalario.</p> <p>Evidencia del uso del Producto Final Hospitalario para tomar decisiones de mejora</p> <p> <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA </p>

**CALIDAD**

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<i>Definición y respeto a los derechos</i>	
<p><i>DPF. 1</i> La organización aprueba, difunde y respeta los derechos de los pacientes.</p>	<p>Propósito</p> <p>Se reconoce y respetan los derechos de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> <li>•</li> </ul> <p>En todo caso respetar el Artículo 109 de la constitución y la Ley N° 68 y otras.</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <p>Realización de un Plan estratégico y operativo Implantación de los Planes.</p> <p><b>Indicador</b></p> <p><b>Elaboración del plan que cumpla con la ley 68 y cumplimiento de las actividades programadas</b> <b>META 95%</b></p> <p> <input type="checkbox"/> 1               <input type="checkbox"/> 2               <input type="checkbox"/> 3               <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA         </p>



<b>Objetivos</b>	<b>Propósitos y Elementos de medición</b>
<p>Consentimiento informado genérico al ingresar en la organización</p>	
<p>DPF. 3 Se obtiene un consentimiento Informado general cuando el paciente ingresa en la organización, previa normalización de este instrumento basado en las guías nacionales.</p>	<p><b>Propósito</b></p> <p>El consentimiento general se obtiene cuando el paciente entra en la organización. Los pacientes reciben información tanto de su alcance, como del diagnóstico y otras pruebas incluidas y de los tratamientos que se incluyen en el consentimiento.</p> <p>Cuando el paciente no pueda o no quiera tomar se informará y solicitará el consentimiento general a sus representantes de acuerdo a la Ley 68.</p> <p>No serán admisibles formulas jurídicamente nulas y atentatorias contra los derechos y libertades al exonerar genéricamente cualquier responsabilidad</p> <p><b>Elemento de medición</b></p> <p><b>Resultado de auditoría de expedientes: % de cumplimiento de los expedientes auditados.</b></p> <p> <input type="checkbox"/> 1                   <input type="checkbox"/> 2                   <input type="checkbox"/> 3                   <input checked="" type="checkbox"/> NA             </p>

Consentimiento Informado específico	
<p>DPF. 4 ♥ Se obtiene el consentimiento informado específico del paciente mediante un proceso definido por la organización y que conduce el personal pertinente.</p> <p>La información facilitada incluye</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. el tratamiento o técnica diagnóstica propuesta;</li> <li>2. posibles beneficios</li> <li>3. posibles riesgos</li> <li>4. posibles alternativas</li> </ol> <p>El consentimiento informado se obtiene antes de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las prácticas quirúrgicas o invasivas.</li> <li>2. La anestesia y Sedación Profunda.</li> <li>3. Del empleo de sangre y de derivados sanguíneos.</li> <li>4. De las prácticas o tratamientos de alto riesgo</li> <li>5. De la realización de ensayos clínicos</li> </ol> <p><b>Normalizar el consentimiento informado específico basado en las guías nacionales.</b></p>	<p>Propósito</p> <p>Los pacientes tienen el derecho a participar en las decisiones relacionadas con a asistencia. Para poder ejercer este derecho deben de ser informados en términos comprensibles.</p> <p>Una de las vías principales que se utilizan para la participación del paciente en la asistencia es mediante la entrega de un consentimiento informado. Para consentir, el paciente debe estar informado sobre el plan de asistencia, necesario para adoptar una decisión informada.</p> <p>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.</p> <p>El proceso de consentimiento está definido en normas y procedimientos de la organización. En ellas, se incorporan leyes y normativas relevantes. 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.</p> <p>Los miembros del personal designados reciben formación para informar a los pacientes y obtener y documentar un consentimiento del paciente. El mínimo es el contemplado en la ley N° 68.</p> <p>El objetivo para el año 2007 son los cinco procesos más frecuentes en cada centro y/o especialidad que precisen Consentimiento Informado.</p> <p>Elementos de medición</p> <p>% de cumplimiento de consentimientos informados específico basado en las guías nacionales en los expedientes auditados.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; border-color: blue;">NA</div> </div>

<b><i>Barreras de acceso</i></b>	
<p>ACA.10 La organización intenta limitar las barreras físicas, de idioma, culturales y cualquier otra barrera en el acceso y asistencia.</p>	<p><b>Propósito</b>                      Las instituciones sanitarias como el MINSA atienden menudo a comunidades con colectivos distintos. Puede tratarse de pacientes de edad avanzada, discapacitados, de hablas o dialectos distintos, de culturas diversas o presentar otras barreras que dificultan el proceso el acceso a los servicios sanitarios.                      La organización conoce esas barreras y ha introducido procesos que las eliminan o limitan durante el proceso de los servicios sanitarios. La organización persigue además, reducir el impacto de esas barreras en la provisión de servicios sanitarios.</p> <p><b>Elementos de medición</b>                      Diseño de un plan.                      Evidencia del % de cumplimiento del plan</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
<p>ACA.11 Porcentaje de áreas de las instalaciones de salud (consulta externa, fisioterapia, ortopedia, urgencias y laboratorio) que faciliten el acceso mediante adecuación de las estructuras arquitectónicas, rampas, manubrios, etc.</p>	<p><b>Elementos de medición</b>                      Elaboración de un diagnostico situacional  <b>Numerador:</b> Número de 3 áreas o servicio de salud que faciliten el acceso a pacientes discapacitados x 100.  <b>Denominador:</b> Total de áreas de salud  <b>META 100%</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>

Evaluación inicial a todos los pacientes	
<p>EP. 1 Evaluación inicial a todos los pacientes Hospitalizados: Historia clínica completa (Física, psicológica, social y nutricional)</p>	<p>Propósito  Detectar mediante una evaluación inicial los problemas físicos, psicológicos, sociales y nutricionales de todos los pacientes.  Según resultado de la evaluación inicial, tomar decisiones al caso.</p> <p><b>Elementos de medición</b>  Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado la Historia clínica completa.  Auditoria de expedientes clínicos.</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
<p><b>EP: 2 ♥ Protocolos de atención de procesos médicos y de enfermería</b></p>	<p>Propósito  Normalizar la atención en salud de las tres principales morbilidades de cada servicio.  Evaluar a los pacientes de acuerdo a sus necesidades y que permita decisiones adecuadas a su tratamiento.</p> <p><b>Elementos de medición</b>  Numerador: Número de servicios con protocolos de atención.  Denominador: número total de servicios del hospital.</p> <p><b>Indicadores</b>  Auditoria basándose en uso de los protocolos  Meta 70%</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>

<p>AP.2.1 Existen y se implementan protocolos de atención para las enfermedades crónicas</p>	<p>Propósito Tener en cuenta la enfermedades crónicas mas relevantes en la población atendida para el diseño de protocolos de atención Elementos de Medición Evidencia de al menos 2 protocolos para enfermedades crónicas</p> <p> <input type="checkbox"/> 1               <input type="checkbox"/> 2               <input type="checkbox"/> 3               <input type="checkbox"/> NA         </p>
<p><b>Atención al paciente - VIH</b></p>	
<p>AP.3 Porcentaje de pacientes convivientes con VIH que cumplen con el protocolo para recibir tratamiento anti retro viral</p>	<p><b>Elementos de Medición</b> <b>Numerador:</b> Número pacientes con VIH que cumplen con el protocolo para recibir tratamiento antirretroviral × 100. <b>Denominador:</b> Total de pacientes con VIH adscritos a la clínica TAR.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1               <input type="checkbox"/> 2               <input type="checkbox"/> 3               <input type="checkbox"/> NA         </p>
<p>EP.3 Existencia y uso protocolos de atención en diferentes servicios intermedios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorios</li> <li>• Patología Clínica</li> <li>• Diagnóstico por imagen y Radiología</li> </ul>	<p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de servicios intermedios con protocolos de atención. <b>Denominador:</b> Número total de servicios intermedios.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1               <input type="checkbox"/> 2               <input type="checkbox"/> 3               <input type="checkbox"/> NA         </p>

<p><b>Educación a los ciudadanos en Prevención de la enfermedad y Promoción de la Salud</b></p>	
<p>EPFC.3 Plan de educación a la población visitante para prevenir las enfermedades y promocionar la salud</p>	<p>Propósito La educación de los ciudadanos en la Prevención de la Enfermedad y la Promoción de la salud es un objetivo estratégico del MINSA.</p> <p>Para ello debe de realizarse un Plan basado en un diagnóstico inicial previo</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Plan elaborado Implementación del Plan (POA) Evidencia del % de cumplimiento del plan</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
<p>GMC.6 Proporción de cesáreas según parto</p> <p>Hasta un 23 %</p>	<p>Propósito La proporción de cesáreas mide la variabilidad en la partida clínica. Usar la evaluación de las cesáreas para la toma de decisiones</p> <p>La calidad exige estandarizar los criterios y pautas de atención entre los que se encuentra cuando hacer una cesárea.</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Numerador: Número de nacimientos por cesárea x 100. Denominador: Total de partos ocurridos</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
<p>ACA.25 Cubrir las necesidades de salud de la población y del ambiente de la región en función de la cartera de servicios y de la calidad de atención pactada, según consta en los ANEXO 1, garantizando el acceso a los servicios de salud, atendiendo las disposiciones reglamentarias del MINSA.</p>	<p>Propósito Establecer procedimientos basados en los recursos disponibles reales para pactar la producción de servicios de salud y mejorar el acceso de acuerdo a la cartera de servicios pactada</p> <p><b>Elemento de Medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de cumplimiento del nivel de actividad pactada de la cartera de servicios del Anexo 1</li> <li>• Indicadores de Calidad</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>

<p>EPF.1♥ Plan de Información, educación y comunicación a usuarios y acompañantes.</p>	<p>Propósito</p> <p>Algunas intervenciones sanitarias educativas se han mostrado con una muy favorable relación costo beneficio en términos de años de vida ganados con calidad y por tanto en eficiencia en el uso de los recursos sanitarios.</p> <p>La educación del paciente de su familia debe realizarse en el contexto de un Plan de Educación. El Plan de Educación debe basarse en las necesidades reales del MINSA, de cada Región Sanitaria, cada Instalación sanitaria y de cada especialidad o disciplina médica y de enfermería. Se tendrán en cuenta las estrategias nacionales. Se seleccionaran por criterios epidemiológicos, costo beneficio, riesgo, etc.</p> <p>Los Planes de Educación incluirán la atención, la prevención, la promoción y el medio ambiente.</p> <p><b>Elemento de medición</b></p> <p><b>Existencia de un Plan de Información a usuarios y acompañantes, acorde a las necesidades de la población.</b></p> <p>Plan operativo anual</p> <p><b>Implementación del plan</b></p> <p>Evidencia de % del cumplimiento del plan</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
<p><b>Liderazgo de la calidad y de la seguridad</b></p>	
<p>GMC.1</p> <p>Los funcionarios jefes o coordinadores de servicios, participan a través del Comité de calidad en la elaboración de un plan de mejora continua de la calidad, la gestión y atención hospitalaria.</p>	<p>Propósito</p> <p>El liderazgo y la planificación son imprescindibles en la Mejora Continua de la Calidad y la reducción de riesgos para usuarios internos y externos.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporción de jefes de áreas o servicios que participan de la gestión a través de los comités hospitalarios u otras comisiones hospitalarias.(Cómo verifican esto) que el director del momento los comprometan por escrito y como acuerdo</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>

<b>Monitorización Clínica</b>	
<b>Monitorización de Incidentes</b>	
<p><b>GMC.5 ♥</b>                  Participación de los comités hospitalarios en el análisis de eventos inesperados importantes, tendencias y cambios no deseados.</p>	<p>Propósito                  Ante determinados incidentes se debe realizar análisis exhaustivo para determinar la causa y prevenir que vuelvan a producirse. Entre estos incidentes deben contemplarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• muertes inexplicables o inesperadas</li> <li>• reacciones a la transfusión confirmadas;</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>Elementos de medición                  Registro de incidentes inesperados                  Análisis realizados e informes de comités                  Recomendaciones por parte de los comités para la implementación de medidas correctivas.                  Medidas adoptadas por la dirección médica a través de los departamentos involucrados.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 2px 5px; color: blue;">NA</div> </div>



<p><b>Comisiones clínicas de calidad en Hospitales</b></p>	
<p><b>GMC.7 ♥ Comisión Comité de mortalidad</b></p>	<p>Propósito Realizar ciclos DPCA en relación a la mortalidad del hospital y de los servicios / unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 transfusiones, suicidio, etc.)</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de la unidad del comité</li> <li>• Actas de funcionamiento</li> <li>• Análisis de la mortalidad y propuestas de mejora</li> <li>• Cronograma de actividades y porcentaje de cumplimiento.</li> </ul> <p> <input type="checkbox"/> 1                <input type="checkbox"/> 2                <input type="checkbox"/> 3                <input type="checkbox"/> NA         </p>
<p><b>GMC.8 ♥ Comisión de infecciones nosocomiales</b></p>	<p>Propósito 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> <li>• Cronograma de actividades y porcentaje de cumplimiento.</li> </ul> <p> <input type="checkbox"/> 1                <input type="checkbox"/> 2                <input type="checkbox"/> 3                <input type="checkbox"/> NA         </p>

<p><b>GMC.9 Comisión de ética y bioética asistenciales y de investigación</b></p>	<p>Propósito</p> <p>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>• Cronograma de actividades y porcentaje de cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
<p>PH 2. Integrar comité de farmacoterapéutica</p>	<p>Propósito</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Constitución de la unidad</i></li> <li>• <i>Actas de funcionamiento</i></li> <li>• <i>Cronograma de actividades y porcentaje de cumplimiento.</i></li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
<p>PH 3 Integrar Comité de Historia Clínica y Documentación</p>	<p>Propósito</p> <p>Considerando los resultados de la auditoria de expedientes y otros diagnósticos hospitalarios señalan la necesidad de construir y mantener una historia clínica única.</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>• Cronograma de actividades y porcentaje de cumplimiento.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>

<p><b><i>Auditorias de expedientes</i></b></p>	
<p>GMC.11 Realizar auditorías de expedientes por servicio sistemáticamente.</p> <p>Capacitar a funcionarios del hospital en la realización de auditorias de expedientes</p>	<p>Propósito Realización de auditorías de expedientes médicos para mejorar la calidad de atención.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Auditoria de expedientes Análisis de resultados Implementación de sugerencias y recomendaciones</p> <p>Indicador: Numerador: Número de servicios que realizan auditorias de servicios sistemáticamente x 100. Denominador: Total de servicios hospitalarios programados Mostrar resultados de las auditorias</p> <p> <input type="checkbox"/> 1               <input type="checkbox"/> 2               <input type="checkbox"/> 3               <input type="checkbox"/> NA         </p>

<p>GMC.12 Organización y funcionamiento de una unidad de gestión de usuarios.</p>	<p>Propósito Establecer e implantar el Subsistema de Atención al Cliente del Sistema de Garantía de la Calidad y Mejoramiento Continuo, como mecanismo de información permanente al cliente, relacionado con los servicios que se ofrecen, horarios de atención y los instrumentos para la presentación de reclamos y sugerencias:-</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento del sub sistema de atención al cliente para la gestión de información y la calidad.</li> <li>• Instalación de un Comité de Atención al Cliente Hospitalario.</li> <li>• Informes mensuales de la información contenida en los buzones de sugerencias.</li> <li>• Resultado de la Encuesta de satisfacción de usuarios.</li> <li>• Informes de la comisión de calidad y de los círculos de calidad.</li> <li>• Informes del Comité de Bioseguridad.</li> <li>• Informe de las instalaciones que realizan auditorias de expedientes sistemáticamente y sus resultados.</li> <li>• Informe de las instalaciones que realizan encuestas de satisfacción de los usuarios sistemáticamente y sus resultados.</li> <li>• Supervisión directa de la existencia de la cartera de servicios, buzones de sugerencias, horarios de atención a la vista del cliente.</li> <li>• Análisis del informe de las reuniones del Comité de Atención al Cliente.</li> <li>• Análisis de los informes de la Comisión de Calidad y de los Círculos de Calidad.</li> <li>• Análisis de los informes del Comité de Bioseguridad. Análisis del informe de las Auditorias de Expedientes.</li> <li>• Análisis del informe de las Encuestas de Satisfacción.</li> </ul> <p> <input type="checkbox"/> 1                <input type="checkbox"/> 2                <input type="checkbox"/> 3                <input checked="" type="checkbox"/> NA         </p>
---	---

<p>GMC.13 ♥ <b>Porcentaje de departamentos y/o servicios de salud con buzón de sugerencias</b></p> <p><b>Responsabilidad de calidad (lo pueden hacer en el hospital)</b></p>	<p><b>Elementos de medición</b></p> <p><b>Numerador:</b>—Número de departamentos y/o servicios de salud con buzón de reclamos y sugerencias x 100.</p> <p><b>Denominador:</b> Total de departamentos y/o servicios</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GMC.14 Porcentaje de sugerencias analizadas y resueltas</p> <p><b>Responsabilidad de calidad (lo pueden hacer en el hospital)</b></p> <p>Si</p>	<p><b>Elementos de medición</b></p> <p><b>Numerador:</b> Número de reclamos y sugerencias solucionados x 100.</p> <p><b>Denominador:</b> Total de reclamos y sugerencias recibidos</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GMC.16 Los departamentos y/o servicios aplican encuestas de satisfacción de usuarios.</p>	<p>Propósito</p> <p>Los departamentos y/o servicios aplican encuestas de satisfacción de usuarios.</p> <p>Utilizan el resultado de las encuestas para mejorar</p> <p><b>Elementos de Medición</b></p> <p>Evidencias del uso de los resultados de las encuestas de satisfacción para mejorar</p> <p><b>Indicador:</b></p> <p><b>Numerador:</b> Número de departamentos y/o servicios que realizan encuestas de satisfacción x 100.</p> <p><b>Denominador:</b> Total de departamentos y/o servicios</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GMC.17 Se monitorizan las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)</p> <p>Informe semanal de egresos y morbilidad ambulatoria</p>	<p>Propósito</p> <p>Las enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) permiten monitorizaciones estratégicas.</p> <p><b>Elemento de Medición</b></p> <p>Informe de Enfermedades de Declaración Obligatoria.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GMC.19 Evidencia de tasa de incidencia de los recién nacidos con bajo peso al nacer</p> <p>No aplica</p>	<p><b>Elementos de Medición</b></p> <p>Evidencia de la tasa</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GMC.20 Evidencia de tasa de incidencia de mortalidad materna</p> <p>No aplica</p>	<p><b>Elementos de Medición</b></p> <p>Evidencia de la tasa</p> <p>Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>

<p>GMC.21 Evidencia de tasa de incidencia de las cinco primeras causas de mortalidad infantil:</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de las tasas                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>&lt; 1 año</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>1-4 años</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GMC.22 Se obtienen las tasas de Incidencia de:</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>-Trastorno respiratorio y Cardiovascular Perinatal                  No aplica</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>-Infecciones específicas en el Período Perinatal</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>-Malformaciones Congénitas</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>-Bronconeumonía</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>-Enfermedad del Sistema Nervioso</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>

<p>GMC.23 se obtienen las tasas de incidencia de enfermedades de transmisión sexual en la población siguientes:</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
<p>-Sífilis</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>-Gonorrea</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>-EPI</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>-SIDA</p>	<p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de la tasa                  Evidencia del uso de las tasas para la mejora  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NA</p>

<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>Propósito</p> <p>La Instalación Hospitalaria 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>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan elaborado e implementado</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización, a través del comité de infecciones nosocomiales, ha establecido el enfoque del programa para prevenir o reducir la incidencia de infecciones nosocomiales.</li> </ul> <p style="padding-left: 40px;">Se incluyen:</p> <p style="padding-left: 40px;">Las infecciones de las vías respiratorias.</p> <p style="padding-left: 40px;">Las infecciones de las vías urinarias.</p> <p style="padding-left: 40px;">Los dispositivos invasivos intra-vasculares.</p> <p style="padding-left: 40px;">Las heridas quirúrgicas.</p> <p style="padding-left: 40px;">Otras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité de infecciones nosocomiales activo</li> <li>- Número de Informes de comité</li> <li>- % de Implementación de sugerencias y recomendaciones del comité</li> </ul> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1                <input type="checkbox"/> 2                <input type="checkbox"/> 3                <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA         </p>
--	---



<p>CPI.2 Todas las áreas asistenciales, de personal y de visitas se incluyen en el programa de control de la infección</p>	<p><b>Propósito</b> Las infecciones pueden entrar vía pacientes, familias, personal, voluntarios, visitas y otros. Todas las áreas donde se encuentran estas personas deben incluirse en el programa de vigilancia, prevención y control de la infección.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Evaluación de la inclusión de todas las áreas en el programa Proporción de unidades que ejecutan el plan de prevención de infecciones. Resultado de monitoreo interno</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input checked="" type="checkbox"/> NA</p>
--	--

ANEXO 3  
Metodología de la evaluación del HOSPITAL

## **METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN**

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

Los objetivos de la evaluación son:

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

### **Proceso metodológico de evaluación**

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

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

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

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

## Evaluación de objetivos del Evaluado

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

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

### Elementos de puntuación

Objetivos con indicadores conceptuales:

Se utilizará una matriz de medición con la siguiente puntuación:

1. Evidencia escasa o nula
  2. Evidencia clara
  3. Evidencia completa
- N.A No Aplica

**Puntuación:**

1	2	3	NA
---	---	---	----

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.

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

**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 asignarán 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

Siempre debe existir avances en los compromisos y no se deberá pactar en dos años consecutivos lo mismo (Actividad, Estrategia, Plan, etc.), a menos que exista un nuevo planteamiento sustentado en un análisis (cuadro de mando, etc.).

De no haber avances en lo pactado en el año subsecuente, se entenderá que no hay seguimiento de los planes y estrategias pactados por lo que solo se dará 1 punto en la evaluación.