

**CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD
Y EL PATRONATO DEL INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL
PARA LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS 2008**

Los suscritos a saber: DRA . ROSARIO TURNER mujer, panameña, mayor de edad, Doctora en Medicina, con cédula de identidad personal N° PE-5-475, en su condición de Ministra de Salud, actuando en nombre y representación del Ministerio de Salud, por una parte; y por la otra, el DR. JORGE LASSO DE LA VEGA, varón, panameño, mayor de edad, Doctor en Medicina, con cédula de identidad personal N°, PE-922-52 en su calidad de Director del Instituto Oncológico Nacional, y debidamente autorizado para este acto por el Patronato de dicho Instituto mediante resuelto Número _____ de _____ de _____ de 2008, han acordado celebrar el presente Convenio de Gestión, que tiene como finalidad establecer metas de calidad y cantidad, para la provisión de servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel de atención a la población del país.

Para una mejor comprensión del presente documento al Convenio de Gestión, se denominará CONVENIO, al Ministerio de Salud, el MINSA, y al Patronato del Instituto Oncológico Nacional, el PATRONATO y al Instituto Oncológico Nacional, el ION

CONSIDERANDO

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

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

Que el proceso de modernización institucional tiene como uno de sus objetivos básicos, la búsqueda de la eficacia, eficiencia y calidad en la provisión de los servicios hospitalarios, mediante el fortalecimiento de funciones administrativas, financieras y operativas centrales, regionales y locales. Se establece el principio de equidad de la gestión de los servicios públicos de salud mediante la adecuada asignación de recursos según los problemas y necesidades de salud de las poblaciones.

Que en las Políticas y Estrategias de Salud Pública 2005-2009 del MINSA, en la Política 6, Lineamiento 6.5, se establece los convenios de gestión para asignar recursos, orientar el cumplimiento de los resultados, la transparencia en el financiamiento y la calidad de la provisión de los servicios de salud.

Que es necesario el desarrollo de instrumentos que permitan administrar los recursos de manera descentralizada y con autonomía de gestión, de acuerdo a las normas reguladoras establecidas por el MINSA como ente rector, y con las normas establecidas mediante el **decreto ley número 11 de 4 de julio de 1984, QUE CREA Y ORGANIZA EL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL**. Es por ello, que el MINSA implementa los convenios de gestión; para asignar recursos y para monitorear y comprobar el cumplimiento de los resultados previstos.

Que el objetivo del presente CONVENIO es contribuir a la creación de una nueva cultura hacia la calidad y la eficiencia, ayudando a cambiar la forma de gestión de la red de proveedores públicos, a los que el

Convenio de Gestión 2008

MINSA asignará recursos para brindar servicios de salud a la población bajo su responsabilidad de acuerdo a objetivos previamente pactados.

Que el MINSA considera importante contribuir a que el ION pueda alcanzar sus objetivos señalados por la ley, en el marco del respeto a su patrimonio propio, su personería jurídica y su autonomía en su régimen administrativo:

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

CLAUSULA I: DEL OBJETO DEL CONVENIO

El objeto contractual lo constituye la provisión de servicios hospitalarios, para la población que por adscripción territorial están definidos por el MINSA y la ley 11 de 4 de julio de 1984, de conformidad con el marco jurídico vigente, partiendo de las estimaciones que se mencionan adelante.

La población adscrita directa del ION es de 981,084 habitantes para el año 2008.

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

El PATRONATO se asegurará que el ION brinde a la población, servicios de 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. Se entiende que estas actividades de provisión de servicios a la población infantil exigen asimismo el cumplimiento de las actividades docentes y de investigación previstas en el Artículo 1 de la Ley que crea el Hospital del Niño, y que el MINSA reconoce la conveniencia de contribuir significativamente al desarrollo de estas actividades y al desarrollo de la red de atención de primer y segundo niveles, tanto en la Región Metropolitana de Salud como en el resto de la Regiones de Salud.

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 y por lo señalado en el Decreto Ley No. 17 de 23 de Agosto de 1958 que crea y organiza el Hospital del Niño.

Asimismo, el MINSA reconoce la vigencia de las disposiciones que dicha ley contiene relativas a su relación con el PATRONATO y el HOSPITAL, especialmente el acápite (b) del Artículo 8; el Artículo 15, relativo a la administración del HOSPITAL y el manejo de sus erogaciones; el Artículo 19, con relación al pago de los subsidios del estado en mensualidades anticipadas, y el Artículo 23.

CLAUSULA II: DE LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

Convenio de Gestión 2008

La producción del ION resulta de la programación y planificación que el Director del Hospital hace con su Junta Asesora, de acuerdo con la Ley del Hospital, y que son aprobadas por el PATRONATO. El acuerdo al que llegan el MINSA y el HOSPITAL en este CONVENIO, sobre el volumen y tipo de intervenciones médico-quirúrgicas, de docencia y de investigación que desarrollará el segundo, bajo parámetros de eficiencia, calidad y oportunidad esperados del HOSPITAL, de acuerdo con estándares establecidos por el MINSA y por el HOSPITAL, (Anexos) 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, constituirán la cartera de servicios ofrecidos, de acuerdo con la clasificación cuali-cuantitativa de los productos esperados.

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

CLÁUSULA III: INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES

Las partes declaran y aceptan que la cartera de servicios hospitalarios se brindará en las instalaciones del ION.

Igualmente aceptan las partes que las edificaciones, instalaciones, terrenos, equipos y demás bienes muebles que conforman el ION, en este momento y en el futuro, son patrimonio del HOSPITAL según el artículo 30 de la ley 11 del 4 de julio de 1984. Por disposición legal, el PATRONATO está facultado para administrar responsablemente el HOSPITAL.

CLAUSULA IV: MONTO DEL CONVENIO

El MINSA asignará al PATRONATO para financiar la cartera de servicios pactada en el ANEXO I hasta un máximo de SIETE MILLONES SETECIENTOS MIL DOSCIENTOS BALBOAS (B/. 7, 700,200.00) para el periodo fiscal vigencia 2008. La ejecución presupuestaria se basa en las normas establecidas por el PATRONATO y en las Normas Generales de Administración Presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas.

Por otra parte, de acuerdo con el artículo 32 de la ley del ION, ya mencionada, (y con el fallo de Corte Suprema de Justicia, Sala de lo Contencioso Administrativo, del 8 de abril de 1992), la Contraloría General de la República “fiscalizará el manejo de los bienes, fondos, operaciones y obligaciones del ION y sus Auditores podrán hacer, con o sin previo aviso, inspecciones y arqueos periódicos, generales o parciales”.

En caso de requerirse un monto adicional, el MINSA se compromete a solicitar un crédito extraordinario al Ministerio de Economía y Finanzas, basados en sustentadores elaborados por el patronato.

CLAUSULA VI: 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 PATRONATO.

CLÁUSULA VII: DE LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES

El MINSA estará obligado a:

1. Entregar al PATRONATO los recursos financieros establecidos para ejecutar el presupuesto del año 2007 que se derive de los acuerdos pactados en el presente CONVENIO, lo que permitirá al PATRONATO asumir la cartera de servicios hospitalaria que se ofrecerá a la población infantil del país.
2. Realizar las gestiones ante el Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República para facilitar el acceso de los fondos, para que estén a la disposición de las autoridades del PATRONATO, y realizar las gestiones necesarias ante las autoridades correspondientes para asegurar el acceso de los fondos necesarios para suplir las necesidades extraordinarias del HOSPITAL, debidamente justificadas por EL PATRONATO.
3. Establecer anualmente el estimado de la producción de la cartera de servicios para satisfacer una determinada cobertura poblacional, por tipo de atención, tal como se contempla en el Anexo I del presente CONVENIO.
4. Solicitar al ION, de acuerdo a la periodicidad establecida, información sobre los indicadores producción y provisión de la cartera de servicios del hospital, con el propósito de vigilar y evaluar la ejecución del presente CONVENIO según los mecanismos descritos en el ANEXO 2.
5. Exigir al ION, la aplicación de correctivos en los casos en que se adviertan irregularidades o deficiencias en la realización de las actividades de provisión de la cartera de servicios, por parte de éste, según las normas y estándares del MINSA, como ente Rector.
6. Vigilar el cumplimiento de la legislación existente en cuanto a vigilancia y control de infecciones nosocomiales, vigilancia epidemiológica, sanitaria, ambiental y de bioseguridad.
7. Dar respuesta a los planes de inversión y desarrollo en infraestructura y equipamiento, para cumplir con los estándares mínimos, establecidos por el MINSA, de habilitación, certificación y acreditación del IION.

El ION estará obligado a cumplir las siguientes funciones:

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

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

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

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

Esta función regula los procesos para:

- identificar, proteger y promover los derechos del paciente;
- informar a los pacientes de sus derechos;
- incluir a la familia del paciente, en caso necesario, en decisiones sobre la asistencia al paciente;
- obtener consentimiento informado;

Convenio de Gestión 2008

- educar al personal en los derechos del paciente; y
- establecer un marco ético de la organización.

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

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

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

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

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

La información es esencial para tomar decisiones acertadas acerca de:

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

Función 03: Evaluación del Paciente (EP)

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

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

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

Función 04: Asistencia a los Pacientes (AP)

El propósito principal del MINSA es la salud integral mediante Prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la atención sanitaria y al medio ambiente. Facilitar la mejor asistencia en un centro

que apoye y responda a las necesidades de cada paciente requiere un elevado nivel de planificación y coordinación.

Algunas actividades básicas de la asistencia al paciente incluyen:

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

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

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

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

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

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

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

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

Una educación eficaz se inicia pues con la evaluación de las necesidades de aprendizaje del paciente, de su familia y de los ciudadanos. Esta evaluación determina no tan solo aquello que hay que aprender, sino también la mejor manera de obtener ese aprendizaje. El aprendizaje es más eficaz cuando se adapta a las necesidades específicas del paciente, a sus valores religiosos y culturales, las capacidades de lectura y de lenguaje y cuando se produce en el momento adecuado del proceso de asistencia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta función pone énfasis en la necesidad de organizar bien y contar con un liderazgo claro en la continua supervisión, análisis y mejora de los procesos médicos y de gestión, para alcanzar los máximos beneficios. Este enfoque tiene en cuenta que la mayoría de los procesos de asistencia implican a más de un departamento o unidad y puede involucrar muchos trabajos individuales. Este enfoque también tiene en consideración que la mayor parte de asuntos de calidad médica y de gestión se relacionan entre sí.

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

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

De este modo, el marco que se presenta en estos objetivos se puede adaptar a una gran variedad de programas estructurados y otros enfoques menos formales de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Convenio de Gestión 2008

Este marco puede incorporar además programas tradicionales de control como los relacionados con episodios no esperados (gestión del riesgo) y la utilización de recursos (gestión de la utilización).

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

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

Se usa el ciclo de mejorar de la calidad DPCA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Los líderes planifican el espacio, el equipo y los recursos necesarios para apoyar los servicios médicos facilitados de manera segura y eficaz.
- Se educa al personal sobre las instalaciones, la manera de reducir el riesgo y de supervisar e informar de situaciones que planteen riesgo.
- Los criterios de actuación se utilizan para supervisar sistemas importantes e identificar mejoras necesarias.

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

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

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

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

Función 10 Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)

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

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

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

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

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

Las organizaciones se vuelven más eficaces con el tiempo en:

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

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

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

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

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

No obstante la PPS esta incluida en todas las funciones de este Convenio de Gestión. La capacitación, los Derechos de los Pacientes, la Gestión de la Información o el control de caducidades o el Plan de Gestión de Equipos como las neveras de las vacunas y otras medicaciones, son comunes a los aspectos preventivos, curativos. Este CG no está estructurado por áreas sino por funciones. La función de gestión de

información, de Mejora de la Calidad, la Económico Financiera, etc., etc., son comunes para la Atención sanitaria y a la Prevención de la Enfermedad y Promoción de la salud.

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

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

Gestión Económica Financiera

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

CLAUSULA VIII: DEL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PATRONATO

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

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

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

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

El MINSA establecerá unos incentivos al buen desempeño, de conformidad con el resultado de las evaluaciones periódicas que practique el MINSA.

Estos incentivos consistirán en certificaciones, capacitaciones del recurso humano (Seminarios, Becas), compra de equipos médicos, u otros, cuya descripción y monto serán comunicados al HOSPITAL al inicio del presente CONVENIO.

CLAUSULA IX: DE LOS ANEXOS

El presente CONVENIO incluye como parte integrante los anexos:

1. Cartera de Servicio y Producción Pactada
2. Metodología de la formulación Presupuestaria
3. De las obligaciones del MINSA

Convenio de Gestión 2008

4. De las obligaciones del HOSPITAL
5. Protocolo de Monitoreo y Evaluación del Desempeño del INSTITUTO

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

CLAUSULA X: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

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

CLAUSULA XI.: VIGENCIA

El presente CONVENIO tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2008, hasta el 31 de diciembre de 2008.

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

DRA. ROSARIO TURNER
Ministra de Salud

DR. JORGE LASSO DE LA VEGA
Director del Instituto Oncológico Nacional

ANEXO 1
Cartera de Servicios Hospitalarios y Producción Pactada

INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL

CARTERA DE SERVICIOS

Año 2008

Los servicios que el ION se obliga a prestar a los pacientes oncológicos, con los requisitos de equidad, eficiencia, eficacia y calidad, durante el año 2008, son los siguientes:

1	-Consulta de atención de tipo agudo a pacientes oncológicos
2-	Consulta externa oncológica especializada
3-	Consulta externa oncológica complementaria
4-	Servicio de hospitalización oncológica
5-	Servicio de cirugía oncológica ambulatoria a-Menor b-Mayor
6-	Servicio de cirugía oncológica con internamiento
7-	Servicio de sesiones de radioterapia oncológica
8-	Servicio de tratamientos de quimioterapia
9-	Servicio de tomografía computarizada
10-	Servicio de endoscopia a-Servicio de endoscopia gastrointestinal b- Servicio de endoscopia respiratoria c-Servicio de endoscopia genitourinaria
11-	Servicio de Cuidados Intensivos médicos y quirúrgicos
12-	Servicio de Medicina Nuclear

13- Servicio de Trasplante de médula ósea

Los servicios oncológicos anteriores comprenden lo siguiente:

1-Servicio de atención de tipo agudo a pacientes oncológicos: Consiste en la atención de los pacientes con problemas oncológicos de tipo agudo que requieran atención inmediata por un máximo de seis (6) horas. El servicio incluye:

- La consulta médica e Inter.-consultas,
- Cuidados de enfermería,
- Servicios intermedios de diagnóstico y apoyo terapéutico,
- Sala de corta estancia,
- Banco de sangre,
- Los servicios generales de hotelería y administrativos.

2-Servicio de consulta externa oncológica especializada: Consiste en la atención ambulatoria especializada proporcionada por el médico oncólogo a pacientes nuevos o de re-consulta, referidos de las instalaciones de salud y atendidos según los protocolos de atención del ION para las principales patologías oncológicas que allí se tratan. El servicio incluye:

- La consulta y evaluación por el médico oncólogo
- Los estudios de laboratorio, imagenología y complementarios establecidos en los protocolos de atención del ION
- La revisión de los estudios de Anatomía Patológica establecidos en los protocolos de atención del ION

Convenio de Gestión 2008

No incluye procedimientos de cirugía ambulatoria

3-Servicio de consulta externa oncológica complementaria: Comprende las consultas proporcionadas por médicos especialistas y que sirven de apoyo al manejo y diagnóstico del cáncer y de las complicaciones que se derivan de sus tratamientos, por considerarse de vital importancia dentro de la atención integral del paciente oncológico. Esta consulta incluye:

- Los servicios de Infectología,
- Cardiología,
- Medicina Interna,
- Salud Mental,
- Neurología,
- Cirugía reconstructiva,
- Odontología especializada restauradora, ortopédica o protésica y la profilaxis pre y post tratamiento oncológico.
- Cuidados paliativos de pacientes con síntomas secundarios a los tratamientos o a la progresión de la enfermedad oncológica aguda o terminal.

No incluye los servicios de Odontología General, ni Cirugía Estética

4-Servicio de hospitalización oncológica: Comprende el servicio y la atención que se proporciona a los pacientes oncológicos admitidos en las salas de hospitalización por los médicos del ION, desde el momento de su ingreso o admisión hasta su egreso. El Servicio de Hospitalización Oncológica corresponde a la atención integral que se proporciona a los derecho-habientes admitidos en una cama disponible en cualquier servicio de hospitalización e incluye:

Convenio de Gestión 2008

- La visita médica
- Las ínter consultas
- Los cuidados de enfermería
- Todos los servicios intermedios de diagnóstico, apoyo terapéutico y rehabilitación de acuerdo a los protocolos de atención del ION.
- Procedimientos de alivio del dolor y cuidados paliativos bajo la coordinación de los médicos paliativistas.
- Medicamentos e insumos de farmacia.
- Nutrición.
- Laboratorio e imagenología.
- Anatomía patológica.
- Banco de sangre.
- Los servicios generales de hotelería y administrativos.

No incluye: (están contemplados aparte)

- Tratamientos de quimioterapia.
 - Tratamientos de radioterapia.
 - Trasplante de médula ósea.
 - Topografía computarizada.
 - Resonancia magnética nuclear.
 - Angiografías.
 - Endoscopías respiratorias, gastrointestinales y genitourinarias.
- Cuidados intensivos médicos y quirúrgicos.

5-Servicio de Cirugía Oncológica Ambulatoria: Incluye a los pacientes admitidos en el ION para la realización de cirugías ambulatorias de urgencia o programadas, indicadas por un médico oncólogo del ION y que puede ser menor o mayor.

Se entiende por Cirugía ambulatoria menor, los procedimientos quirúrgicos ya sean diagnósticos o terapéuticos realizados en el consultorio o en áreas limpias, con anestesia local, que no requieren cuidados post-operatorios, que se desarrollan en áreas intra hospitalarias o extra hospitalarias

Se entiende por Cirugía ambulatoria mayor, los procedimientos quirúrgicos, ya sean diagnósticos o terapéuticos, realizados en un quirófano, con anestesia general, regional, local o con sedación, que requiere de cuidados post-operatorios de corta duración, por lo que no es preciso el ingreso hospitalario y que se desarrolla en unidades intra hospitalarias o extra hospitalarias.

El servicio de cirugía ambulatoria menor incluye:

- El procedimiento quirúrgico propiamente dicho.
- Los medicamentos e insumos medico-quirúrgicos según listado Oficial de Medicamentos (LOM) del ION. Los servicios de anatomía patológica que sean necesarios según protocolos de atención del ION.

El servicio de Cirugía Ambulatoria Mayor incluye:

- El procedimiento quirúrgico propiamente dicho,
- Los servicios de Anestesiología durante el acto quirúrgico,
- Los cuidados postoperatorios en la sala de recuperación anestésica,
- Los medicamentos e insumos médico-quirúrgicos según LOM de ION

Convenio de Gestión 2008

- Los cuidados de enfermería
- Los exámenes de laboratorio e imagenología que se ameriten durante el acto quirúrgico y el post-operatorio inmediato.
- Los servicios de anatomía Patológica.

Los pacientes residentes en el interior del país que por necesidad de recuperación requieren permanecer en el Hospital, serán admitidos en la Sala de Hospitalización por un máximo de 24 horas.

7-Servicio de Cirugía Oncológica con Internamiento: Incluye a los pacientes admitidos en el ION para la realización de cirugía de mayor complejidad, de urgencias o programadas por un médico oncólogo del ION. Se entiende por Cirugía con internamiento, los procedimientos quirúrgicos ya sea de diagnóstico o terapéuticos, realizados en un quirófano, con anestesia general, regional, local o sedación, que requiere cuidados postoperatorios complejos por lo que es indispensable su manejo intra hospitalario.

- El servicio incluye:
- El procedimiento quirúrgico propiamente dicho
- Los servicios de Anatomía Patológica,
- Los servicios de anestesia clínica,
- Los medicamentos e insumos médico-quirúrgicos,
- Los cuidados postoperatorios en la sala de recuperación anestésica,
- Los cuidados de enfermería,
- Los exámenes de laboratorio e imagenología que se ameriten,

No incluye los cuidados y terapia intensiva médicos ni quirúrgicos, ni el día cama ocupado (se incluyen en otro producto)

8- Servicio de Sesiones de Radioterapia: Consiste en la aplicación de radiaciones externas en el área tumoral y peritumoral a los pacientes con diagnóstico que requieran este procedimiento según los protocolos establecidos por el ION para el tratamiento de enfermedades oncológicas. El servicio incluye:

- La sesión de radiación,
- Exámenes de laboratorio e imagenología,
- La evaluación y vigilancia por el médico radio-oncólogo pre, trans y post terapia,
- Los cuidados de enfermería
- Los servicios administrativos.

La unidad de medida es la “sesión de radioterapia”, y el número de sesiones determinado según el tipo de patología constituye un tratamiento.

8- Servicio de Tratamientos de Quimioterapia: Consiste en la aplicación de medicamentos por vía parenteral, intratecal, oral o por cualquier otra vía a los pacientes asegurados cuya patología así lo requieran según los protocolos o guías terapéutica del ION. El servicio incluye:

- Medicamentos
- Insumos médico-quirúrgicos
- Cuidados de enfermería
- La preparación de la vía de aplicación (porth-a-cat u otro)
- La atención por el médico oncólogo pre, trans y post aplicación del tratamiento
- Los exámenes de laboratorio e imagenología necesarios

- Los servicios administrativos.

La unidad de medida es la “sesión de quimioterapia”, y el número específico de sesiones según el protocolo de atención del ION constituye un tratamiento-

9- Servicio de Tomografía Computarizada: Consiste en un procedimiento de imagenología basado en un sistema de computación avanzada de radiología (rayos X) y de exploración que produce imágenes detalladas de secciones transversales y horizontales de cuerpo humano. Este procedimiento se aplica a pacientes en estudio de extensión de la enfermedad oncológica y a los pacientes de control con diagnóstico previo de enfermedad oncológica El servicio incluye:

- El procedimiento propiamente dicho
- Los cuidados de enfermería
- El manejo por el personal técnico
- La evaluación, supervisión del procedimiento y la interpretación del estudio por los médicos radiólogos del ION

10- Servicio de Endoscopia: incluye los procedimientos endoscópicos gastrointestinales, respiratorios y genitourinarios.

a-Servicio de Endoscopia Gastrointestinal: Consiste en el examen bajo visión directa del tubo digestivo, así como el examen de las vías biliares con equipo especial óptico de visión directa en

Convenio de Gestión 2008

pacientes derecho-habientes con diagnóstico sospechoso o comprobado de cáncer, referido por un médico idóneo.

El servicio incluye:

- El procedimiento efectuado por un médico oncólogo o gastroenterólogo del ION
- Cuidados de enfermería
- El uso del salón de endoscopías
- El uso del equipo e instrumentos
- El material médico –quirúrgico
- Medicamentos según LOM del ION.
- Servicio de anestesia
- Servicio de anatomía patológica.
- Sala de recuperación anestésica
- Exámenes de laboratorio e imagenología necesarios

b-Servicio de endoscopia Respiratoria: Consiste en el examen bajo visión directa de las vías respiratorias mediante el instrumento óptico llamado fibro-broncoscopio. El examen será para pacientes derecho-habientes con diagnóstico sospechoso o comprobado de cáncer referido debidamente por un médico idóneo.

El servicio incluye:

- El procedimiento practicado por un médico oncólogo o neumólogo del ION.
- Cuidados de enfermería
- El uso del salón de operaciones

Convenio de Gestión 2008

- El uso del equipo e instrumentos necesarios para realizar el procedimiento
- Material médico-quirúrgico
- Medicamentos
- Servicio de anestesia
- Sala de recuperación anestésica
- Servicio de anatomía patológica
- Exámenes de laboratorio e imagenología necesarios

c-Servicio de Endoscopías genitourinarias:: Consiste en el examen directo de la vejiga urinaria mediante el equipo óptico llamado cistoscopio. El examen será para pacientes derecho-habientes con diagnóstico sospechoso o comprobado de cáncer, referido debidamente por un médico idóneo.

El servicio incluye:

- El procedimiento practicado por un médico urólogo del ION
- Cuidados de enfermería
- El uso del salón de operaciones de urología
- El uso del equipo e instrumentos necesarios para la realización del procedimiento
- Material médico-quirúrgico
- Medicamentos según LOM del ION.
- Servicio de anestesia cuando se amerite
- Servicio de anatomía patológica.
- Exámenes de laboratorio e imagenología necesarios

11- Cuidados Intensivos

Incluye a los pacientes que les realizaron cirugía mayor o provenientes de medicina, que requieran del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos.

El servicio incluye:

- Cuidados post operatorio
- La visita médica,
- Las ínter consultas,
- Los cuidados de enfermería,
- Todos los servicios intermedios de diagnóstico, apoyo terapéutico, y rehabilitación, de acuerdo a protocolos de atención del ION.
- Medicamentos e insumos de farmacia
- Nutrición,
- Laboratorio, e imagenología,
- Anatomía patológica,
- Banco de sangre,
- Los servicios generales de hotelería y administrativos.

No incluye: (se incluyen en otros puntos de esta cartera)

- Tratamientos de quimioterapia,
- Radioterapia,
- Trasplante de Médula Ósea,
- Tomografía Computarizada,
- Resonancia Magnética Nuclear,
- Angiografías,

- Endoscopias respiratorias, gastrointestinales ni genitourinarias.

El día cama ocupado (DCO) se refiere a la estancia de un paciente que haya pernoctado y que haya sido censado.

12. Servicio de medicina nuclear: Consiste en procedimientos de diagnóstico y tratamientos en los que se utiliza agentes radioactivos y que se efectúan bajo la supervisión directa de los especialistas en Medicina Nuclear, y sirven de apoyo a los oncólogos para el diagnóstico de enfermedades neoplásicas, para localizar sitios anatómicos hacia los que deriva la circulación tisular o para tratamientos con sustancias radioactivas. Los productos que ofrece este servicio, son:

1. Centelleos específicos
2. Localizaciones
3. Rastreo diagnóstico y terapéutico
4. Rastreo con sustancias especiales (octreótido)

El servicio incluye:

- El procedimiento propiamente dicho
- El recurso humano médico, técnico y de enfermería
- El costo de los insumos medico-quirúrgico
- El costo de los agentes radioactivos
- Los servicios intermedios de diagnóstico, apoyo terapéutico y rehabilitación establecidos en los protocolos de atención del ION
- Medicamentos e insumos de farmacia
- La utilización de los equipos especiales propios del servicio, de la estructura física y de los servicios de hotelería y administrativos

- La evaluación, supervisión del procedimiento e interpretación de los resultados, por parte del personal del servicio

13. Transplante de médula ósea: Consiste en la transferencia de células hematopoyéticas con el fin de restaurar la función hematopoyética y/o la linfopoiesis y que son obtenidas de la médula ósea o de la sangre periférica de un donador (transplante alógeno o del mismo paciente (transplante autólogo). El producto incluye el manejo pretransplante, el transplante propiamente dicho el manejo pretransplante, el transplante propiamente dicho y el manejo postransplante, tanto alógenos como autólogos. Los servicios que incluye un transplante de médula ósea son:

- Exámenes de laboratorio.
- Servicio de imagenología-
- Anatomía patológica
- Atención por los médicos especialistas.
- Servicios médicos de apoyo.
- Tratamientos de quimioterapia.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Insumos medico-quirúrgicos
- Servicio de anestesia
- Recuperación de anestesia
- Medicamentos.
- Servicios de enfermería
- Criopreservación

Convenio de Gestión 2008

- Recolección y cultivo de médula.

No incluye lo siguiente (se incluye en otras secciones de la cartera)

- Hospitalización
- Tomografía computarizada
- Endoscopías
- Cuidados intensivos
- Atención en el servicio de corta estancia
- Tratamiento de radioterapia

ION

PRODUCCIÓN PACTADA. PACIENTES NO ASEGURADOS

2008

1	Consulta de atención de tipo agudo a pacientes oncológicos. N° de atenciones:	1,400
2-	Consulta externa oncológica especializada. N° de atenciones:	8,640
3-	Consulta externa oncológica complementaria. N° de consultas	2,160
4-	Hospitalización oncológica. DCO:	7,600
5-	Cirugía oncológica ambulatoria. Procedimientos	
	a-Menor:	105
	b-Mayor	275
6-	Cirugía oncológica con internamiento. Procedimientos	350
7-	Radioterapia oncológica. Sesiones:	5,350
8-	Tratamientos de quimioterapia. Sesiones:	8,900
9-	Tomografía computarizada. N° de tomografías:	1,530
10-	Endoscopía. Procedimientos	
	a- gastrointestinal;	100
	b- respiratoria	30
	c- genitourinaria	90
11-	Cuidados Intensivos médicos y quirúrgicos. DCO:	285
12-	Medicina Nuclear. Procedimientos:	540
13-	Trasplante de médula ósea. N° de trasplantes:	5

ANEXO 2

Metodología de la formulación presupuestaria

Metodología para la Formulación de Presupuesto 2008

* **Redactar como se realiza en el ION (Finanzas)** La formulación del anteproyecto de presupuesto para el año 2007 incorpora el concepto de formulación basada en la producción esperada o estimada.

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

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

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

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

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

Programas presupuestarios 2007:

- 1 -Consulta de atención de tipo agudo a pacientes oncológicos
- 2- Consulta externa oncológica especializada
- 3- Consulta externa oncológica complementaria
- 4- Servicio de hospitalización oncológica
- 5- Servicio de cirugía oncológica ambulatoria
- 6- Servicio de cirugía oncológica con internamiento
- 7- Servicio de sesiones de radioterapia oncológica
- 8- Servicio de tratamientos de quimioterapia
- 9- Servicio de tomografía computarizada
- 10- Servicio de endoscopia
- 11- Servicio de Cuidados Intensivos médicos y quirúrgicos
- 12- Servicio de Medicina Nuclear
- 13- Servicio de Trasplante de médula ósea

Esta etapa requiere del uso de una matriz preliminar que ha sido elaborada para tal fin por el Departamento de Formulación Presupuestaria, y que debe ser llenada con los datos de producción del último año y con la producción que se proyecta para el 2007. Esta información debe ser aportada por la dirección del HOSPITAL.

2. Proyección de la producción para el 2007

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

Posteriormente se debe realizar un ajuste por la imposición de metas. De esta forma se hará el ajuste de la tendencia y se define un escenario mínimo.

Esta etapa involucra a jefes de programas y a la Dirección del Hospital, y obliga a procesos de negociación para conciliar metas.

3. Determinación de recursos financieros por programa presupuestario

Con la proyección de la producción por cada programa presupuestario, se procede a la estimación de los recursos por objeto de gasto necesarios para cada programa presupuestario en la instalación.

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

ANEXO 3

De las Obligaciones del MINSA

1. Entregar al PATRONATO los recursos financieros establecidos para ejecutar el presupuesto para el año 2007 que se derive de los acuerdos pactados en el presente CONVENIO, lo que permitirá al HOSPITAL asumir la cartera de servicios hospitalaria que se ofertará a la población del área de influencia.

INDICADOR

1.1 Presupuesto Fiscal equivalente a B/. _____, entregado al PATRONATO el _____ del
1.2 Proyección de fondos propios aproximada de _____ entregado a _____ del 2007

MEDIO DE VERIFICACIÓN

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

PROCEDIMIENTO

Verificar el original de recibo y el documento conteniendo la información presupuestaria del PATRONATO.

Informe de ejecución presupuestaria del 2007

PERIODICIDAD

A los 30 días de la firma del CONVENIO

2. 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 la disposición de las autoridades del PATRONATO.

INDICADOR

2.1 Asignaciones entregadas mensualmente al PATRONATO de acuerdo a la programación en el año 2007 con un mes de adelanto

MEDIO DE VERIFICACIÓN

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

PROCEDIMIENTO

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

PERIODICIDAD

Cada 4 meses

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

INDICADOR

3.1 Evidencia de la cartera de servicios pactada

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Convenio de Gestión firmado

Documento de la cartera de servicios actualizada

PROCEDIMIENTO

Verificar la existencia del documento

PERIODICIDAD

Anual

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

INDICADOR

4.1 Evidencia de monitoreo de los indicadores de los servicios administrativos y técnicos hospitalarios.

4.2 Evidencia de evaluación anual a través de indicadores de resultado del CONVENIO

4.3 Evidencia de las inspecciones realizadas

4.4 Evidencia de realización de auditorías de servicios y médicas

4.5 Evidencia de las auditorías contables y financieras

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informe ejecutivo de los resultados de los monitoreos

Documento de los resultados de la evaluación anual

Informe de inspecciones realizadas (cada [4] meses)

Informe de las auditorías realizadas de:

Auditorías de servicios (anual)

Auditorías médicas (según necesidad)

PROCEDIMIENTO

Verificar la existencia de los documentos de supervisión y monitoreo

Verificar la existencia del documento de los resultados de la evaluación anual

Utilizar el formulario Análisis de la evaluación de las inspecciones y auditorías realizadas

PERIODICIDAD

[Monitoreos] cada [6] meses

Evaluación anual

Inspecciones cada [seis] meses

Auditorías como se establece en cada uno de los casos

5. Solicitar al HOSPITAL, la aplicación de correctivos en los casos en que se adviertan irregularidades o deficiencias en la realización de las actividades de administración del hospital y provisión de la cartera de servicios por parte de éste, según las normas y estándares establecidos por el presente CONVENIO.

INDICADOR

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

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informes ejecutivos de los correctivos.

PROCEDIMIENTO

Verificar que se hayan realizado dichos correctivos.

PERIODICIDAD

Cada [6] meses

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

INDICADOR

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

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informes epidemiológicos, sanitarios y ambientales.

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

PROCEDIMIENTO

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

PERIODICIDAD

Cada [6] meses para la vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental.

Mensualmente para el comité de Infecciones Nosocomiales y de Bioseguridad.

ANEXO 4

De las Obligaciones del INSTITUTO

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

Visión general

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

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

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

Esta función regula los procesos para:

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

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

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

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Definición y respeto a los derechos</p> <p>DPF. 1 La organización aprueba, difunde y respeta los derechos de los pacientes.</p> <p>(20 %, cumple con la obligación)</p> <p>Si Realización de un Plan. Implantación del Plan</p>	<p>Propósito</p> <p>Se reconoce y respetan los derechos de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias y valores personales, • Privacidad, • Protección de sus pertenencias, protección ante agresiones, • Confidencialidad de información y su protección ante su uso indebido y extravío, • participar en el proceso de su asistencia, consentimiento informado, • resucitación y mantenimiento vital, • dolor, • asistencia al final de la vida, • derechos y responsabilidades ante el rechazo o interrupción del tratamiento. <p>En todo caso respetar la Ley N° 68 del 20 de noviembre del 2003 y otras.</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Realización de un Plan. Implantación del Plan.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Igualdad de derechos</p> <p>DPF.2 En ningún caso existirán diferencias en los servicios de salud otorgados, ni en el trato brindado a los usuarios y a las usuarias, en razón del color, sexo, credo y procedencia. ♥</p> <p>Escencial (Realización de un Plan de respeto al artículo 109 de la Constitución)</p>	<p>Propósito</p> <p>Respeto de las garantías constitucionales expresadas en su artículo 109: No habrá fueros o privilegios personales ni discriminación por razón de raza, nacimiento, clase social, sexo, religión o ideas políticas.</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Realización de un Plan de respeto al artículo 109 de la Constitución Implementación del plan.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición						
<p>Consentimiento informado genérico a ingresar en la organización</p>							
<p>DPF. 3 Se obtiene un consentimiento Informado general cuando el paciente ingresa en la organización.</p> <p>(Si,80 % cumple con la función)</p>	<p>Propósito El consentimiento general se obtiene cuando el paciente entra en la organización. Los pacientes reciben información tanto de su alcance, como del diagnóstico y otras pruebas incluidas y de los tratamientos que se incluyen en el consentimiento.</p> <p>Cuando el paciente no pueda o no quiera tomar se informará y solicitará el consentimiento general a sus representantes de acuerdo a la Ley 68 2003.</p> <p>No serán admisibles formulas jurídicamente nulas y atentatorias contra los derechos y libertades al exonerar genéricamente cualquier responsabilidad</p> <p>Elemento de medición Numerador: Total de pacientes ingresados al programa con consentimiento informado genérico × 100 Denominador Total de pacientes ingresados al programa</p> <table border="1" data-bbox="634 947 1008 997"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición						
<p>Consentimiento Informado específico</p>							
<p>DPF. 4 ♥ Se obtiene el consentimiento informado específico del paciente mediante un proceso definido por la organización y que conduce el personal pertinente.</p> <p>La información facilitada incluye el tratamiento o técnica diagnóstica propuesta; posibles beneficios posibles riesgos posibles alternativas</p> <p>El consentimiento informado se obtiene antes de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las prácticas quirúrgicas o invasivas. 2. La anestesia y Sedación Profunda. 3. Del empleo de sangre y de derivados sanguíneos. 4. De las prácticas o tratamientos de alto riesgo 5. De la realización de ensayos clínicos <p>(Si, 80 % cumple)</p>	<p>Propósito Los pacientes tienen el derecho a participar en las decisiones relacionadas con a asistencia. Para poder ejercer este derecho deben de ser informados en términos comprensibles</p> <p>Una de las vías principales que se utilizan para la participación del paciente en la asistencia es mediante la entrega de un consentimiento informado. Para consentir, el paciente debe estar informado sobre el plan de asistencia, necesario para adoptar una decisión informada. El consentimiento informado puede obtenerse en distintos momentos de la asistencia. Por ejemplo, cuando el paciente ingresa en la organización y antes de ciertas prácticas o tratamientos que entrañen un alto riesgo. El proceso de consentimiento está definido en normas y procedimientos de la organización. En ellas, se incorporan leyes y normativas relevantes. Se informa a los pacientes y a las familias sobre los test, prácticas y tratamientos que requieren consentimiento y de cómo pueden darlo (por ejemplo, verbalmente, firmando un formulario de consentimiento, o mediante otras formas). Los pacientes y las familias saben quién está capacitado para dar consentimiento, además del paciente. Miembros del personal designados reciben formación para informar a los pacientes y obtener y documentar un consentimiento del paciente.</p> <p>El mínimo es el contemplado en la ley N° 68 del 20 de noviembre del 2003</p> <p>El objetivo para el año 2007 con los cinco procesos mas frecuentes en cada centro y/o especialidad que precisen Consentimiento Informado</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de pacientes con registro de consentimiento informado en los procesos definidos por la organización. Denominador: Número total de pacientes sometidos a los procesos que precisan consentimiento informado según la organización.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">1</td> <td style="width: 12.5%;">2</td> <td style="width: 12.5%;">3</td> <td style="width: 12.5%;">4</td> <td style="width: 12.5%;">5</td> <td style="width: 12.5%; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

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

Visión

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

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

La información es esencial para tomar decisiones acertadas acerca de

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

<p>Acceso a Salud mental</p>	<p>Es necesario detectar las necesidades de la población en relación a la salud mental. Uno de los métodos es el tamizaje inicial de todos los pacientes que se contempla en la función Evaluación de los Pacientes.</p> <p>También es necesario medir a la población que actualmente accede a los servicios sanitarios para compararla con las necesidades y así poder planificar los recursos sanitarios.</p>
<p>ACA.5 ♥ Casos nuevos atendidos por salud mental.</p> <p>(50 % del total de nuevos en el año, cumple con la función)</p>	<p>Propósito La detección de los casos nuevos de salud mental pretende medir el acceso de este tipo de pacientes al sistema sanitario.</p> <p>Se pretende conocer la utilización de los servicios sanitarios de salud mental por grupo etáreo (adolescentes, adultos y tercera edad)</p> <p>Elementos de medición Numerador: Casos nuevos atendidos en el programa de salud mental x 100. Denominador: Total población meta (según grupo etáreo)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Información a pacientes sobre la sectorización</p>	
<p>ACA. 8 Porcentaje de instalaciones de salud con cartera de servicios a la vista del cliente</p> <p>(80% Entrada, Consulta Externa, Hospitalización, (3 pisos), Servicios de apoyo, Salón de Operaciones Administración.)</p>	<p>Propósito Mejorar la información de la cartera de servicios disponible</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de servicios con cartera de servicio actualizada x 100. Denominador: Total de servicios.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.9 Porcentaje de Servicios con horarios de atención al público a la vista del cliente</p> <p>(80% Entrada, Consulta Externa, Hospitalización, (3 pisos), Servicios de apoyo, Salón de Operaciones Administración.)</p>	<p>Elementos de medición Numerador: Número de servicios con horarios de atención al público a la vista del cliente x 100. Denominador: Total de servicios</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Barreras de acceso							
<p>ACA.10 La organización intenta limitar las barreras físicas, de idioma, culturales y cualquier otra barrera en el acceso y asistencia.</p> <p>(Diseño de un plan. Implementación del Plan)</p>	<p>Propósito Las instituciones sanitarias como el MINSA atienden a menudo a comunidades con colectivos distintos. Puede tratarse de pacientes de edad avanzada, discapacitados, de hablas o dialectos distintos, de culturas diversas o presentar otras barreras que dificultan el proceso el acceso a los servicios sanitarios. La organización conoce esas barreras y ha introducido procesos que las eliminan o limitan durante el proceso de los servicios sanitarios. La organización persigue además, reducir el impacto de esas barreras en la provisión de servicios sanitarios.</p> <p>Elementos de medición Diseño de un plan. Grado de implementación del Plan.</p> <table border="1" data-bbox="634 699 1008 747"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>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>(80 % cumple)</p>	<p>Elementos de medición Elaboración de un diagnostico situacional Numerador: Número de instalaciones de salud que faciliten el acceso a pacientes discapacitados x 100. Denominador: Total de instalaciones de salud</p> <table border="1" data-bbox="634 1224 1008 1272"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
Estrategias para la ampliación de la cobertura de servicios							
<p>ACA.12 Otras estrategias de ampliación de la cobertura de los Servicios de Salud</p> <p>(Presentación del Plan de Modernización del ION)</p>	<p>Propósito Ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante estrategias no contempladas hasta el momento</p> <p>Elementos de medición Evidencias de la ampliación de la cobertura de servicios de salud con estrategias nuevas.</p> <table border="1" data-bbox="634 1570 1008 1619"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Acceso y Listas de espera							
<p>ACA.15 Se registra la lista de espera total de pacientes para procesos médicos, quirúrgicos y productos intermedios</p> <p>(Implementar Registro de lista de espera)</p>	<p>Propósito Se registra la Lista de espera Total de la Instalación y se desagrega en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • total del hospital, • cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • cada procedimiento • cada producto intermedio <p>Elementos de medición Evidencia del registro de lista de espera</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>ACA.16 Lista de espera superior a 2 ½ meses en cada servicio/ unidad de la instalación</p> <p>(implementar lista de espera de 2 y medio meses)</p>	<p>Elementos de medición Número de paciente que esperan 2 ½ meses y más para realizar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total de la instalación • Cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • cada procedimiento quirúrgico • Cada producto intermedio (Mamografías, tomografías, etc.) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>ACA.17 Espera quirúrgica superior a seis meses del hospital y cada servicio/ unidad</p>	<p>Elementos de medición Número de paciente que esperan 6 meses y más para realizar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total de la instalación • Cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • cada procedimiento quirúrgico • Cada producto intermedio (Mamografías, tomografías, etc.) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>ACA.18 Espera quirúrgica superior a 12 meses del hospital y cada servicio/ unidad</p>	<p>Elementos de medición Número de paciente que esperan 12 meses y más para realizar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total hospital • Cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • cada procedimiento quirúrgico • Cada producto intermedio (Mamografías, tomografías, etc.) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

<p>ACA.19 ♥ La organización dispone de un Plan para Adecuar los tiempos de espera a las necesidades de acceso de la población en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugías <ul style="list-style-type: none"> ○ Con Internamiento ○ Ambulatoria • Productos intermedios • Consultas externas <p>(implementar plan,90% cumple)</p>	<p>Propósito Definir el tiempo máximo de espera máximo para los diferentes procesos y especialidades sanitarios. Tener en cuenta para ello la monitorización de la lista de espera que se recoge en la función Gestión de la Información y de la Utilización (GIU)</p> <p>Realizar las acciones oportunas para garantizar que el tempo de demora no rebasa los limites establecidos por la organización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Pacientes que han sido atendidos dentro del tiempo máximo definido por la organización. Denominador: Total de pacientes en lista de espera.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>ACA.20 La Organización implementa el plan de adecuación de la lista de espera a las necesidades.</p> <p>(Implementar el Plan)</p>	<p>Propósito La organización implementa el plan con el fin garantizar la equidad en el acceso</p> <p>Elementos de medición Evidencia de la adecuación de los tiempos de espera a las necesidades definidas.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>Continuidad de la Asistencia SURCO</p>							
<p>ACA.21 Fomentar la integralidad y continuidad de la atención de salud, mediante la aplicación de un sistema articulado de las unidades del primer nivel y segundo nivel de atención, mediante la implantación del Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia, (SURCO).</p> <p>(Plan de SURCO)</p>	<p>Propósito Realizar un Plan para implementar adecuadamente SURCO, haciendo énfasis en la contrarreferencia</p> <p>Elementos de medición Plan de funcionamiento del SURCO</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

<p>ACA.22 Evidencia de la Comisión Evaluadora del SURCO instalada y funcionando</p> <p>(Debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe del detalle de las acciones del SURCO. Conformación de la comisión evaluadora del SURCO instalada Capacitaciones realizadas en el manejo del instrumento del SURCO Lista de asistencia de los participantes Actas de reuniones de coordinación Analizar el Informe que contiene los detalles de acciones del SURCO. Programación de monitoreo y evaluación del SURCO. Comisión formada por: REMES, Jefes de Servicios Médicos especializados, Dirección de Atención) 	<p>Propósito Existencia y funcionamiento adecuado de la comisión</p> <p>Elementos de medición Evidencias del funcionamiento de la comisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe del detalle de las acciones del SURCO. Conformación de la comisión evaluadora del SURCO instalada Capacitaciones realizadas en el manejo del instrumento del SURCO Lista de asistencia de los participantes Actas de reuniones de coordinación Analizar el Informe que contiene los detalles de acciones del SURCO. Programación de monitoreo y evaluación del SURCO. Registro de la hoja de referencias y contrarreferencias (instrumento SURCO). <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.23 ♥ Utilización adecuada del formulario normado de SURCO</p> <p>(Implantación del formulario del SURCO)</p>	<p>Propósito Cumplimentar correctamente el documento surco</p> <p>Elementos de medición <i>Numerador</i>: Número de Servicios que utilizan el formulario de SURCO normado × 100. <i>Denominador</i>: Total de Instalaciones de Salud</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.24 Evidencia del registro de las hojas de referencia y contrarreferencia</p> <p>(Implantación del formulario del SURCO)</p>	<p>Propósito Presentación de formularios con registro de referencia y contrarreferencias</p> <p>Elementos de medición Porcentaje de pacientes que han sido referidos y contrarreferidos con registros completos en todos sus ítems.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>Acceso a la cartera de servicios</p>							
<p>ACA.25 Cubrir las necesidades de salud oncológica de la población 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>(80% cumple)</p>	<p>Propósito Mejorar el acceso de acuerdo a la cartera de servicios pactada</p> <p>Elemento de medición Porcentaje de cumplimiento del nivel de actividad pactada de la cartera de servicios del Anexo 1</p> <table border="1" data-bbox="634 661 1015 709"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Función 03: Evaluación del Paciente (EP)

Visión***

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

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

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

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Evaluación inicial a todos los paciente	
<p>EP. 1 Evaluación inicial a todos los pacientes: Física, psicológica, social y nutricional</p> <p>(Agregar a la HC una hoja de evaluación de los 4 aspectos, para que sea llenada en los servicios, médicos y odontológicos,-aspecto físico y nutricional- trabajo social y psicología La calificación con el nivel 2, cumple con la función)</p>	<p>Propósito Detectar mediante un tamizaje inicial los problemas físicos, psicológicos, sociales y nutricionales de todos los pacientes. Con arreglo al tamizaje inicial, evaluar, en su caso, más profundamente. Tomar decisiones según el resultado de la evaluación.</p> <p>Elementos de medición Porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo de evaluación inicial física, psicológica, social y nutricional.</p> <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;">4</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; color: blue;">NA</div> </div>

<p>Protocolos de evaluación médicos y de enfermería</p>	
<p>EP: 2 ♥ Protocolos de evaluación de procesos médicos y de enfermería</p>	<p>Propósito Evaluar a los pacientes de acuerdo a sus necesidades y que permita decisiones adecuadas a su tratamiento. Otras evaluaciones acordes con las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población de la región (en base a criterios demográficos y epidemiológicos y otros)</p> <p>Entre criterios que se usen para establecer en que procesos se realizará un protocolo de evaluación estarán: epidemiológicos y demográficos, riesgo, coste, etc.</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número servicios que cuentan con los protocolos de evaluación para las 5 principales morbilidades del Hospital. Denominador: Total de Servicios con protocolos de evaluación</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>Productos intermedios</p>	
<p>EP.3 Existencia y uso protocolos de evaluación en: Laboratorios Patología Clínica Diagnóstico por la imagen y Radiología</p> <p>(80% cumple)</p>	<p>Elementos de medición Numerador: Número de instalaciones de salud que cuentan con los protocolos de evaluación (laboratorios + Patología Clínica + Diagnóstico por la imagen) Denominador: Total de instalaciones (laboratorios + Patología Clínica + Diagnóstico por la imagen)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>Laboratorio</p>	
<p>EP.4 Se cuenta con servicios de laboratorio para atender las necesidades de los pacientes, todos estos servicios cumplen con la normativa y las leyes y estándares locales y nacionales.</p> <p>Si</p>	<p>Propósito De acuerdo con las necesidades de los pacientes, aquellos que lo precisan son sometidos a evaluaciones de laboratorio. Sino se dispone de servicios de laboratorio el paciente o la muestra es derivada para la realización de la prueba n el momento oportuno.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de un procedimiento que permite acceder a los servicios de laboratorio.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

<p>EP.5 Personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia, se encarga de realizar los test y de interpretar los resultados.</p> <p>Si</p>	<p>Propósito Los test de laboratorio (incluidos tiras reactivos y otros similares) son realizados por personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de que las personas que realizan los test disponen de la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Servicios de radiología y diagnóstico por la imagen</p>	
<p>EP.6 Se dispone de servicios de radiología para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la normativa, leyes y estándares vigentes locales y nacionales.</p> <p>Si</p>	<p>Propósito De acuerdo con las necesidades de los pacientes, aquellos que lo precisan son sometidos a evaluaciones de diagnóstico por la imagen. Si no se dispone de Diagnóstico por la imagen en la instalación se remite a un Servicio/ unidad de diagnóstico por la imagen. El estudio se realiza en el momento oportuno</p> <p>Elementos de medición Evidencia de un procedimiento que permite acceder a los servicios de diagnóstico por la imagen.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>EP.7 Personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia realizan los test e interpretan los resultados.</p> <p>Si</p>	<p>Propósito Los test de diagnóstico por la imagen son realizados por personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de que las personas que realizan los test disponen de la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>EP.9 ♥ Comunicar los casos sospechosos de violencia domestica</p> <p>80% de calificación cumple con la función)</p>	<p>Propósito Comunicar a las autoridades oportunas los casos sospechosos de violencia domestica en cumplimiento de la actual normativa</p> <p>Elementos de medición Número de casos comunicados de violencia domestica × 100. Denominador: Número de casos con sospecha de violencia doméstica</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Función 04: Asistencia a los Pacientes (AP)

Visión

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

Algunas actividades básicas de la asistencia al paciente incluyen:

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

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

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

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

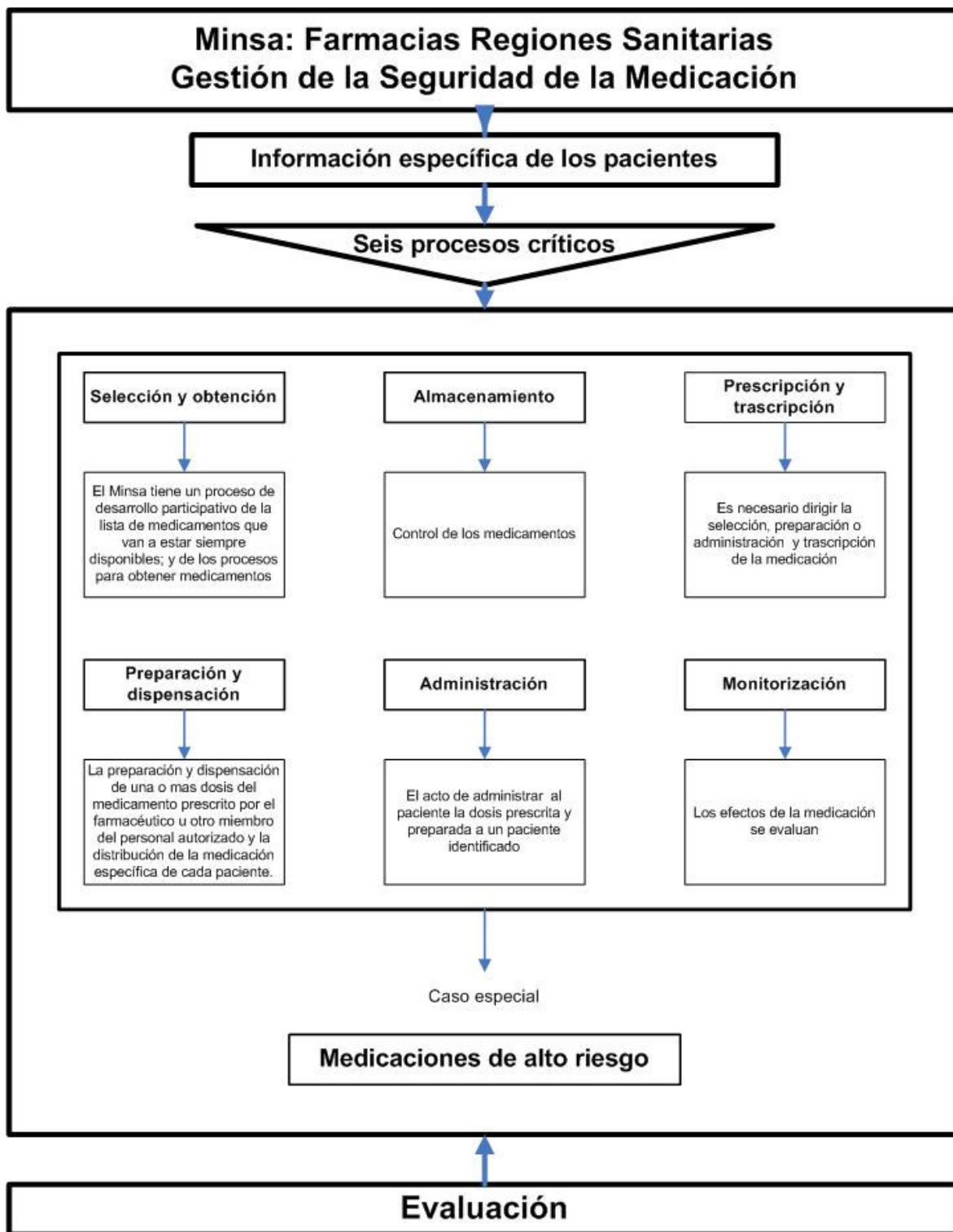
Objetivos	Propósito y Elementos de Medición
<p>AP. 2 ♥ De acuerdo con el Plan Protocolos de atención se estandarizan, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cinco protocolos médicos y cinco de enfermería por servicio 	<p>Propósito De acuerdo con las necesidades nacionales, regionales y locales pero siempre con la participación de los profesionales se realizará e implementará un Plan de Protocolos.</p> <p>Los protocolos de atención deben de fijarse por diferentes criterios entre los cuales está la morbilidad pero no es el único ya que deben tener en cuantos otros como las de mayor mortalidad, mayor riesgo, mayor coste, etc.</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de servicios hospitalarios de salud que cuentan con los protocolos de atención elaborados e implementados para las 5 principales morbilidades del servicio etc. Denominador: Total de servicios hospitalarios.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>AP.6 Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios con baciloscopia positiva.</p> <p>(80% cumple)</p>	<p>Elementos de medición Numerador: Baciloscopia positiva Denominador: /Total de sintomáticos respiratorios captados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>Áreas y procesos críticos o de especial riesgo</p>	
<p>AP.7 Homogeneizar la atención en procesos de atención para procesos críticos o de de especial riesgo.</p> <p>(80 % cumple)</p>	<p>Propósito La estandarización de la atención sanitaria debe realizarse no solamente en las procesos epidemiológicos mas relevantes sino también en una serie de procesos críticos transversales y de especial riesgo a muchas patologías de las organizaciones sanitarias como.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso del medicamento¹, • Nutrición • Enfermedades infecciosas • En pacientes inmunodeprimidos • Anestesia y sedación profunda, • Cirugía, • Técnicas invasivas, • Administración de sangre y/o hemoderivados, • Diálisis, • Urgencias, • Resucitación, • Cuidados intensivos , Soporte vital y Coma, <p>Se propone comenzar con un proceso critico como el uso del medicamento</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de protocolos en, procesos críticos de especial riesgo. Denominador: Total de procesos críticos o de especial riesgo</p> <p> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> </p>

¹ Se incluye estándar específico para el uso del Medicamento

Uso del medicamento	
Selección y Obtención de medicamentos	
<p>AP.8 Existe un Plan de Gestión y Uso seguro de los medicamentos.</p> <p>(se debe tener un plan escrito)</p>	<p>Propósito: Gestionar el uso seguro de los medicamentos. La Gestión en el uso del medicamento uso de medicación se organiza de manera eficaz para atender las necesidades del paciente. El uso del medicamento por sus características debe protocolizarse en los siguiente puntos críticos: Selección y obtención Almacenamiento Prescripción y transcripción Preparación y dispensación Administración Monitorización</p> <p>Elemento de medición Existencia del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>AP. 9 ♥ Existe un Plan para la Selección de medicamentos y obtención de medicamentos con criterios de calidad.</p> <p>(80% cumple según ficha técnica)</p>	<p>Propósito: La selección y obtención de medicamentos debe realizarse con criterios de calidad. Para ello es imprescindible disponer de datos de la calidad de los medicamentos adquiridos.</p> <p>Elemento de medición Numerador: Número de principios activos en cuyo mecanismo de obtención se han tenido en cuenta criterios de calidad. Denominador: Número total de principios activos. Nota: Los criterios de calidad en el proceso de obtención de un principio activo no se refieran a las características del mismo sino al proceso de fabricación e incluso durante el proceso de transporte hasta las instalaciones sanitarias del MINSA.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>Almacenamiento de medicamentos</p>	
<p>AP.10 ♥ Existe un Plan que regula el almacenamiento de medicamentos.</p> <p>(Farmacia o almacén deben tener un plan escrito)</p>	<p>Propósito El Plan de almacenamiento de medicamentos debe asegurar entre otros las:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caducidades. Debe tenerse en cuenta que las caducidades de algún medicamento varía en el momento en que se rompe el precinto (ejemplo suero fisiológico para instilaciones nasales, multidosis, etc.). • La temperatura de conservación de aquellos fármacos que lo precisen <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>AP.11 ♥ Se asegura que se controlan las caducidades y que no se administran medicamentos caducados.</p>	<p>Propósito: Implementar la parte correspondiente al almacenamiento del Plan de Gestión y Uso seguro del medicamento.</p> <p>Elementos de medición Registros de control de caducidades Inspección visual del área.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>AP.12 ♥ Los medicamentos termolábiles y otros se almacenan de acuerdo con el Plan de Gestión y Uso Seguro del Medicamento.</p> <p>(Farmacia debe implementar hoja de control)</p>	<p>Propósito La variación de la temperatura de almacenamiento de medicamentos termolábiles es esencial para asegurar sus propiedades farmacológicas.</p> <p>Debe controlarse la temperatura con termómetros de máxima y mínima. Debe registrarse diariamente la temperatura máxima y mínima. Si el rango de temperatura es inadecuado se actuara de acuerdo al Plan (se tomaran decisiones en relación a la validez del mismo o cambios en fecha de caducidad).</p> <p>Elementos de medición Registros de temperatura diarios acordes con el plan para los medicamentos termolábiles. Toma de decisiones correctas según el Plan.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>



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

Visión

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

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

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

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

Una educación eficaz se inicia pues con la evaluación de las necesidades de aprendizaje del paciente, de su familia y de los ciudadanos. Esta evaluación determina no tan solo aquello que hay que aprender, sino también la mejor manera de obtener ese aprendizaje. El aprendizaje es más eficaz cuando se adapta a las necesidades específicas del paciente, a sus valores religiosos y culturales, las capacidades de lectura y de lenguaje y cuando se produce en el momento adecuado del proceso de asistencia.

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

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

Objetivos, propósitos y elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
Planificación							
<p>EPFC.1 ♥ Plan de educación del Paciente y de su familia</p> <p>(Docencia y/o enfermería deben escribir el plan)</p>	<p>Propósito Algunas intervenciones sanitarias educativas se han mostrado con una muy favorable relación costo beneficio en términos de años de vida ganados con calidad y por tanto en eficiencia en el uso de los recursos sanitarios.</p> <p>La educación del paciente de su familia debe realizarse en el contexto de un Plan de Educación. El Plan de Educación debe basarse en las necesidades reales del MINSA, de cada Región Sanitaria, cada Instalación sanitaria y de cada especialidad o disciplina médica y de enfermería. Se tendrán en cuenta las estrategias nacionales. Se seleccionaran por criterios epidemiológicos, costo beneficio, riesgo, etc.</p> <p>Los Planes de Educación incluirán la atención, la prevención, la promoción y el medio ambiente.</p> <p>Elemento de medición Existencia de un Plan de Educación de Pacientes y familias acorde a las necesidades de la población</p> <table border="1" data-bbox="630 1024 1008 1073"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>EPFC.2 ♥ Se implementa el Plan de Educación del Paciente y de su familia</p> <p>(50% de cumplimiento es suficiente)</p>	<p>Propósito No solamente deben existir evidencias de que se ha ejecutado el Plan de Educación (carteles, folletos, jornadas, etc.) sino que el destinatario ha asimilado la educación impartida. Para ellos es necesario que personas capacitadas evalúen el aprendizaje del paciente o de su familia</p> <p>Elementos de medición Evidencias de cumplimiento del Plan (carteles, etc.) Numerador: Porcentaje de pacientes educados × 100. Denominador: Total de pacientes/ ciudadanos susceptibles de recibir educación con respecto al Plan.</p> <table border="1" data-bbox="630 1516 1008 1564"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
<p>Educación de los ciudadanos en Prevención de la enfermedad y Promoción de las Salud</p>							
<p>EPFC.3 Plan de educación a la población para prevenir las enfermedades y promocionar la salud</p> <p>(Docencia debe coordinar o escribir el plan)</p>	<p>Propósito La educación de los ciudadanos en la Prevención de la Enfermedad y la Promoción de la salud es un objetivo estratégico del MINSA.</p> <p>Para ello debe de realizarse un Plan basado en un diagnóstico inicial previo</p> <p>Elementos de Medición Plan elaborado</p> <table border="1" data-bbox="630 625 1013 680"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>EPFC.4 El Plan de educación a la población se implementa</p> <p>(Ipor Docencia)mplementar hoja de evaluación</p>	<p>Propósito Implementar el Plan. Evaluar que la educación se ha asimilado</p> <p>Elementos de Medición Medir la implementación del Plan</p> <table border="1" data-bbox="630 863 1013 911"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

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

Visión

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

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

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

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

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

La calidad y la seguridad arrancan en el trabajo diario de los profesionales sanitarios y del resto de personal. Los médicos y enfermeros(as) evalúan las necesidades de los pacientes y prestan asistencia, este capítulo les puede ayudar a mejorar notablemente su ayuda a los pacientes y a reducir los riesgos. Igualmente, los directivos, el personal de apoyo y otros pueden aplicar los estándares de este capítulo a su trabajo diario para comprender la manera de mejorar la eficacia de sus procesos, utilizar de manera más sabia los recursos y reducir los riesgos físicos.

Esta función pone énfasis en la necesidad de organizar bien y contar con un liderazgo claro en la continua supervisión, análisis y mejora de los procesos médicos y de gestión, para alcanzar los máximos beneficios. Este enfoque tiene en cuenta que la mayoría de los procesos de asistencia implican a más de un departamento o unidad y puede involucrar muchos trabajos individuales. Este enfoque también tiene en consideración que la mayor parte de asuntos de calidad médica y de gestión se relacionan entre sí.

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

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

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

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

- desarrollar un mayor apoyo de liderazgo para un programa a nivel de organización;

Convenio de Gestión 2008

- formar e implicar a más personal
- establecer prioridades más claras sobre qué controlar;
- basar decisiones en datos indicadores; y
- conseguir mejoras en base a comparativas con otras organizaciones, a nivel nacional e internacional.

Se usa el ciclo de mejorar de la calidad DPCA

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Liderazgo de la calidad y de la seguridad</p>	
<p>GMC.1 Los responsables del gobierno y dirección de la organización participan en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad.</p> <p>Si Firmas de participación</p>	<p>Propósito El liderazgo y la planificación son imprescindibles en la Mejora Continua de la Calidad y la reducción de riesgos para pacientes y personal</p> <p>Elementos de medición Participación de los Líderes en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>GMC.2 Existe un plan escrito para un programa de gestión y mejora de la calidad en el ámbito de todas las instalaciones</p> <p>Si Plan de Calidad actualizado</p>	<p>Propósito Existencia de un plan escrito</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan escrito</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición						
<p>GMC.3 Los líderes de la organización identifican medidas clave (indicadores) para supervisar las estructuras, procesos y resultados médicos y de gestión de la organización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de la gestión • satisfacción del paciente y de la familia • gestión financiera • Vigilancia epidemiológica y Tasas <p>(La evidencia son los Informes de Supervisión Clínica y de monitorización de la gestión, 80 % de cumplimiento es suficiente)</p>	<p>Propósito Monitorizar (medir y Comparar) y con arreglo a ello tomar decisiones de mejora Supervisión Clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaluación del paciente. • control de calidad y seguridad en radiología y laboratorio. • procedimientos quirúrgicos. • uso de antibióticos y otros medicamentos y los errores de medicación. • empleo de anestesia. • utilización de sangre y derivados sanguíneos. • disponibilidad, contenido y uso de las historias de los pacientes. • control de la infección, la vigilancia y los informes. • investigación médica. <p>Monitorización de la gestión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar de las actividades con arreglo a la ley y normativa. • gestión del riesgo. • gestión de la utilización. • satisfacción del paciente y de la familia. • expectativas y el grado de satisfacción del personal. • diagnósticos y datos de los pacientes. • gestión financiera. <p>Monitorización de la Seguridad de los Pacientes, familias y personal: Vigilancia, control y prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad de los pacientes, las familias y el personal.</p> <p>Vigilancia epidemiológica y Tasas</p> <p>Elementos de medición</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>Herramienta básica de calidad en el Convenio de Gestión: Ciclo DPCA</p>							
<p>GMC.4 ♥ El instrumento básico del convenio de gestión es el ciclo de mejora de la calidad</p> <p>Si</p>	<p>Propósito El objetivo del Convenio de Gestión es cumplir la misión del MINSA a través del cumplimiento de diferentes objetivos. La herramienta básica para alcanzar los objetivos es el ciclo de mejora continua PDCA</p> <p>Elementos de Medición Uso del ciclo PDCA como herramienta de mejora continua de la calidad</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>La Comparación del ciclo PDCA</p>	
<p>GMC.4.1 ♥ El proceso de análisis incluye comparaciones internas, con otras organizaciones y con los estándares científicos y las prácticas deseadas.</p> <p>Si Comparación con criterios de la Asociación Internacional de Cáncer , Americana y Europea</p>	<p>Propósito Medir y Comparar los datos en el contexto del Ciclo de Mejora de la calidad DPCA permite tomar decisiones de mejora. La fase C (Check) pretende medir y con el resultado de esta medición evaluar. Para evaluar hay que comparar</p> <p>El objetivo del análisis de datos es poder comparar una organización de 4 maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consigo misma a través del tiempo, cada mes o de un año para otro; • con organizaciones similares como la CSS, a través de bases de datos de referencia; • con estándares internacionales • con prácticas adecuadas identificadas a través de bibliografía, como las directrices prácticas. <p>Estas comparaciones ayudan a la organización a comprender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y ayudan a centrar esfuerzos de mejora.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de las comparaciones. Uso de las comparaciones para la mejora</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> NA </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Monitorización Clínica	
Monitorización de Incidentes	
<p>GMC.5 ♥ Los datos de la monitorización se evalúan intensivamente cuando se producen incidentes inesperados importantes y tendencias y cambios no deseados.</p> <p>(Si ocurren, auditoría investiga y hace el reporte, Se debe llevar un archivo de los reportes en Auditoría)</p>	<p>Propósito Ante determinados incidentes se debe realizar análisis exhaustivo para determinar la causa y prevenir que vuelvan a producirse. Entre estos incidentes deben contemplarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • muertes inexplicables o inesperadas • reacciones a la transfusión confirmadas; • efectos negativos de fármacos; • errores significativos en la medicación; • discrepancia importante entre el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio; y • incidentes negativos significativos con anestesia. <p>Las Región Sanitaria y las instalaciones/ Unidades de atención, preventivas determinan qué incidentes son significativos y determina los procesos para su análisis exhaustivo. Cuando se producen episodios o incidentes no deseados, la Región o la Instalación / unidad vuelve a diseñar los procesos para evitar que se vuelvan a producir.</p> <p>Elementos de medición Registro de incidentes inesperados. Medidas adoptadas</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
Comisiones clínicas de calidad en Hospitales	
<p>GMC.7 ♥ Comisión de mortalidad</p> <p>Si</p>	<p>Propósito Realizar ciclos DPCA en relación a la mortalidad del hospital y de los servicios / unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad global y por servicios • Mortalidad ajustada por riesgo • Mortalidad centinela (Mortalidad indebida. Ej.: Muerte materna en parto, muerte por reacción transfusional, suicidio, etc.) <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la unidad • Actas de funcionamiento • Análisis de la mortalidad y propuestas de mejora <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC.8 ♥ Comisión de infecciones nosocomiales</p> <p>(Si, 80 % cumple)</p>	<p>Propósito Control y prevención de la infección nosocomial</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la unidad • Actas de funcionamiento • Cumplimiento de función CI. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC.9 Comisión de ética y bioética asistenciales y de investigación</p> <p>(Si, implementar la comisión)</p>	<p>Propósito Recoger, analizar, evaluar y, en su caso, resolver los dilemas éticos relacionados con los derechos de los pacientes.</p> <p>Recoger, analizar, evaluar y, en su caso, resolver los dilemas éticos relacionados con los principios éticos de los profesionales y de la organización.</p> <p>Todo ello respetando la vigente normativa.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la unidad • Actas de funcionamiento • Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC.10 Existencia de la Comisión de Calidad Hospitalaria (Comité de Atención al Cliente) funcionando activamente.</p> <p>(Si, Creación de la comisión)</p>	<p>Propósito Ver función GMC</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la unidad • Actas de funcionamiento • Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes. <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Auditorias de expedientes</p> <p>GMC.11 Porcentaje de servicios que realizan auditorias clínicas de servicio sistemáticamente</p> <p>(un 70%, cumple, Se toman cinco (5) servicios (ginecología, Cirugía oncológica, Radioncología, hematología, oncología clínica)</p>	<p>Propósito Realización de auditorias de expedientes para mejorar</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de servicios que realizan auditorias de servicios sistemáticamente x 100. Denominador: Total de servicios hospitalarios programados Mostrar resultados de las auditorias</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC.12 Sistema de Atención al paciente</p> <p>(cada seis (6) meses, se realiza evaluación)</p>	<p>Propósito Establecer e implantar el Subsistema de Atención al Cliente del Sistema de Garantía de la Calidad y Mejoramiento Continuo, como mecanismo de información permanente al cliente, relacionado con los servicios que se ofrecen, horarios de atención y los instrumentos para la presentación de reclamos y sugerencias-</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación de un Comité de Atención al Cliente . • Informes mensuales de la información contenida en los buzones de sugerencias. • Informes de la comisión de calidad y de los círculos de calidad. • Informes del Comité de Bioseguridad. • Informe de las instalaciones que realizan auditorias de expedientes sistemáticamente y sus resultados. • Informe de las instalaciones que realizan encuestas de satisfacción de los usuarios sistemáticamente y sus resultados. • Supervisión directa de la existencia de la cartera de servicios, buzones de sugerencias, horarios de atención a la vista del cliente. • Análisis del informe de las reuniones del Comité de Atención al Cliente. • Análisis de los informes de la Comisión de Calidad y de los Círculos de Calidad. • Análisis de los informes del Comité de Bioseguridad. Análisis del informe de las Auditorias de Expedientes. • Análisis del informe de las Encuestas de Satisfacción. <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC 13 ♥ Porcentaje de áreas de atención con buzón de sugerencias</p> <p>(50% (3/6, tres (3) en áreas de hospitalización, uno (1) en 2do piso, uno (1) en consulta externa)</p>	<p>Elementos de medición Numerador Número de áreas de atención con buzón de reclamos y sugerencias x 100. Denominador: Total de áreas de atención</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC 14 Porcentaje de sugerencias analizadas y resueltas</p> <p>50% cumple</p>	<p>Elementos de medición Numerador: Número de reclamos y sugerencias solucionados x 100. Denominador: Total de reclamos y sugerencias recibidos</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

Visión

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

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

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

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

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

Objetivo	Propósitos y Elementos de medición						
Implementación del Plan							
CPI.3 Se implementa el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial Si	<p>Propósito Poner en funcionamiento el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial.</p> <p>Elementos de medición Evidencias de implementación del Plan</p> <table border="1" data-bbox="634 443 1008 491"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
Comisión de infecciones							
CPI. 4 Comisión de Infecciones Si Comisión Nosocomial, acta e informes	<p>Propósito Grupo multidisciplinar encargado de la prevención y control de la infección nosocomial</p> <p>Elementos de medición</p> <table border="1" data-bbox="634 716 1008 764"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

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

Visión

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

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

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

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

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

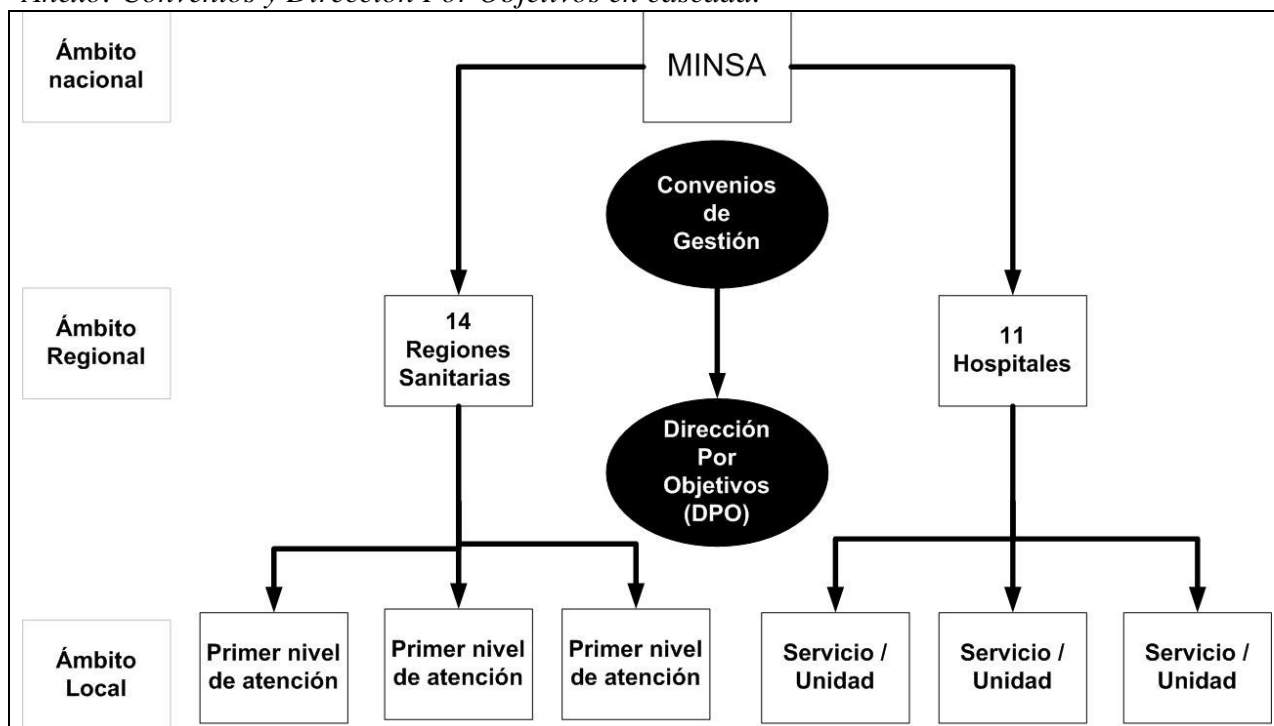
Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
Convenio de Gestión							
<p>GLD.1 ♥ El líder cumple los objetivos del Convenio de Gestión.</p> <p>Si</p>	<p>Propósito El líder de la organización es el responsable del cumplimiento del Convenio de Gestión. Para ello facilita los recursos humanos, materiales necesarios, y fija las políticas y estrategias que lo facilitan.</p> <p>Mensualmente evalúa el estado de los objetivos, y en su caso adopta las medidas necesarias para el cumplimiento</p> <p>Elementos de medición Evidencia del cumplimiento Convenio de Gestión.</p> <table border="1" data-bbox="651 1759 1029 1812"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Planificación	
<p>GLD. 3 ♥ Plan Estratégico</p> <p>Si</p>	<p>Propósito Los Órganos de Gobierno y alta dirección son los responsables del Plan Estratégico y el ciclo de mejora del mismo(PDSA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan: Diseñar el Plan estratégico 2004 – 2009 2. Do: Implantar el Plan estratégico de acuerdo al cronograma previsto 3. Check: Medir y evaluar el cumplimiento del plan 4. Act: Realizar, en su caso, correcciones al Plan y seguir con otro ciclo. <p>Divulgar y difundir el plan estratégico a todos los profesionales.</p> <p>Elementos de medición Plan diseñado de acuerdo a las necesidades de la organización. Evidencia de implementación del plan y del seguimiento PDCA.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GLD.4 Plan quinquenal de Inversiones en Salud 2004-2009</p> <p>Si</p>	<p>Propósito Planificar quinquenalmente las inversiones necesarias para el cumplimiento de la estrategia diseñada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura, • Equipamiento, • Salud Nutricional, Ambiental y • otros. <p>Elementos de medición Existencia del Plan. Ejecución del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GLD.5 Plan de Recursos humanos</p> <p>Si</p>	<p>Propósito Los líderes son los responsables de planificar los recursos humanos necesarios, su titulación, y de las políticas relacionadas con los mismos como la evaluación del desempeño y capacitación</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Los líderes y la mejora continua de la calidad</p>	
<p>GLD.10 Plan de Mejora Continua de la Calidad</p> <p>(Implementar el Plan)</p>	<p>Propósito Los líderes son los responsables de aprobar el Plan de mejora de la Calidad y de su evaluación y cumplimiento</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Los líderes y el Plan de Emergencias Catástrofes y Desastres	
GLD.11 Plan de Emergencias. (Formar una comisión de emergencias, desarrollar un Plan e implementarlo)	<p>Propósito</p> <p>Los líderes son los responsables de aprobar el Plan de Emergencias internas y externas (plan de emergencias y desastres) de acuerdo a los lineamientos del SISED. (Ver función GSI). Documento del Plan Operativo Regional de Respuesta Emergencias y Desastres:</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. • Acta de conformación Comité de Gestión de Riesgo hospitalariol. • Cronograma de Actividades del Comité de Gestión de Riesgo. • Análisis de Vulnerabilidad no Estructural y Funcional • Evidencia de la documentación. <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Anexo: Convenios y Dirección Por Objetivos en cascada:



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

Visión

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

- reducir y controlar los riesgos y los peligros;
- prevenir accidentes y lesiones; y
- mantener unas condiciones seguras.
- Una gestión eficaz incluye la planificación, la educación y la supervisión.
- Los líderes planifican el espacio, el equipo y los recursos necesarios para apoyar los servicios médicos facilitados de manera segura y eficaz.
- Se educa al personal sobre las instalaciones, la manera de reducir el riesgo y de supervisar e informar de situaciones que planteen riesgo.
- Los criterios de actuación se utilizan para supervisar sistemas importantes e identificar mejoras necesarias.

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

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

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

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

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
Sistema de Gestión del Entorno							
GSI.1 Diseñar e implementar un Sistema de Gestión del Entorno que contenga los siete planes siguientes	Diseñar todos los planes de seguridad, Vigilancia, Materiales Peligrosos, Emergencias y Desastres, Incendios y Equipo Médico. Seguir ciclos DPCA en todos los planes.						
Seguridad de las instalaciones							
GSI.1.1 Plan de Seguridad Si	<p>Propósito Que los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan <table border="1" data-bbox="634 625 1008 680"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table> </p>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
Vigilancia de las instalaciones							
GSI.1.2 Plan de Vigilancia Si	<p>Propósito Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de posibles lesiones o pérdidas.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan <table border="1" data-bbox="634 936 1008 991"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table> </p>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
Materiales y residuos peligrosos							
GSI.1.3 ♥ Plan de Materiales Peligrosos Si	<p>Propósito Se controla la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales radioactivos, entre otros, y se eliminan adecuadamente los residuos peligrosos.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan <table border="1" data-bbox="634 1285 1008 1339"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table> </p>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
Emergencias y Catástrofes							
GSI.1.4 ♥ Plan Operativo Regional de Emergencias y Desastres. NA	<p>Propósito Se planifica una respuesta eficaz ante epidemias, desastres y emergencias.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan <table border="1" data-bbox="634 1596 1008 1650"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table> </p>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
Seguridad ante el fuego y el humo							
GSI.1.5 ♥ Plan de Seguridad contra incendios. Si	<p>Propósito Se protege al edificio y a sus ocupantes del fuego y del humo.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan <table border="1" data-bbox="634 1864 1008 1917"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table> </p>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Equipamiento biomédico	
GSI.1.6 ♥ Plan de Equipo Médico. Si	Propósito El Equipo médico se selecciona, se mantiene (preventiva y correctivamente) y se utiliza de manera que se reduzcan los riesgos. Elementos de medición Existencia del Plan <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
Instalaciones 7	
GSI.1.7 Plan de Instalaciones (servicios Básicos) Si	Propósito Los sistemas eléctricos y de abastecimiento de agua, entre otros, se mantienen (preventiva y correctivamente) para minimizar el riesgo de fallos de funcionamiento. Elementos de medición Existencia del Plan <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA
Comité de Gestión del Riesgo Regional	
Implementación de los Planes	
GSI.3 Ejecución de los siete Planes (Documentar la ejecución)	Propósito Implementar los siete planes de Gestión y seguridad del entorno y de las instalaciones Elementos de medición Evidencias de implementación de los planes <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA

Función 10 Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)

Visión

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

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

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

Objetivos, propósitos y elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
Plan de capacitación							
FCP.1 Plan de capacitación (Desarrollar el Plan: Docencia, Rec. Humanos, Enfermería)	<p>Propósito Plan de capacitación global de la organización, que tenga al menos, en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El desarrollo de las funciones especificadas en este convenio • Las necesidades de capacitación de todas las personas en su ámbito de actuación. • La capacitación es continua. Se usa la evaluación del desempeño para detectar necesidades de capacitación <p>Elementos de medición Plan de capacitación</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> <td style="width: 15%;">5</td> <td style="width: 15%; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

<p>FCP.2 Cumplimiento del plan de capacitación</p> <p>(Llevar registros y archivarlos)</p>	<p>Propósito Implementar el plan de capacitación Cada uno de los miembros del personal recibe educación continua en el servicio y otra educación y formación para mantener o aumentar sus capacidades y conocimientos.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> Evidencia del cumplimiento del Plan Anual de Capacitación que incluye el Porcentaje de acciones ejecutadas planificadas vs porcentaje de acciones planificadas) Matriz de evaluación de la actividad de capacitación trimestral y anual. Informe de actividades de capacitación. Listas de asistencias y horas crédito de los participantes Informe de evaluaciones posterior a la capacitación Acta de conformación de la UDR (Unidades de Docencia Regional). Actas de reuniones de la UDR <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Evaluación del desempeño</p>	
<p>FCP.3 Se evalúa el desempeño de los profesionales de la organización</p> <p>(SERVICIOS Administrativos ENFERMERIA MEDICOS</p> <p>50% cumple con la función)</p>	<p>Propósito La evaluación del desempeño de los profesionales es básica para que las personas cumplan adecuadamente su papel en la organización. Los resultados de la evaluación se usan para mejorar.</p> <p>En todo caso se respetaran la normativa vigente</p> <p>Elementos de Medición Numerador: Numero de profesionales a los que se ha evaluado el desempeño $\times 100$. Denominador: Numero total de profesionales.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Capacitación en Convenio de Gestión</p>	
<p>FCP.6 ♥ Capacitación en Convenio de Gestión.</p> <p>(divulgar y capacitar al personal del ION, llevar registros y archivar)</p>	<p>Propósito Capacitación en significado, contenido y alcance de los Convenio de Gestión a los profesionales sanitarios y no sanitarios. La capacitación incluye el ciclo de mejora de la calidad PDCA</p> <p>Elementos de medición Informe y listado de los participantes a la capacitación Convenios de gestión firmados entre las instalaciones y los servicios. Análisis de evaluaciones posteriores a la capacitación realizada. Verificación de los convenios de gestión firmados.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

Visión

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

Las organizaciones se vuelven más eficaces con el tiempo en:

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

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

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

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

<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>(Sistemas)</p>	<p>Propósito Las historias del paciente y otros datos e información están seguros y protegidos en todo momento. Por ejemplo, las historias clínicas vigentes se guardan en áreas a las que sólo puede acceder el personal autorizado y los archivos se mantienen en lugares protegidos del calor, el agua, el fuego u otros. La organización también contempla el acceso no autorizado a información electrónica e implementa procesos para evitar su acceso.</p> <p>Elementos de Medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se protegen los archivos y la información contra la pérdida o destrucción. 2. Se protegen los archivos y la información de la manipulación y el uso o acceso desautorizado. <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>Códigos de información</p>	
<p>GIU.2 La organización utiliza códigos diagnósticos, códigos de procedimientos, símbolos y definiciones estandarizadas.</p> <p>(Sistemas, REMES)</p>	<p>Propósito La terminología, las definiciones, el vocabulario y la nomenclatura estandarizada facilitan la comparación de los datos y de la información entre las organizaciones y dentro de ellas. El uso uniforme de códigos de diagnóstico y de procedimiento apoya el análisis y la recogida de datos. Las abreviaturas y símbolos también están estandarizados con arreglo a los estándares locales y nacionales reconocidos. (Se refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE)</p> <p>Elementos de Medición Se utilizan códigos de diagnóstico estandarizados.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se utilizan códigos de procedimiento estandarizados. 2. Se utilizan símbolos y definiciones estandarizados. <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>GIU.3 El plan de Información se implementa y apoya mediante personal adecuado y otros recursos.</p>	<p>Propósito Implementar el Plan de Información. Apoyar el Plan de Información mediante personal adecuado y otros recursos.</p> <p>Elementos de Medición Implementación del Plan Evidencia de recursos del Plan de Información</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Subsistemas de información	
<p>GIU.6 Mantener actualizados los subsistemas de información en salud regional y local en todos sus componentes (clínico asistencial, de participación social, de gestión, recursos humanos, financieros y contables).</p> <p>(Elaborar hojas resumidas de los informes, implementar y archivar, REMES, Relaciones Públicas, UAGyP, RH, Finanzas)</p>	<p>Propósito Evidenciar la existencia del subsistema de información estadístico, boletines, instrumentos de informes de participación social, de gestión, sistema de información financiera y contable, como de evaluación del recurso humano</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> Instrumentos de registro que componen el subsistema estadístico clínico asistencial. Boletín Estadístico Anual 2005. Instrumentos de registros de informes actualizados de participación social con compromisos por parte de la comunidad. Informe de evaluación de la gestión. Informe de evaluación del recurso humano. Informes de resultados de ejecución financiera, contable. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.7 Evidencia de un subsistema de información estadística clínico asistencial actualizado y acorde a las normas del MINSA</p> <p>SI</p>	<p>Propósito Inventario de los instrumentos de registro que componen el subsistema clínico asistencial. Verificación de las 5 variables básicas de los instrumentos de registro. Presentación del Boletín Estadístico Anual del año anterior</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Informes	
<p>GIU.8 Evidencia de informes de participación social</p> <p>(MEMORIA ANUAL, Rel. Publicas)</p>	<p>Propósito Presentación de informes</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.8.1 Evidencia de informes de gestión</p> <p>(UAGyP, REMES)</p>	<p>Propósito Presentación de informes de gestión</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>GIU.8.2 Evidencia de informes de recursos humanos</p> <p>(RH debe presentar informes)</p>	<p>Propósito Presentación de evaluaciones del recurso humano</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.8.3 Evidencia de informes financieros</p> <p>(Finanzas)</p>	<p>Propósito Presentación del sistema de información financiero</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.8.4 Evidencia de informes contables</p> <p>(Finanzas)</p>	<p>Propósito Presentación del sistema de información contable</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9 Gestión de la utilización de las instalaciones sanitarias</p>	<p>Los objetivos de Gestión de la Utilización se refieren en algún caso a hospitales (egresos, altas, etc.) pero en otros pueden ser relacionarse con hospitales y con otros niveles asistenciales (Ejemplo: Consultas externas, emergencias, etc. Cada unidad cumplimentará aquellos que le correspondan</p>
<p>GIU.9.1 Pacientes ingresados en el hospital y en cada servicio/ unidad</p> <p>(REMES)</p>	<p>Propósito Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p>Elementos de medición Nº de pacientes ingresados en el total del hospital y en cada servicio/ unidad. Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria.</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.2 Egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad</p> <p>SI</p>	<p>Propósito Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p>Elementos de medición Nº de egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad. Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>GIU.9.3 Estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad</p> <p>(REMES)</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.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.4 Camas instaladas en el conjunto del hospital y en cada unidad/ servicio</p> <p>(148 TOTAL DISPONIBLES DE ACUERDO A LA DEMANDA)</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Número de camas totales instaladas en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En todo el hospital • En cada servicio/ unidad <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.5 Camas funcionantes en el conjunto del hospital y en cada servicio/ unidad</p> <p>(Distribución de las camas por piso y servicios)</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.6 Estancia media para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>(REMES)</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de días de estancia hospitalaria. Denominador: Número total de egresos</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.7 Porcentaje de ocupación para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>(REMES)</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de días camas utilizado en el total de hospital / cada servicio o unidad 100. Denominador: Número de días cama disponible</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.8 Giro cama para todo el hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>REMES</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de egresos en el total del hospital o cada servicio/ unidad. Denominador: Número total de cama</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>GIU.9.9 Porcentaje de utilización de quirófanos de todo el centro y de y cada servicio/ unidad quirúrgica</p> <p>(Incluir quirófanos completos disponibles 24 horas y horas utilizadas por quirófano) (4 quirófanos disponibles en 8am a 2pm en días laborables, y 1 de 2pm a 8 a.m., sab dom y días feriados)</p>	<p>Propósito Conocer la eficiencia en el uso de los quirófanos.</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de horas de quirófano utilizados en el total del centro y en cada servicio/ unidad. Denominador: Número total horas de quirófano disponibles en el total del centro y en cada servicio/ unidad.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.10 Porcentaje de egresos programados en el total del hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>(aplicar fórmulas del libro de Barkin)</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de egresos programados en el total el hospital y en cada servicio/ unidad X 100. Denominador: Número total de egresos</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.12 Número de quirófanos</p> <p>5 EN EL 2DO PISO DE LOS CUALES 4 TIENEN EQUIPO HUMANO COMPLETO 3 EN EL 7MO PISO DE LOS CUALES SE UTILIZA 1 LOS LUNES PARA RADIOTERAPIS</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"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA</p>
<p>GIU.9.13 Porcentaje de intervenciones de cirugía ambulatoria para todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica</p> <p>(SE PACTA UN MÍNIMO DE 30. % PARA TODO EL HOSPITAL)</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica X 100. Denominador: intervenciones quirúrgicas 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"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <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>(Pactado: 20 %, MÀXIMO)</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica X 100. Denominador: total intervenciones quirúrgicas</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA</p>

<p>GIU.9.15 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.</p> <p>(Se pacta 20%)</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de Medición Numerador: Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas. Denominador: Número de intervenciones quirúrgicas programadas x 100</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.16 Número de locales destinados a Consultas Externas</p> <p>50 cubículos para CE</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de Medición N° de locales destinados a las consultas externas del total de la instalación y de cada servicio/ unidad</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.17 Consultas ambulatorias totales y sucesivas en el total de la instalación y en cada especialidad/ unidad</p> <p>(Totales , REMES, verificar el indicador.)</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de Medición Número de locales instalados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.18 Tasa de retorno en consulta externa.</p> <p>80%</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de consultas subsecuentes en el total del hospital y en cada servicio/ especialidad X 100. Denominador: Número total de primeras consultas.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Productos intermedios</p>	
<p>GIU.9.19 Numero de Estudios de Imagenología: ecografías, Tomografías, etc.</p> <p>(Tomografías 6700. Estudios de imagenologia totales 22500)</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de Medición Informe con los datos solicitados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>GIU.9.20 Otras actividades (Desarrollar cartera de otros procedimientos, desagregar la cartera principal)</p>	<p>Propósito Conocer la cartera de servicios de todos los procedimientos.</p> <p>Elementos de Medición Informe de la cartera de servicios de aspectos no contemplados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG, EMG, etc., • Diálisis, • Radioterapia (campos, pacientes y sesiones) • Etc. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.21 Porcentaje de Abastecimiento: Medicamentos Insumo Médico-Quirúrgico</p>	<p>Propósito Existencia de abastecimiento.</p> <p>Elementos de Medición Inventario de Medicamentos e Insumo Médico-Quirúrgico</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

Visión

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

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

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

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

Prevención de la enfermedad

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
Planificación							
PPS.1 ♥ Plan de Salud	<p>Propósito De acuerdo con las necesidades de la población se realiza un plan de salud que permita prevenir la enfermedad y promocionar la salud. El Plan tiene en cuenta un diagnóstico inicial de situación.</p> <p>Elementos de Medición Realización del Plan</p> <table border="1" data-bbox="634 1434 1008 1482"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
PPS.1.1 ♥ Cumplimiento del Plan	<p>Propósito Implementar el Plan. Realizar ciclos de mejora DPCA</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento del Plan</p> <table border="1" data-bbox="634 1665 1008 1713"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Promoción de la salud

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Planificación	
<p>PPS.8 ♥ La organización dispone de un Plan de promoción de la salud</p>	<p>Propósito Realizar un Plan de Promoción de Salud en base a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos estratégicos del MINSA • Organizaciones internacionales • Diagnóstico inicial previo • Necesidades de promoción de la salud con criterios: • Coste beneficio • Epidemiológicos y demográficos • Riesgo <p>Desarrollar en el Plan el rol de la Participación Social</p> <p>Elementos de Medición Realización y aprobación de Plan</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>Desarrollo de Plan de Promoción a la salud</p>	
<p>PPS.9 Implementación de Plan de Promoción de la Salud</p>	<p>Propósito Desarrollar el Plan de Promoción de la Salud, Monitorizarlo,</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de la implementación del Plan</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>PPS.10.5 Porcentaje de redes de apoyo formadas (tercera edad, adolescente, iglesia, cívicos, deportivos, profesionales, empresa privada, y otros)</p>	<p>Numerador: Número de redes de apoyo formadas x 100. Denominador: Total de redes de apoyo programadas</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

o

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

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

Gestión Económica Financiera

Visión

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

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Planificación	
<p>GEF-L. 1 Plan del Sistema de Gestión Económico Financiero</p> <p>Finanzas)</p>	<p>Propósito Diseñar e Implementar un Sistema de Gestión Económico Financiero</p> <p>Elementos de medición Sistema de Gestión Económico Financiera elaborado e implementado</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Eficiencia	
<p>GEF-L.2 ♥ La organización mejora la eficiencia</p> <p>(Como mejoran los indicadores en el tiempo, Cuadros comparativos de indicadores de gestión, UAGyP,)</p>	<p>Propósito Mejorar continuamente los niveles de eficiencia en el ejercicio de las funciones, sin menoscabo de la calidad de la provisión de los servicios de salud a la población y al ambiente</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de mejoras en la eficiencia</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Incentivos a la eficiencia	
<p>GEF-L.3 ♥ La organización establece incentivos a la mejora de la eficiencia</p> <p>(Mostrar evidencias)</p>	<p>Propósito Los ahorros en los presupuestos sombra anuales de los diferentes servicio unidades de prevención, promoción o asistencia son reinvertidos en la misma con el fin de mejorar la misión.</p> <p>Se tienen en cuenta las indicaciones de los responsables de le mejora de la eficiencia (ahorro) en el destino de los recursos monetarios. Ejemplo: Capacitación, asistencia a Cursos y Congresos, Herramientas informáticas para cumplir mejor la misión, Libros relacionados con su función en la organización. Etc.</p> <p>Los recursos comprados por este método serán propiedad d la organizaron.</p> <p>En todo caso se cumplirán las leyes y normativas</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de cumplimiento de este objetivo</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
Contabilidad analítica	
<p>GEF-L.4 La organización usa la contabilidad analítica para la toma de decisiones</p> <p>(Mostrar análisis de los costos, Finanzas)</p>	<p>Propósito La contabilidad analítica permite conocer los costes de cada unidad/ servicio. El conocimiento de los costes sirve para tomar decisiones y mejora la eficiencia.</p> <p>Elementos de Medición Evidencia del uso de la Contabilidad Analítica para la toma de decisiones</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
Producto final hospitalario	
<p>GEF-L.5 La organización mide el producto final hospitalario</p>	<p>Propósito La organización mide del producto hospitalario mediante técnicas de agrupación de diagnósticos al alta en grupos isocoste tipo GRDs o similar. Para ello utiliza el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta (CMBD)</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de la medición del producto final hospitalario. Evidencia del uso del Producto Final Hospitalario para tomar decisiones de mejora</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Facturación a terceros			
GEF-L.6	♥	Se	factura
correctamente a terceros			<p>Propósito La facturación correcta de los servicios prestados a terceros es esencial para ingresar los recursos monetarios correspondientes.</p> <p>La facturación a la CSS en ocasiones debe facturarse por actividades y no consultas.</p> <p>Elementos de medición Presentar número y porcentaje de actividades facturadas por servicios prestados a asegurados en instalaciones de MINSA.</p>
(Servicios Externos, Auditoría Finanzas)			<p>Evidencia de la documentación oportuna para la facturación de la compensación por servicios prestados a asegurados atendidos en las instalaciones del MINSA</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Gestión Logística

Visión

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
Planificación	
<p>GEF-L.7 Sistema de Gestión de Logística.</p> <p>Direcc. Admist, UAGyP,, Incluir un Plan General de Gestión Logística)</p>	<p>Propósito Diseñar un Sistema de Gestión de Logística (poner esquema fases logística)</p> <p>Elementos de medición Plan de Logística elaborado</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Capacitación	
<p>GEF-L.8 Capacitación en logística</p> <p>(Docencia, RH, contratar expertos externos) Documento de Introducción a la Gestión Logística</p>	<p>Propósito Capacitar en logística de acuerdo a un plan acorde con las necesidades. Evaluar el grado de capacitación en el Sistema de Gestión de Logística</p> <p>Elementos de medición Numerador: N° de personas con Capacitación y evaluación adecuada de la misma. Denominador: N° de personas totales a evaluar según el plan de capacitación</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Mejora de la calidad	
<p>GEF-L. 9 Mejora de la actuación en logística</p> <p>(Direcc. Adm, UAGyP)</p>	<p>Propósito Controlar y mejorar la actuación en cada paso de la logística desde la evaluación de necesidades, selección de proveedores y control de calidad en resultados.</p> <p>Elementos de medición</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GEF-L.10 Información y datos agregados de la logística</p>	<p>Propósito Planificar e Implementar indicadores de cada uno de los procesos y funciones críticas de la logística.</p> <p>Elementos de medición Obtener información y datos agregados de la logística</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Control de stocks estratégicos							
<p>GEF-L.11 ♥ Los stocks se ajustan a las necesidades.</p> <p>(Comisión de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, Almacen, Kardex, Presupuesto</p>	<p>Propósito Adecuar los stocks a las necesidades. Tener en cuenta los suministros estratégicos o esenciales. Los stocks de medicamentos de acuerdo a las necesidades son estratégicos para la organización.</p> <p>Elementos de Medición Evaluación de la adecuación de stocks a las necesidades</p> <table border="1" data-bbox="634 443 1008 491"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
Facturación a terceros							
<p>GEF-L.12 Evidencia de la documentación oportuna para la facturación de la compensación por servicios prestados a asegurados atendidos en las instalaciones del MINSA.</p> <p>(Servicios Externos, Finanzas, Auditoría)</p>	<p>Propósito La facturación correcta de los servicios prestados a terceros es esencial para ingresar los recursos monetarios correspondientes.</p> <p>La facturación a la CSS en ocasiones debe facturarse por actividades y no consultas.</p> <p>Debe de realizarse un plan que permita la facturación de servicios a terceros como la CSS. El Plan debe incluir datos que permitan medir más adecuadamente el producto hospitalario; en el caso de hospitalizaciones la medición del producto hospitalario (case-mix, GRDs, PMCs) tiene una gran repercusión económica por lo que deben de iniciarse un Plan para su medición.</p> <p>En el caso de Consultas externas, aunque existen criterios de medición del case-mix so de menos implantación por lo que se puede establecer una ponderación para cada especialidad y/o si se trata de primeras consultas o segundas. En el caso de consultas sucesivas debe establecerse una ratio primeras/ sucesivas.</p> <p>Los productos intermedios como laboratorios, imagenología deben de facturarse con tarifas específicas.</p> <p>Para una correcta facturación es imprescindible recoger toda la actividad realizada en un único Servicio de Admisión, Consultas y Citaciones (REMES) y Archivos. En el caso de la medición del Case Mix es ineludible la recogida del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos).</p> <p>Elementos de medición Presentar número y porcentaje de actividades facturadas por servicios prestados a asegurados en instalaciones de MINSA.</p> <table border="1" data-bbox="634 1738 1008 1789"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

ANEXO 5

Protocolo de monitoreo y evaluación del desempeño del HOSPITAL

PROTOCOLO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PROVEEDOR

Este ANEXO describe el protocolo y los indicadores establecidos para el monitoreo y evaluación del desempeño del PROVEEDOR en el presente CONVENIO.

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

Los objetivos del monitoreo son:

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

Proceso metodológico del monitoreo y evaluación del CONVENIO

El MINSA utilizará para la medición del cumplimiento de los objetivos pactados en el CONVENIO para este período, el sistema de evaluación que se establece en este documento, desarrollando una evaluación anual con monitoreos cuatrimestrales, que se ejecutarán a partir de la vigencia del CONVENIO, en donde se medirán uno a uno los objetivos e indicadores pactados, relacionando lo programado con lo alcanzado. Al efecto, el MINSA delega en la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud la conducción técnica del CONVENIO; así como, la labor de evaluación del cumplimiento de sus objetivos.

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

La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud para la conformación del equipo evaluador, podrá requerir a cualesquiera de las unidades técnicas institucionales que resulten competentes en razón de la materia, para la verificación del cumplimiento de objetivos o producción pactada a cargo del PROVEEDOR, con el propósito de obtener criterios especializados indispensables para el análisis y evaluación final de resultados y para fortalecer y dar carácter integral a las intervenciones.

Los indicadores para realizar la evaluación son los negociados entre el MINSA y el PROVEEDOR y contenidos en los anexos de este CONVENIO. Previo a la realización de las actividades de monitoreo y evaluación, el MINSA deberá comunicar la programación al PROVEEDOR con 15 días de antelación.

Convenio de Gestión 2008

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

Los resultados de la evaluación serán comunicados oficialmente al PROVEEDOR en un período de tres semanas. En caso de insatisfacción con los resultados de la evaluación, el PROVEEDOR solicitará la revisión de su evaluación a más tardar quince días después de haber recibido oficialmente los resultados de la misma. La instancia de apelación será el titular de la Dirección de Planificación de Salud del MINSA quien orientará la solución debida en un período no mayor a quince días hábiles. Si aún existiese desacuerdo, el PROVEEDOR para dirimir el desacuerdo, apelará al titular de la Dirección de Asesoría Legal del MINSA su insatisfacción, en un período no mayor de cinco días hábiles después de haber recibido la resolución. El titular del MINSA tendrá quince días hábiles para responder a la apelación. Si en el periodo estipulado para cualquiera de los niveles de apelación no se diese respuesta, la misma se da por aceptada.

Monitoreo de Indicadores de Gestión

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

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

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

Serán motivo de evaluación las trece (13) Obligaciones del PROVEEDOR suscritas en el presente CONVENIO, las cuales tendrán un valor de 130 puntos.

Elementos de puntuación

Objetivos con indicadores conceptuales:

- Tendrán cinco intervalos de medición y posibilidad de No Aplicable (NA):
 - 1: Nula evidencia de cumplimiento
 - 2: Alguna evidencia de cumplimiento
 - 3: Evidencia
 - 4: Evidencia clara
 - 5: Evidencia total
 - NA: No Aplicable

1 2 3 4 5 NA

Las posibilidades de evaluación serán Si, No y NA:

- Si
- No
- NA: No Aplicable

Si	No	NA
----	----	----

Objetivos tipo numéricos (Tasas, etc.)

Se medirán igual que en el 2006, es decir un número resultante de una operación matemática. Los expertos del MINSA propondrán con carácter nacional que puntuación corresponde a cada porcentaje.

Tabla 1: Ejemplo de puntuación de un objetivo tipo tasa

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

Matriz común de equivalencias entre numéricos y conceptuales

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

Tabla 2: Equivalencias entre medición de indicadores y calificaciones

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

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

Objetivos esenciales o núcleo:

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

Ponderación inicial de las funciones

Cada función tiene un valor de 5 puntos, es decir el total de puntos es de 65 puntos. En principio todos los indicadores de cada función tienen el mismo valor.

Las autoridades sanitarias podrán establecer ponderaciones diferentes a cada indicador y a cada función

Nivel requerido de esfuerzo según el tipo de indicadores:

Indicadores no core: Obtener “Bastante evidencia de promedio”: Puntuación 4
Tener, al menos, “*Evidencia*” en todas las funciones:
Puntuación 3

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

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

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

Obligaciones, indicadores y Objetivos:

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

Puntuación final del Convenio de Gestión

Clasificación Inicial

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

- Excelente
- Muy Bueno
- Bueno
- Regular
- Deficiente

Puntuación	Criterios para obtener la puntuación
Excelente	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores $\geq 4,5$ puntos, y • Todas las funciones con una puntuación $\geq 2,5$ puntos, y • Promedio de puntuación de indicadores core $\geq 4,5$ puntos, y • Todos los indicadores core con puntuación $\geq 3,5$ puntos, y
Muy bueno	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores entre 3,5 y 4,4 puntos, y • Todas las funciones con una puntuación $\geq 2,5$ puntos, y • Promedio de puntuación de indicadores core $\geq 4,5$ puntos, y • Todos los indicadores core con puntuación $\geq 3,5$ puntos
Bueno	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores entre 2,5 y 3,4 puntos, y • Todas las funciones con una puntuación $\geq 2,5$ puntos, y • Promedio de puntuación de indicadores core $\geq 4,5$ puntos, y • Todos los indicadores core con puntuación $\geq 3,5$ puntos
Regular	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores entre 2,4 y 1,6 puntos, o • Una o dos funciones con una puntuación $\leq 2,4$ puntos, o

Puntuación	Criterios para obtener la puntuación
	<ul style="list-style-type: none">• Promedio de puntuación de indicadores core $\leq 4,4$ puntos, o• Más del 10% de los indicadores core con un n° de puntos $\leq 3,5$.
Deficiente	<ul style="list-style-type: none">• Promedio total de todos los indicadores $< 1,6$ puntos, o• Tres o mas funciones con una puntuación $< 1,6$ puntos, o• Promedio de puntuación de indicadores core $\leq 4,4$ puntos, o• Mas del 10% de los indicadores core con un n° de puntos $\leq 3,5$

Subclasificación dentro de cada grupo

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

Funciones o aspectos más relevantes

Son especialmente relevantes:

- **Función 12:** Casi todo es muy relevante por lo que todos los aspectos relacionados con prevención son core
- **Cartera de servicios:** Es esencial.