

**CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD
Y EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
PARA LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS**

Los suscritos a saber: Doctora Rosario Turner, mujer panameña, mayor de edad, Doctora en Medicina, con cédula de identidad personal N°.PE-5-475, en su condición de Ministra de Salud, actuando en nombre y representación del **Ministerio de Salud**, por una parte; y por la otra el Doctor Jaime Armijo Martínez, panameño, mayor de edad, Doctor en Medicina, Psiquiatra, con cédula de identidad personal N° 8-118-677, en su calidad de Director General del **Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM)**, han convenido en celebrar el presente Convenio de Gestión, que tiene como finalidad establecer objetivos, actividades y metas para la gestión eficiente de la provisión de servicios hospitalarios de Salud Mental y mejorar la calidad de atención de los usuarios de los servicios de salud. Para una mejor comprensión del presente documento al Convenio de Gestión, se denominará **CONVENIO**, al Ministerio de Salud, el **MINSA** y al Instituto Nacional de Salud Mental, el **PROVEEDOR**.

CONSIDERANDO

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

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

Que el Proceso de Modernización Institucional tiene como objetivo básico, la búsqueda de la eficacia, eficiencia y calidad en la provisión de los servicios hospitalarios, mediante el fortalecimiento de funciones administrativas, financieras y operativas centrales, regionales y locales, establece el principio de equidad de la gestión de los servicios públicos de salud mediante la adecuada asignación de recursos, según los problemas y necesidades de salud de las poblaciones.

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

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

Que el objetivo del presente **CONVENIO** es ir creando una nueva cultura hacia la calidad y la eficiencia, cambiando la forma de gestión de la red de proveedores públicos, a los que el Ministerio de Salud asignará recursos para brindar servicios de salud a la población bajo su responsabilidad de acuerdo a objetivos

previamente pactados; en función al mejoramiento de la gestión en salud en el ámbito central, del Instituto, regional y del Ministerio de Salud, condiciones básicas para optimizar el uso de los recursos y diseñar las estrategias dentro de la organización, con el fin de atender los principales problemas de salud de la población de su área de responsabilidad.

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

ACUERDAN

Suscribir el presente **CONVENIO** que se registrá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA I: DEL OBJETO DEL CONVENIO DE GESTION

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

INSAM atenderá la población asignada, cumpliendo con las condiciones legalmente exigibles a la provisión de servicios hospitalarios, de conformidad con las estimaciones. La población adscrita directa del **INSAM** es de 3.228.186 habitantes.

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

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

Para el cumplimiento del objeto contractual el **INSAM** 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 **INSAM** para la operación de los servicios hospitalarios, en razón del grado de complejidad y categoría funcional asignados por la legislación en salud vigente.

CLAUSULA II: DE LA PRODUCCIÓN DEL PROVEEDOR

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

El **INSAM** deberá asumir y facilitar los servicios de salud y provisión de servicios establecidos en la cartera de servicios que le son exigibles en razón de la capacidad resolutoria y nivel de complejidad de la

instalación. ANEXO 1.

CLAUSULA III. DE LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES

El MINSA estará obligado a:

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

El PROVEEDOR estará obligado a cumplir las siguientes funciones:

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

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

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

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

Esta función regula los procesos para

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

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

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

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

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

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

La información es esencial para tomar decisiones acertadas acerca de

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

Función 03: Evaluación del Paciente (EP)

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

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

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

Función 04: Asistencia a los Pacientes (AP)

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

Algunas actividades básicas de la asistencia al paciente incluyen

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

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

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

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

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

Personal muy diverso de la organización educa a los ciudadanos, a los pacientes y a sus familias. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con su médico o con el personal de enfermería. Otros facilitan educación al prestar servicios específicos como la rehabilitación o la terapia de nutrición o preparan al paciente para el alta o la continuación de la asistencia. Puesto que una buena parte del personal ayuda en la educación del paciente y de las familias, es importante que el personal coordine sus actividades y se centre en aquello que los pacientes necesiten aprender.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Diseñar correctamente nuevos procesos médicos y directivos;
- Implementar los nuevos procesos
- Supervisar el correcto funcionamiento de los procesos mediante la recopilación de datos de indicadores.

- Analizar los datos; e
- Implementar y mantener cambios que deriven en mejora.

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

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

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

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

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

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

Se usa el ciclo de mejorar de la calidad DPCA

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, de-sastres 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; y 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.

CLAUSULA IV: MONTO DEL CONVENIO

El MINSA asignará al INSAM para financiar su cartera de servicios pactada en el ANEXO 1 hasta un máximo de _____ balboas (B/. _____), para el periodo de vigencia fiscal 2009, el cual se ejecutará conforme la asignación presupuestaria por rubro. La ejecución presupuestaria se basa en las Normas Generales de Administración Presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas y las Políticas de Gasto del Ministerio de Salud.

CLAUSULA V: DE LA METODOLOGÍA DE LA FORMULACIÓN PRESUPUESTARIA

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

CLAUSULA VI: DEL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PROVEEDOR

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 INSAM ante situaciones calificadas en salvaguarda del interés general.

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 INSAM. ANEXO 5.

CLAUSULA VII. INCENTIVOS AL DESEMPEÑO

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.

CLAUSULA VIII: DE LOS ANEXOS

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

1. Cartera de Servicio y Producción Pactada
2. Indicadores de Evaluación Contractual de las Obligaciones del MINSA
3. Protocolo de Monitoreo y Evaluación del Desempeño del PROVEEDOR y de las Obligaciones de PROVEEDOR

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

CLAUSULA IX: DE LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

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

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

La conducción técnica del CONVENIO deberá generar las anotaciones marginales respectivas que formalicen los ajustes y éstos deben ser notificados a los evaluadores, quienes deberán acatarlos.

CLAUSULA X: VIGENCIA

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

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 2009.

DRA. ROSARIO TURNER
Ministra de Salud

DR. JAIME ARMIJO M.
Director General INSAM

ANEXOS

ANEXO 1
Cartera de Servicios y Producción Pactada

**CARTERA DE SERVICIOS DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL**

| | Producción | | | Producción 2009 |
|---|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| | Pactado 2008 | Producción 2008 | Pactado 2009 | |
| Total General de Camas | 180 | 180 | 180 | |
| a. Centro de Atención Integral | 55 | 55 | 55 | |
| b. Centro de Estudio y Tratamiento en Adicciones | 20 | 20 | 20 | |
| c. Crónicos | 105 | 105 | 105 | |
| Días Camas | 60,121 | 65880 | 65880 | |
| a. Centro de Atención Integral | 18,370 | 20,130 | 20130 | |
| b. Centro de Estudio y Tratamiento en Adicciones | 6,680 | 7,320 | 7320 | |
| c. Crónicos | 35,070 | 38,430 | 38430 | |
| Admisión | 920 | 794 | 794 | |
| Asegurado | 160 | 80 | 80 | |
| No asegurados | 760 | 714 | 714 | |
| % Asegurado | 17.3 | 10.0 | 10.0 | |
| % No Asegurados | 82.6 | 90.0 | 90.0 | |
| Egresos | 815 | 736 | 736 | |
| Asegurados | 147 | 101 | 101 | |
| No Asegurados | 668 | 635 | 635 | |
| % Asegurados | 18.0 | 13.7 | 13.7 | |
| % No Asegurados | 81.9 | 86.2 | 86.2 | |
| U.I.C. (Unidad de Intervención en Crisis) evaluados [admitidos y no admitidos] | 548 | 434 | 434 | |
| Egresos Vivos | 811 | 732 | 732 | |
| Egresos Muertos* | LB | 4 | LB | |
| Cama Días Utilizados | 38,325 | 40,749 | 40749 | |
| Giro de Cama | 2.0 | 4.0 | 4.0 | |
| a. Centro de Atención Integral | 23.8 | 11.3 | 11.3 | |
| b. Centro de Estudio y Tratamiento en Adicciones | 21.5 | 5.0 | 5.0 | |
| c. Crónicos | 0.05 | 9.5 | 9.5 | |
| Promedio Día de Estancia | 82.0 | 165.0 | 165.0 | |
| % de Ocupación de Cama | 62.2 | 67.0 | 62.2 | |
| a. Centro de Atención Integral | 27.5 | 42.0 | 27.5 | |
| b. Centro de Estudio y Tratamiento en Adicciones | 10.0 | 40.0 | 10.0 | |
| c. Crónicos | 62.5 | 70.0 | 62.5 | |
| Tasa de Mortalidad | LB | 0.5 | LB | |
| Total de Evaluaciones Efectuadas | 3000 | 5,788 | 5788 | |
| 1. Medicina Interna y Medicina General | 1328 | 1183 | 1183 | |
| 2. Odontología | 185 | 185 | 185 | |

| Servicios | Producción | | | |
|--|--------------|-----------------|--------|--|
| | Pactado 2008 | Producción 2008 | | |
| Especializados | | | | |
| 1. Centro de Atención Integral (Unidad de Evaluación / Consultas) | | | | |
| a. Intervención en Crisis | | | | |
| Psiquiatría | 2,300 | 1,644 | 1644 | |
| Neurología | N/A | LB | 397 | |
| Sicología | 352 | 642 | 380 | |
| Medicina Interna y Medicina General | 810 | * | * | |
| Enfermería | 32,000 | 40,205 | 35,000 | |
| Trabajo Social | 700 | 1,207 | 1,050 | |
| Centro de Estudios y Tratamiento en Adicción | 22 | 22 | 22 | |
| b. Breve Estancia | | | | |
| Psiquiatría | 3,080 | 3,690 | 3690 | |
| Sicología | 79 | 153 | 380 | |
| Neurología | NA | LB | 397 | |
| Medicina Interna y Medicina General | 200 | 200 | 200 | |
| Enfermería | 40,000 | 41,546 | 40000 | |
| Trabajo Social | 1,500 | 2,012 | 1,750 | |
| Actividades | 20 | 20 | 20 | |
| Reuniones de Familiares | 40 | 44 | 40 | |
| Psicoeducación | 1,142 | 748 | 748 | |
| 2. Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones (CETA) | | | | |
| Programa de Preingreso | 400 | 350 | 350 | |
| Programa de Egresados | 200 | 473 | 473 | |
| Programa de Familias | 800 | 743 | 743 | |
| Programa de Adultos (Internamiento) | 100 | 127 | 127 | |
| Programa de Adolescentes (Ambulatorio) | 2000 | 2,189 | 2,189 | |
| Programa de Cesación de Fumadores | N/A | N/A | N/A | |
| Programa de Psicoeducación | 900 | 900 | 900 | |
| Acompañamiento Telefónico | 250 | 260 | 260 | |
| Técnicos | | | | |
| 1. Nutrición (Consultas especiales) | | | | |
| a. Raciones Servidas | <46,812 | 79,881 | 79,881 | |
| 2. Psicología | | | | |
| | 827 | 827 | 827 | |
| 3. Trabajo Social | | | | |
| a. Reunión con Familiares | 64 | 55 | 50 | |
| b. Reinserción de Pacientes | 3 | 16 | 5 | |
| c. Entrevista Individual con Pacientes | 4,552 | 4,180 | 890 | |

| | | | | |
|--|--------|--------|--------|--|
| d. Terapia en Grupo con Pacientes | 160 | 125 | 150 | |
| e. Terapia Familiar individual | 216 | 130 | 150 | |
| f. Visitas Domiciliarias e institucional | 124 | 100 | 30 | |
| g. Entrevista con Familiar | 1,947 | 1,110 | 1050 | |
| h. Tramite Egresos Pacientes con Familiar | 660 | 568 | 800 | |
| i. Tramite Egreso Paciente solo | 120 | 125 | 50 | |
| j. Egreso de Paciente con T. Social | 125 | 38 | 15 | |
| k. Evaluaciones Sociales para apoyo | * | * | 3600 | |
| 4. Enfermería | | | | |
| a. Actividades Administrativas | 7,000 | 11,668 | 9000 | |
| b. Actividades en el área de Atención al Paciente | 17,500 | 22,299 | 17,500 | |
| c. Modalidades Terapéuticas | 12500 | 15353 | 14000 | |
| d. Entrevistas Estructuradas | 350 | 383 | 350 | |
| 5. Geriatría | | | | |
| a. Evaluación por Psiquiatría | 1144 | 1,200 | 528 | |
| b. Frecuencia de la Evaluación Médica Diaria | 205 | 216 | 11,088 | |
| c. Pacientes referidos al Centro de Rehabilitación Psico Social | 4 | 4 | 7 | |
| 6. Sala de Recuperación | | | | |
| a. Evaluaciones por Psiquiatría | 1,460 | 1,530 | 1530 | |
| b. Actividades de Enfermería | 10,000 | 10,312 | 8,000 | |
| 7. Electrodiagnóstico | | | | |
| a. Toma de Electroencefalograma | LB | 306 | LB | |
| b. Interpretación de Electroencefalograma | LB | LB | LB | |
| 7. Centro de Rehabilitación Psicosocial | | | | |
| a. Taller de Terapia Ocupacional | 2,618 | 2,935 | 2,500 | |
| b. Taller de Arte Terapia (frecuencia) | 3,332 | 3,083 | 1,500 | |
| c. Taller de Autoestima | 4,090 | 3,803 | 2000 | |
| d. Taller de Orquídeo Terapia | 905 | 275 | 250 | |
| e. Taller Psicoeducativo | 350 | 794 | 2,000 | |
| f. Modalidades Terapéuticas individuales | 106 | 132 | 300 | |
| g. Modalidades Terapéuticas grupales | 95 | 115 | 150 | |
| h. Docencia de enfermería del Centro de Rehabilitación Psicosocial | | | 50 | |
| i. Actividad del área de atención de enfermería | | | 2,000 | |
| FONOAUDIOLOGIA | | | | |
| a. Atención Mio funcional | N/A | N/A | LB | |
| b. Terapia de Lenguaje y Aprendizaje | N/A | N/A | LB | |
| c. Atención a Funcionario | N/A | N/A | LB | |
| 8. Centro de Docencia | | | | |
| a. Actividad Científica Anual(# de asistentes) | 150 | 165 | 180 | |
| b. Actividad Científica Semanal (# de | 600 | 113 | 200 | |

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|--|
| asistentes) | | | | |
| c. Actividades de Docencia a Centros educativos (# de capacitados) | 265 | 443 | 500 | |
| d. Capacitación recibida Extramuros (# de capacitados) | 297 | 844 | 1,000 | |
| Investigación | | | | |
| e. Reuniones Técnico – administrativas semanales | 52 | 52 | 52 | |
| f. Reuniones Clínicas semanales | 52 | 52 | 52 | |
| g. Reunión de Equipo de la Sala de Recuperación (mensual) | 20 | 15 | 12 | |
| i. Reuniones del Departamento de Enfermería. | 50 | 25 | 25 | |
| j. Reuniones del Departamento de Trabajo Social. (semanales) | 50 | 30 | 22 | |
| k. Reuniones del Equipo de la Sala de Geriatria (mensuales) | 10 | 9 | 12 | |
| l. Programa de Docencia del CETA (# de beneficiados) | 13,380 | 13,800 | 13,800 | |
| m. Proyectos presentados por el CETA | 3 | 3 | 3 | |
| n. Revisión y actualización de normas | 1 | 1 | 1 | |
| ñ. Evaluación Técnica del C.E.TA. | 1 | 1 | 1 | |
| o. Informe anual y plan de acción de reducción de la demanda de drogas-CONAPRED | 1 | 1 | 1 | |
| p. Programa de Ludopatía | | | LB | |
| Comisiones Interinstitucionales | | | | |
| q. Horas de Docencia de Sicología | 816 | 545 | 800 | |
| r. Horas de Docencia de Psiquiatría | 355 | 178 | 355 | |
| s. Horas de Docencia de Neurología | * NA | LB | 96 | |
| t. Horas de Docencia de Trabajo Social (para estudiantes) | 950 | 650 | 460 | |
| u. Reuniones de las Comisiones Intra institucionales | 104 | 76 | * | |
| - Infecciones Nosocomiales | 10 | 11 | 10 | |
| - Bioseguridad | 10 | 5 | 10 | |
| - Medicamentos | 13 | 4 | 13 | |
| - Calidad de la Atención | 12 | 14 | 12 | |
| - Expedientes Clínicos | 11 | 4 | 11 | |
| - Bioética | 20 | 12 | 12 | |
| - Ecología | 20 | 11 | 20 | |
| - Festejos | 12 | 4 | 12 | |
| - Gestión de Riesgos y Manejo de Emergencias | 6 | 8 | 6 | |
| - Incidente Crítico | LB | LB | LB | |
| - Deportes | 36 | 36 | 36 | |

| | | | | |
|--|-----------------|--------|--------|--|
| Medicamentos Despachados | 24,000 | 17,408 | 18,000 | |
| a. Por Requisiciones a Sala | 16,000 | 13,085 | 15,000 | |
| b. Recetas Ambulatorias | 8,000 | 9,183 | 10,000 | |
| c. Apoyo a otras Regiones de Salud, Instalaciones o Áreas | 50 | 60 | 60 | |
| d. Apoyo a ONG's | 280 | 282 | 280 | |
| Pruebas de Laboratorio | 11,000 | 12,311 | 12,311 | |
| Asegurado | 19 | 11 | 11 | |
| % Asegurado | 3.5 | 2.0 | 2.0 | |
| Población Total de la República | 3,333716 | | | |

***Información No Disponible (Signo Convencional)

Fuente: Depto. De Registros Médicos y Estadística

NOTA:

- Las raciones servidas depende de la cantidad de pacientes hospitalizados, el censo debe tener tendencia ha bajar y no se puede calcular en 10 %.
- Se debe incluir las notas de docencia de Enfermería
- La comisión de incidentes críticos estuvo inactiva por un periodo de dos años, se reactivará próximamente. Esta comisión funciona en base a incidentes cuando sea presente.

ANEXO 2

Indicadores de Evaluación Contractual de las Obligaciones del MINSA

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

INDICADOR

1.1 Presupuesto Fiscal equivalente a B/. _____, entregado al Instituto _____ del 2009

1.2 Proyección de fondos propios aproximada de _____ entregado a _____ del 2009.

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 de la Región.
Informe de ejecución presupuestaria del 2009.

PERIODICIDAD

A los 30 días de la firma del CONVENIO.

2. Tomar acciones necesarias para que el PROVEEDOR pueda gestionar los recursos humanos financieros conforme al gasto público.

INDICADOR

2.1 Aplicación de la Resolución de Gabinete N°. 129 de 15 de mayo de 1995, que autoriza la descentralización administrativa y financiera de las Regiones de Salud.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Documento conjunto de MINSA, MEF y Contraloría, sobre la creación de las unidades regionales de auditoría y de gestión administrativa y financiera.

PROCEDIMIENTO

Verificar la existencia del documento.

PERIODICIDAD

60 DÍAS

3. Conciliar cuatrimestralmente con el PROVEEDOR y facilitar la ejecución presupuestaria del INSAM con todas sus fuentes de financiamiento, su cartera y producción de servicios, de acuerdo a lo pactado en el presente CONVENIO.

INDICADOR

3.1 Informe de Ejecución Presupuestaria conciliada cada cuatro meses.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informes de Ejecución Presupuestaria conciliados y de conformidad con la producción de servicios convenida.

PROCEDIMIENTO

Verificar el documento de informe de ejecución con todas las rúbricas correspondientes de ambas partes.

PERIODICIDAD

Cada 4 meses

4. Realizar las gestiones ante el Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República para facilitar el acceso de los fondos en la forma más conveniente de acuerdo al balance fiscal del Estado, para que estén a disposición del PROVEEDOR.

INDICADOR

4.1 Asignaciones entregadas mensualmente al PROVEEDOR de acuerdo a la programación en el año 2009 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 PROVEEDOR con su debida rúbrica de recibo por este último.

PERIODICIDAD

Cada 4 meses

5. El MINSA realizará auditorías, en cualquier momento que lo estime conveniente al PROVEEDOR.

INDICADOR

5.1 Evidencia de realización de auditorías.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informe de las auditorías realizadas de:

- Auditorías de expedientes clínicos
- Auditorías médicas
- Auditorías contables y financieras

PROCEDIMIENTO

Análisis de la evaluación de las auditorías realizadas.

PERIODICIDAD

Según necesidad

6. El MINSA se compromete a fiscalizar y manejar los controles de lo pactado en este CONVENIO.

INDICADOR

6.1 Evidencia de la fiscalización y manejo de los controles de lo pactado en este CONVENIO.

MEDIO DE VERIFICACIÓN

Informe de las actividades de fiscalización y manejo de los controles.

PROCEDIMIENTO

Verificar la existencia del documento.

PERIODICIDAD

60 días

ANEXO 3

Indicadores de Evaluación Contractual

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 |
|---|---|
| Definición y respeto a los derechos | |
| <p>DPF. 1 La organización aprueba, difunde y respeta los derechos de los pacientes.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Se reconoce y respetan los derechos de los pacientes: 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> <p>En todo caso respetar la Ley N° 68 y otras.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Realización de un Plan. (SÍ) Implantación del Plan. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| Igualdad de derechos | |
| <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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Respeto de las garantías constitucionales expresadas en su artículo 19: No habrá fueros o privilegios personales ni discriminación por razón de raza, nacimiento, clase social, sexo, religión o ideas políticas.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Realización de un Plan de respeto al artículo 19 de la constitución Implementación del plan. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de medición |
|--|--|
| Consentimiento informado genérico a ingresar en la organización | |
| DPF. 3 Se obtiene un consentimiento Informado general cuando el paciente ingresa en la organización. | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>El consentimiento general se obtiene cuando el paciente entra en la organización. Los pacientes reciben información tanto de su alcance, como del diagnóstico y otras pruebas incluidas y de los tratamientos que se incluyen en el consentimiento. 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. No serán admisibles formulas jurídicamente nulas y atentatorias contra los derechos y libertades al exonerar genéricamente cualquier responsabilidad</p> <p style="text-align: center;">Elemento de medición</p> <p>Numerador: Total de pacientes ingresados con consentimiento informado genérico × 100 denominador (SÍ)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p> |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de medición |
|--|---|
| Consentimiento Informado específico | |
| <p>DPF. 4 ♥ Se obtiene el consentimiento informado específico del paciente mediante un proceso definido por la organización y que conduce el personal pertinente. La información facilitada incluye el tratamiento o técnica diagnóstica propuesta; posibles beneficios posibles riesgos posibles alternativas El consentimiento informado se obtiene antes de: Las prácticas quirúrgicas o invasivas. La anestesia y Sedación Profunda. Del empleo de sangre y de derivados sanguíneos. De las prácticas o tratamientos de alto riesgo De la realización de ensayos clínicos</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Los pacientes tienen el derecho a participar en las decisiones relacionadas con a asistencia. Para poder ejercer este derecho deben de ser informados en términos comprensibles 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. El mínimo es el contemplado en la ley N° 68 El objetivo para el año 2007 Son los cinco procesos mas frecuentes en cada centro y/o especialidad que precisen Consentimiento Informado</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>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. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p> <p>Nota: Se adjunta modelo</p> |

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

Visión

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

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

La información es esencial para tomar decisiones acertadas acerca de las necesidades del paciente que pueden satisfacerse desde la organización sanitaria; el flujo eficaz de servicios para el paciente; y el traslado adecuado o el alta del paciente a su casa u otro centro asistencial

Objetivos, propósitos y elementos de medición

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|---|---|
| Acceso a Salud mental | <p>Es necesario detectar las necesidades de la población en relación a la salud mental. Uno de los métodos es el screening 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> |
| ACA.5 ♥ Casos nuevos atendidos por salud mental. | <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>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 style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Numerador: Casos nuevos atendidos en el programa de salud mental x 100. Denominador: Total población meta (según grupo etáreo) (SÍ)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 1 2 3 4 5 NA </div> |
| Acceso a otros procesos estratégicos para el MINSA | |
| ACA.7 Plan de acceso procesos estratégicos del MINSA (TB, VIH, desnutrición, malaria, discapacidad). | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Desarrollar las acciones que fuesen necesarias, para mejorar la oportunidad de los servicios de atención a las personas, especialmente los prestados a problemas con TB, VIH, desnutrición, malaria, discapacidad, violencia doméstica.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Elaboración e implementación del Plan. (SÍ)</p> |
| Información a pacientes sobre la sectorización | |
| ACA. 8 Porcentaje de instalaciones de salud con cartera de servicios a la vista del cliente | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Mejorar la información de la cartera de servicios disponible</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Numerador: Número de instalaciones con cartera de servicio actualizada y visible x 100. Denominador: Total de instalaciones de salud (SÍ)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 1 2 3 4 5 NA </div> |
| ACA. 9 Porcentaje de instalaciones de salud con horarios de atención al público a la vista del cliente | <p>Numerador: Número de instalaciones de salud con horarios de atención al público a la vista del cliente x 100. Denominador: Total de instalaciones de salud (SÍ)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 1 2 3 4 5 NA </div> |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|---|--|
| 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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Las instituciones sanitarias como el MINSA atienden menudo a comunidades con colectivos distintos. Puede tratarse de pacientes de edad avanzada, discapacitados, de hablas o dialectos distintos, de culturas diversas o presentar otras barreras que dificultan el proceso el acceso a los servicios sanitarios.</p> <p>La organización conoce esas barreras y ha introducido procesos que las eliminan o limitan durante el proceso de los servicios sanitarios. La organización persigue además, reducir el impacto de esas barreras en la provisión de servicios sanitarios.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Diseño de un plan. Grado de implementación del Plan. (SÍ)</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>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 style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>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 (SÍ)</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> |
| 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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante estrategias no contempladas hasta el momento (Ej. Subdirección de Investigación, Fonoaudiología, Programa de ludopatía).</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Evidencias de la ampliación de la cobertura de servicios de salud con estrategias nuevas. (SÍ)</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> |
| | |
| Continuidad de la Asistencia SURCO | |
| <p>ACA.14 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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Realizar un Plan para implementar adecuadamente SURCO, haciendo énfasis en la contrarreferencia</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Plan de funcionamiento del SURCO (SÍ)</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>ACA. 15 Evidencia de la Comisión Evaluadora del SURCO instalada y funcionando</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Existencia y funcionamiento adecuado de la comisión</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Evidencias del funcionamiento de la comisión. Informe del detalle de las acciones del SURCO. Conformación de la comisión evaluadora del SURCO instalada Capacitaciones realizadas en el manejo del instrumento del SURCO Lista de asistencia de los participantes Actas de reuniones de coordinación con Analizar el Informe que contiene los detalles de acciones del SURCO. Programación de monitoreo y evaluación del SURCO. Registro de la hoja de referencias y contrarreferencias (instrumento SURCO). (SÍ)</p> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 5px;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </div> |
| <p>ACA.16 ♥ Utilización adecuada del formulario normado de SURCO</p> | |
| <p>ACA.17 Evidencia del registro de las hojas de referencia y contrarreferencia</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Presentación de formularios con registro de referencia y contrarreferencias</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Porcentaje de pacientes que han sido referidos y contrarreferidos con registros completos en todos sus ítems. (SÍ)</p> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 5px;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </div> |
| <p>Acceso a la cartera de servicios</p> | |
| <p>ACA.18 Cubrir las necesidades de salud de la población y del ambiente de la región en función de la cartera de servicios y de la calidad de atención pactada, según consta en los ANEXO 1, garantizando el acceso a los servicios de salud, atendiendo las disposiciones reglamentarias del MINSA.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Mejorar el acceso de acuerdo a la cartera de servicios pactada</p> <p style="text-align: center;">Elemento de Medición</p> <p>Porcentaje de cumplimiento del nivel de actividad pactada de la cartera de servicios del Anexo 1 (SÍ)</p> |

Función 03: Evaluación del Paciente (EP)

Visión***

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

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

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

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|---|--|
| Evaluación inicial a todos los pacientes | |
| EP. 1 Evaluación inicial a todos los pacientes: Física, psicológica, social y nutricional | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Detectar mediante un screening inicial los problemas físicos, psicológicos, sociales y nutricionales de todos los pacientes. Con arreglo al screening inicial, evaluar, en su caso, más profundamente. Tomar decisiones según el resultado de la evaluación.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo de evaluación inicial física, psicológica, social y nutricional. (SÍ)</p> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> 1 2 3 4 5 NA </div> |

| | |
|--|--|
| <p>EP: 2 ♥ Protocolos de evaluación de procesos médicos y de enfermería</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Evaluar a los pacientes de acuerdo a sus necesidades y que permita decisiones adecuadas a su tratamiento. Otras evaluaciones acordes con las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población de la región (en base a criterios demográficos y epidemiológicos y otros) Entre criterios que se usen para establecer en que procesos se realizará un protocolo de evaluación estarán: epidemiológicos y demográficos, riesgo, coste, etc.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de instalaciones de salud que cuentan con los protocolos de evaluación para las 5 principales morbilidades de la región de salud. Denominador: Total de instalaciones. (Preguntar auditoria de expedientes) (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| <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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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 style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de un procedimiento que permite acceder a los servicios de laboratorio. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| <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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Los test de laboratorio (incluidos tiras reactivos y otros similares) son realizados por personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de que las personas que realizan los test disponen de la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia(SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |

| | |
|---|---|
| Servicios de radiología y diagnóstico | |
| Violencia doméstica | |
| <p>EP.8 Plan de detección de casos de violencia doméstica</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Bajo el concepto de violencia domestica o similar a el se suele incluir el de negligencia. La evaluación de víctimas de abusos y negligencia se debe adaptar a la cultura del colectivo de pacientes. El mínimo es: a) Niños, b) Mujeres y d) Ancianos, discapacitados</p> <p>Para una actuación optima de detección de casos de violencia domestica puede realizarse una <u>búsqueda proactiva</u> en los grupos de riesgo.</p> <p>Una vez definido el grupo de riesgo debe practicarse un screening a todos los pacientes de ese grupo de riesgo. La evaluación mas exhaustiva se realizará en al caso de screening positivo (Ejemplo: grupo de riesgo niños de una determinada edad; elementos de screening: suciedad, hematomas, abandono, fracturas o heridas frecuentes, desnutrición, etc.), Debe realizarse con confidencialidad y respeto. También pueden considerarse: pacientes terminales y otros con dolor; y aquellos que se supone drogodependientes o alcohólicos;- Lo mismo a los pacientes en coma y a las personas con trastornos mentales o emocionales.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p><u>Realización del Plan (SÍ)</u></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.9 ♥ Comunicar los casos sospechosos de violencia domestica</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Comunicar a las autoridades oportunas los casos sospechosos de violencia domestica en cumplimiento de la actual normativa</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Número de casos comunicados de violencia domestica × 100. Denominador: Número de casos con sospecha de violencia doméstica (SÍ)</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> |
| VIH | |
| <p>EP.6 ♥ Evaluación VIH en embarazadas</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Conocer el porcentaje de embarazadas que se les solicita examen prenatal de VIH con previa orientación.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Numerador: N° de embarazadas que se les solicita examen prenatal de VIH. Denominador: Total de embarazadas (LB)</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>Asistencia para todos los pacientes Estandarización de procesos</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>De acuerdo con las necesidades nacionales, regionales y locales pero siempre con la participación de los profesionales se realizará e implementará un Plan de Protocolos. 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 style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de instalaciones de salud que cuentan con los protocolos de atención elaborados e implementados para las 5 principales morbilidades, etc., de la región de salud. Denominador: Total de instalaciones. (SÍ)</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>Enfermedades crónicas</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Tener en cuanta la enfermedades crónicas mas relevantes en la población atendida para el diseño de protocolos de atención</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de protocolos de enfermedades crónicas (SÍ)</p> <p style="text-align: center;">—————</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>Uso del medicamento</p> | |
| <p>Selección y Obtención de medicamentos</p> | |
| <p>AP.8 Existe un Plan de Gestión y Uso seguro de los medicamentos.</p> | <p>Propósito: 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 (SÍ)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| <p>AP. 9 ♥ Existe un Plan para la Selección de medicamentos y obtención de medicamentos con criterios de calidad.</p> | <p>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>Indicador: Numerador: Número de principios activos en cuyo mecanismo de obtención se han tenido en cuenta criterios de calidad. Denominador: Número total de principios activos.</p> <p>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. (SÍ)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|---|----|
| <p>Almacenamiento de medicamentos</p> <p>AP.10 ♥ Existe un Plan que regula el almacenamiento de medicamentos.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>El Plan de almacenamiento de medicamentos debe asegurar entre otros las:</p> <p style="padding-left: 40px;">Caducidades. Debe tenerse en cuenta que las caducidades de algún medicamento varia en el momento en que se rompe el precinto (ejemplo suero fisiológico para instilaciones nasales, multidosis, etc.).</p> <p style="padding-left: 40px;">La temperatura de conservación de aquellos fármacos que lo precisen</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan (SÍ)</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>AP.11 ♥ Se asegura que se controlan las caducidades y que no se administran medicamentos caducados.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito:</p> <p>Implementar la parte correspondiente al almacenamiento del Plan de Gestión y Uso seguro del medicamento.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Registros de control de caducidades</p> <p>Inspección visual del área. (SÍ)</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>AP.12 ♥ Los medicamentos termolábiles y otros se almacenan de acuerdo con el Plan de Gestión y Uso Seguro del Medicamento.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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 style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Registros de temperatura diarios acordes con el plan para los medicamentos termolábiles.</p> <p>Toma de decisiones correctas según el Plan. (SÍ)</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>AP. 13 Se monitoriza el uso de los medicamentos</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Uno de los puntos críticos en el uso de los medicamentos es la adecuada monitorización de sus efectos adversos ya que, entre otros, permite detectar precozmente algunos problemas. Para ellos es necesario la realización de un Plan que incluya el diseño</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de efectos adversos y errores en el uso de los medicamentos comunicados a la Región Sanitaria. Denominador: Número de médicos de la Región Sanitaria que prestan servicios al MINSA (Propios o concertados como CSS, OE). (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
|---|---|

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

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

Visión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se usa el ciclo de mejorar de la calidad DPCA

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

| Objetivos | Propósitos y Elementos de medición |
|---|---|
| <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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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 style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Participación de los Líderes en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| <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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Existencia de un plan escrito</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan escrito(SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de medición | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|---|----|
| <p>GMC.3 Los líderes de la organización identifican medidas clave (indicadores) para supervisar las estructuras, procesos y resultados médicos y de gestión de la organización.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Monitorizar (medir y comparar) y con arreglo a ello tomar decisiones de mejora</p> <p>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 (SÍ)</p> <p>Cuadro de mando Hospitalario</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 1px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA | | |
| <p>Herramienta básica de calidad en e Convenio de Gestión: Ciclo DPCA</p> | | | | | | | |
| <p>GMC.4 ♥ El instrumento básico del convenio de gestión es el ciclo de mejora de la calidad</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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 DPCA</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Uso del ciclo PDCA como herramienta de mejora continua de la calidad</p> | | | | | | |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de medición |
|--|--|
| <p>Comisiones clínicas de calidad en Hospitales</p> | |
| <p>MA.8 ♥ Comisión de infecciones nosocomiales</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Control y prevención de la infección nosocomial</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Constitución de la unidad Actas de funcionamiento Cumplimiento de función CI. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| <p>MA.9 Comisión de ética y bioética asistenciales y de investigación</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Recoger, analizar, evaluar y, en su caso, resolver los dilemas éticos relacionados con los derechos de los pacientes. Recoger, analizar, evaluar y, en su caso, resolver los dilemas éticos relacionados con los principios éticos de los profesionales y de la organización. Todo ello respetando la vigente normativa.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Constitución de la unidad Actas de funcionamiento Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| <p>MA.10 Existencia de la Comisión de Calidad Hospitalaria (Comité de Atención al Cliente) funcionando activamente.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Ver función GMC</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Constitución de la unidad Actas de funcionamiento Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de medición |
|--|---|
| Auditorias de expedientes | |
| MA.12 Sistema de Atención al paciente | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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 style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes mensuales de la información contenida en los buzones de sugerencias.(SI) • Informes de la comisión de calidad y de los círculos de calidad.(SI) • Informes del Comité de Bioseguridad.(SI) • 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.(SI) • Análisis de los informes de la Comisión de Calidad y de los Círculos de Calidad.(SI) <p>Análisis de los informes del Comité de Bioseguridad.(SI)</p> |
| MA.13 ♥ Porcentaje de instalaciones de salud con buzón de sugerencias | <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de instalaciones de salud con buzón de reclamos y sugerencias x 100. Denominador: Total de instalaciones de salud (SÍ)</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> |
| MA.14 Porcentaje de sugerencias analizadas y resueltas | <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de reclamos y sugerencias solucionados x 100. Denominador: Total de reclamos y sugerencias recibidos(SÍ)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| | |
| | |

Función 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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>La Región Sanitaria / Instalación sanitaria debe determinar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, lugares de infección y mecanismos asociados que facilitan el enfoque de los esfuerzos para prevenir y reducir la incidencia de infecciones nosocomiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> el tracto respiratorio – como los procedimientos y equipo asociado con la intubación, soporte mecánico de ventilación, traqueotomía, etc.; tracto urinario – como los procedimientos invasivos y el equipo asociado con catéteres urinarios internos, sistemas de drenaje urinario y su asistencia, etc.; dispositivos invasivos intravasculares – como la inserción y cuidados de catéteres venosos centrales, líneas venosas periféricas, etc.; y Heridas quirúrgicas – como su asistencia y tipo de vendaje y aséptico asociado. <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>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 (SÍ)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px; background-color: #e0e0ff;">NA</div> </div> |
| <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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Las infecciones pueden entrar vía pacientes, familias, personal, voluntarios, visitas y otros.</p> <p>Todas las áreas donde se encuentran estas personas deben incluirse en el programa de vigilancia, prevención y control de la infección.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Evaluación de la inclusión de todas las áreas en el programa (SÍ)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin: 2px; background-color: #e0e0ff;">NA</div> </div> |

| Objetivo | Propósitos y Elementos de medición | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|---|----|
| Implementación del Plan | | | | | | | |
| CPI.3 Se implementa el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Poner en funcionamiento el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencias de implementación del Plan (SÍ)</p> <p>_____</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 | | |
| Comisión de infecciones | | | | | | | |
| CPI. 4 Comisión de Infecciones | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Grupo multidisciplinar encargado de la prevención y control de la infección nosocomial</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición (SÍ)</p> <p>_____</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 | | |

ción 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 | | | | | | | |
| GLD.1 ♥ El líder cumple los objetivos del Convenio de Gestión. | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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 style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia del cumplimiento Convenio de Gestión. (SÍ)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA | | |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|--|---|
| <p>GLD. 2 ♥ Convenios de Gestión “en cascada” en toda la organización</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>El Convenio de Gestión es la base de la Dirección por Objetivos de toda la organización. El nivel Institucional firmará y desarrollará Pactos de Objetivos (Convenios de Gestión) las unidades a su cargo.</p> <p>Desarrollar y mantener Convenios de Gestión con las instalaciones y los servicios de salud, tomando como referencia el presente convenio, a fin de lograr una interacción constante que favorezca la continuidad del proceso y permita incrementar la capacidad actual del recurso disponible. La descentralización, la asignación de responsabilidades es una herramienta clave para mejorar la eficiencia.</p> <p>Los Órganos de Gobierno y alta dirección son los responsables del Convenio de Gestión y del ciclo de mejora del mismo, es decir de su cumplimiento: Plan: Diseñar el Plan de implementación del Convenio de Gestión y su reproducción en cascada hasta: Unidades de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud, etc., primer nivel de atención (centros de salud) , servicios unidades hospitalarias, Do: Implantar el Convenio de Gestión de acuerdo al cronograma previsto. Check: Medir y evaluar el cumplimiento del Convenio de Gestión. Act: Realizar, en su caso, correcciones al Plan y seguir con otro ciclo.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición.</p> <p>Porcentaje de convenios de gestión firmados, según las instalaciones de salud existentes.</p> <p>Numerador: Número de convenios de gestión firmados, según instalaciones de salud x 100. Denominador: Total de instalaciones existentes (centros de salud)</p> <p>Periodicidad: 90 días para la firma de los convenios y 4 meses para las capacitaciones (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| <p>Planificación</p> | |
| <p>GLD. 3 Plan quinquenal de Inversiones en Salud 2004-2009</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Planificar quinquenalmente las inversiones necesarias para el cumplimiento de la estrategia diseñada:</p> <p style="padding-left: 40px;">Infraestructura, Equipamiento, Salud Nutricional, Ambiental y otros.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan. Ejecución del Plan (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|--|---|
| GLD. 4 Plan de Recursos humanos | <p style="text-align: center;">Propósito</p> 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 Elementos de medición <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> Existencia del Plan (SÍ) <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 1 2 3 4 5 NA </div> |
| GLD. 5 Plan Operativo Institucional | Realizar el Plan Operativo Institucional ajustado en función de la asignación presupuestaria y Planes Operativos Locales <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> Existencia del Plan(SÍ) <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 1 2 3 4 5 NA </div> |
| GLD. 6 Plan Presupuestario acorde al Plan Operativo Institucional | <p style="text-align: center;">Propósito</p> Plan de Inversión ajustado En función de la asignación presupuestaria. Detalle del avance físico de construcciones y mejoras de la infraestructura, asignado de forma prioritaria y con sus respectivas inversiones (total de la inversión) <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> Existencia del Plan (SÍ) <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 1 2 3 4 5 NA </div> |
| Los líderes y los Derechos de los Pacientes y de sus Familias | |
| GLD.7 Derechos de los Pacientes y de sus familias | <p style="text-align: center;">Propósito</p> Los líderes de la organización son los responsables de aprobar y hacer cumplir los Derechos de los Pacientes y de sus Familias que, en todo caso, respetaran la normativa. <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> Aprobación de los Derechos del Paciente y de su familia. Poner los medios para su implementación. (SÍ) <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 1 2 3 4 5 NA </div> |
| Los líderes y la mejora continua de la calidad | |
| GLD. 8 Plan de Mejora Continua de la Calidad | <p style="text-align: center;">Propósito</p> Los líderes son los responsables de aprobar el Plan de mejora de la Calidad y de su evaluación y cumplimiento <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> Existencia del Plan (SÍ) <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 1 2 3 4 5 NA </div> |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|---|---|
| Los líderes y el Plan de Emergencias Catástrofes y Desastres | |
| GLD. 9 Plan de Emergencias. (Institucional) | <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED. Acta de conformación Comité de Gestión de Riesgo Regional. Cronograma de Actividades del Comité de Gestión de Riesgo. Análisis de Vulnerabilidad no Estructural y Funcional Evidencia de la documentación. (SÍ)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px; color: blue;">NA</div> </div> |

ión 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:

Seguridad – Los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes.

Vigilancia – Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de lesión y pérdidas.

Materiales peligrosos – Se controla la manipulación, almacenaje y uso de materiales radioactivos entre otros y eliminan adecuadamente los residuos peligrosos.

Emergencias – Respuesta planificada y eficaz ante epidemias, desastres y emergencias.

Seguridad contra incendios – Se protege a la propiedad y a sus ocupantes del fuego y del humo.

Equipo médico – Se selecciona, mantiene y utiliza de manera que se reduzcan los riesgos.

Instalaciones – Los sistemas eléctricos y de abastecimiento de agua entre otros, se mantienen para minimizar el riesgo de fallos de funcionamiento.

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

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

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|---|----|
| Sistema de Gestión del Entorno | | | | | | | |
| GSI.1 Diseñar e implementar un Sistema de Gestión del Entorno que contenga los siete planes siguientes | Diseñar todos los planes de seguridad, Vigilancia, Materiales Peligrosos, Emergencias y Desastres, Incendios y Equipo Médico. Seguir ciclos DPCA en todos los planes. | | | | | | |
| Seguridad de las instalaciones | | | | | | | |
| GSI.1.1 Plan de Seguridad | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Que los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan (SÍ)</p> <p><u> </u></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 1px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA | | |
| Vigilancia de las instalaciones | | | | | | | |
| GSI.1.2 Plan de Vigilancia | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de posibles lesiones o pérdidas.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan (SÍ)</p> <p><u> </u></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 1px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA | | |
| Materiales y residuos peligrosos | | | | | | | |
| GSI.1.3 ♥ Plan de Materiales Peligrosos | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Se controla la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales radioactivos, entre otros, y se eliminan adecuadamente los residuos peligrosos.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan (SÍ)</p> <p><u> </u></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 1px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA | | |
| Emergencias y Catástrofes | | | | | | | |
| GSI.1.4 ♥ Plan Operativo Regional (institucional) de Emergencias y Desastres. | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Se planifica una respuesta eficaz ante epidemias, desastres y emergencias.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan (SÍ)</p> <p><u> </u></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 1px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA | | |
| Seguridad ante el fuego y el humo | | | | | | | |
| GSI.1.5 ♥ Plan de Seguridad contra incendios. | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Se protege al edificio y a sus ocupantes del fuego y del humo.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan (SÍ)</p> <p><u> </u></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center; border: 1px solid blue;">NA</td> </tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA | | |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|---|--|
| Equipamiento biomédico | |
| GSI.1.6 ♥ Plan de Equipo Médico. | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>El Equipo médico se selecciona, se mantiene (preventiva y correctivamente) y se utiliza de manera que se reduzcan los riesgos.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan (SÍ)</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> |
| Instalaciones 7 | |
| GSI.1.7 Plan de Instalaciones (servicios Básicos) | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Los sistemas eléctricos y de abastecimiento de agua, entre otros, se mantienen (preventiva y correctivamente) para minimizar el riesgo de fallos de funcionamiento.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Existencia del Plan (SÍ)</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> |
| Comité de Gestión del Riesgo Regional | |
| GSI.2 Comité de Gestión del Riesgo (institucional) | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>De acuerdo con las directrices del SISED crear un Comité de Gestión del Riesgo que será el responsable de implementar el Plan Operativo de Emergencias y Desastres.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Creación del Comité. Evidencias de funcionamiento del comité(SÍ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA</p> |

Función 10 Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)

Visión

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

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

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

Objetivos, propósitos y elementos de medición

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición | | | | | | |
|-----------------------------|--|---|---|---|----|---|----|
| Plan de capacitación | | | | | | | |
| FCP.1 Plan de capacitación | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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 style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Plan de capacitación (SÍ)</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%;">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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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 style="text-align: center;">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 UDI (Unidad de Docencia e Investigación institucional). • Actas de reuniones de la UDI (SÍ) <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| Evaluación del desempeño | |
| <p>FCP.3 Se evalúa el desempeño de los profesionales de la organización</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>La evaluación del desempeño de los profesionales es básica para que las personas cumplan adecuadamente su papel en la organización. Los resultados de la evaluación se usan para mejorar. En todo caso se respetaran la normativa vigente</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Numerador: Numero de profesionales a los que se ha evaluado el desempeño × 100. Denominador: Numero total de profesionales. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| Unidades docentes | |
| <p>FCP. 4 Unidades de Docencia e Investigación institucional (UDI) conformadas y funcionando.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Las UDR son las responsables de: Detectar las necesidades de capacitación regional para cumplir con el Convenio de Gestión y otros lineamientos estratégicos Hacer Plan de capacitación en relación a las necesidades Implementar el Plan Monitorizar el Plan Realizar, en su caso, medidas correctoras al plan El medio adecuado para verificar que la capacitación ha sido asimilada es la evaluación.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencias de implementación (actas, informes, evaluaciones) Evaluación de la función desarrollada (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |

| | |
|---|--|
| <p>Recertificación</p> <p>FCP. 5 Recertificación de los recursos humanos del MINSA.</p> | <p>Propósito</p> <p>Recertificación de los recursos humanos del MINSA de acuerdo con las necesidades de la organización</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Porcentaje de Recursos Humanos del MINSA recertificados con las horas de crédito planificadas (LB)</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>Propósito</p> <p>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</p> <p>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. (SÍ)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <p>Otras capacitaciones</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:

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|--|---|
| Planificación | |
| GIU.1 Plan de información | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>La organización planifica e implementa procesos que atienden las necesidades de información de los que prestan servicios médicos, los que dirigen la organización y los de fuera de la organización que requieren datos e información de la organización.</p> <p>La información se genera y utiliza para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y durante la asistencia al paciente para la gestión segura y eficaz de la organización.</p> <p>La capacidad para captar y distribuir información requiere una planificación eficaz. La planificación incorpora entradas de información de muchas fuentes distintas:</p> <ul style="list-style-type: none"> los profesionales sanitarios; los líderes y ejecutivos de la organización, y la gente de fuera de la organización que necesita o solicita información o datos acerca de la organización y de los procesos de asistencia. <p>La información prioritaria necesita de estas fuentes para influir en las estrategias de gestión de la información y la capacidad para introducir estas estrategias. Las estrategias se ajustan al tamaño de la organización, la complejidad de los servicios, la disponibilidad de personal formado y otros recursos técnicos y humanos. El plan es extenso e incluye todos los servicios y departamentos de la organización.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Realización del Plan (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| GIU.1.1 Seguridad de la información | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>El plan incluye la manera de mantener la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de inclusión de aspectos relacionados con la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información en Plan de Información (SI)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|--|--|
| <p>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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Las historias del paciente y otros datos e información están seguros y protegidos en todo momento. Por ejemplo, las historias clínicas vigentes se guardan en áreas a las que sólo puede acceder el personal autorizado y los archivos se mantienen en lugares protegidos del calor, el agua, el fuego u otros. La organización también contempla el acceso no autorizado a información electrónica e implementa procesos para evitar su acceso.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Se protegen los archivos y la información contra la pérdida o destrucción.</p> <p>Se protegen los archivos y la información de la manipulación y el uso o acceso desautorizado. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| <p>Códigos de información</p> | |
| <p>GIU. 2 La organización utiliza códigos diagnósticos, códigos de procedimientos, símbolos y definiciones estandarizadas.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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-10)</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Se utilizan códigos de diagnóstico estandarizados. Se utilizan códigos de procedimiento estandarizados. Se utilizan símbolos y definiciones estandarizados. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| <p>GIU.3 El plan de Información se implementa y apoya mediante personal adecuado y otros recursos.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Implementar el Plan de Información. Apoyar el Plan de Información mediante personal adecuado y otros recursos.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Implementación del Plan (R. Públicas) Evidencia de recursos del Plan de Información (SI)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| | |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|--|--|
| Conjunto Mínimo Básico de datos al alta (CMBD) | |
| Subsistemas de información | |
| GIU. 6 Mantener actualizados los subsistemas de información en salud regional, institucional y local en todos sus componentes (clínico asistencial, de participación social, de gestión, recursos humanos, financieros y contables). | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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 style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Instrumentos de registro que componen el subsistema estadístico clínico asistencial. Boletín Estadístico Anual 2008. 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. (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| GIU. 7 Evidencia de un subsistema de información estadística clínico asistencial actualizado y acorde a las normas del MINSA | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>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 style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de cumplimiento (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| Informes | |
| GIU.8 Evidencia de informes de participación social | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Presentación de informes</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de cumplimiento (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| GIU.8.1 Evidencia de informes de gestión | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Presentación de informes de gestión</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de cumplimiento (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |
| GIU.8.2 Evidencia de informes de recursos humanos | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Presentación de evaluaciones del recurso humano</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de cumplimiento (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p> |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|--|--|
| <p>Presentación del sistema de información financiero</p> <p>Evidencia de cumplimiento(SÍ)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> | <p>Propósito</p> <p>Presentación del sistema de información financiero</p> <p>Elementos de Medición</p> |
| <p>GIU.8.4 Evidencia de informes contables</p> | <p>Propósito</p> <p>Presentación del sistema de información contable</p> <p>Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de cumplimiento(SÍ)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <p>GIU.10.1 Pacientes ingresados en el hospital y en cada servicio/ unidad</p> | <p>Propósito</p> <p>Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Nº de pacientes ingresados en el total del hospital y en cada servicio/ unidad. (Censo Diario)</p> <p>Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria.</p> <p>Elementos de Medición</p> <p><u>Evidencia de cumplimiento(SÍ)</u></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <p>GIU.10.2 Egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad</p> | <p>Propósito</p> <p>Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Nº de egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad.</p> <p>Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria. (SÍ)</p> <p><u>Evidencia de cumplimiento(SÍ)</u></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |
| <p>GIU.10.3 Estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad</p> | <p>Propósito</p> <p>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Número de estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad.</p> <p><u>Periodicidad Mensual(SÍ)</u></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p> |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|--|--|
| GIU.10.4 Camas instaladas en el conjunto del hospital y en cada unidad/ servicio | <p align="center">Propósito</p> Mejorar la Gestión de la Utilización <p align="center">Elementos de medición</p> Número de camas totales instaladas en: En todo el hospital 180 CAMAS En cada servicio/ unidad (SÍ) |
| GIU.10.5 Camas funcionantes en el conjunto del hospital y en cada servicio/ unidad | <p align="center">Propósito</p> Mejorar la Gestión de la Utilización (SÍ) |
| GIU.10.5 Estancia media para todo el hospital y cada servicio/ unidad | <p align="center">Propósito</p> Mejorar la Gestión de la Utilización <p align="center">Elementos de medición</p> Numerador: Número de días de estancia hospitalaria. Denominador: Número total de egreso (SÍ) |
| GIU.10.6 Porcentaje de ocupación para todo el hospital y cada servicio/ unidad CAI: 7665/18370=0.42 CETA: 2691/6680=0.40 CRÓNICOS: 27125/35070=0.77 | <p align="center">Propósito</p> Mejorar la Gestión de la Utilización <p align="center">Elementos de medición</p> Numerador: Número de días camas utilizado en el total de hospital / cada servicio o unidad 100. Denominador: Número de días cama disponible (SÍ) |
| GIU.10.7 Giro cama para todo el hospital y cada servicio/ unidad | <p align="center">Propósito</p> Mejorar la Gestión de la Utilización <p align="center">Elementos de medición</p> Numerador: Número de egresos en el total del hospital o cada servicio/ unidad. Denominador: Número total de cama (SÍ) |
| GIU.10.9 Porcentaje de egresos programados en el total del hospital y cada servicio/ unidad | <p align="center">Propósito</p> Mejorar la Gestión de la Utilización <p align="center">Elementos de medición</p> Numerador: Número de egresos programados en el total el hospital y en cada servicio/ unidad X 100. Denominador: Número total de egresos (SÍ) |

| Objetivos | Propósitos y Elementos de Medición |
|--|--|
| GIU.1.0.10 Presión de urgencias | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Numerador: Número de ingresos por urgencia × 100.</p> <p>Denominador: Número total de ingresos(SÍ)</p> <hr style="width: 10%; margin-left: 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; line-height: 20px; color: blue;">NA</div> </div> |

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.

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 style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Diseñar e Implementar un Sistema de Gestión Económico Financiero</p> <p style="text-align: center;">Elementos de medición</p> <p>Sistema de Gestión Económico Financiera elaborado e <u>implementado (SÍ)</u></p> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <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> |
| Eficiencia | |
| Incentivos a la eficiencia | |
| <p>GEFL. 2 ♥ La organización establece incentivos a la mejora de la eficiencia</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Los ahorros en los presupuestos anuales de los diferentes servicio unidades de prevención, promoción o asistencia son reinvertidos en la misma con el fin de mejorar la misión.</p> <p>Se tienen en cuenta las indicaciones de los responsables de le mejora de la eficiencia (ahorro) en l destino de los recursos monetarios. Ejemplo: Capacitación, asistencia a Cursos y Congresos, Herramientas informáticas para cumplir mejor la misión, Libros relacionados con su función en la organización. Etc. Los recursos comprados por este método serán propiedad d la organizaron.</p> <p>En todo caso se cumplirán las leyes y normativas</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia de cumplimiento de este objetivo (SÍ)</p> <p style="text-align: center;">Periodicidad: RH</p> <p>Anual</p> |

| | |
|---|---|
| Contabilidad analítica | |
| <p>GEFL.5 La organización usa la contabilidad analítica para la toma de decisiones</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>La contabilidad analítica permite conocer los costes de cada unidad/ servicio. El conocimiento de los costes sirve para tomar decisiones y mejorar la eficiencia.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evidencia del uso de la Contabilidad Analítica para la toma de decisiones (SÍ)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p> |
| Producto final hospitalario | |
| <p>GEFL. 6 La organización mide el producto final hospitalario</p> | |
| Facturación a terceros | |

Gestión Logística

Visión

Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición

| | |
|---|---|
| <p>GEFL. 13 ♥ Los stocks se ajustan a las necesidades.</p> | <p style="text-align: center;">Propósito</p> <p>Adecuar los stocks a las necesidades. Tener en cuenta los suministros estratégicos o esenciales. Los stocks de medicamentos de acuerdo a las necesidades son estratégicos para la organización.</p> <p style="text-align: center;">Elementos de Medición</p> <p>Evaluación de la adecuación de stocks a las necesidades (SÍ)</p> |
|---|---|

ANEXO 4

Metodología para la formulación presupuestaria

Metodología para la Formulación de Presupuesto 2007

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.

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:

- Consulta externa de las instalaciones
- Salud bucodental
- Hospitalización
- Cuidados especiales
- Urgencias
- Servicios de apoyo al diagnóstico y al tratamiento
- Servicios de apoyo a la administración
- Programas preventivos

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 INSAM.

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 INSAM, y obliga a procesos de negociación para conciliar metas.

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 5
Protocolo de Monitoreo y Evaluación del Desempeño del PROVEEDOR
y de las Obligaciones del PROVEEDOR

PROTOCOLO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL INSAM

Este ANEXO describe el protocolo y los indicadores establecidos para el monitoreo y evaluación del desempeño del INSAM 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 INSAM
- 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 semestrales, 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 del INSAM. El monitoreo se llevará a cabo cuatrimestralmente, donde se revisará el cumplimiento de los compromisos establecidos entre el MINSA y el INSAM. 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 INSAM, 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 INSAM 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.

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

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

Monitoreo de 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 tipo numéricos (Tasas, etc.)

Se medirán igual que en el 2008, es decir, un número resultante de una operación matemática

Objetivos con indicadores conceptuales:

- Tendrán cinco intervalos de medición y posibilidad de No Aplicable (NA):
 - 1: Nula o escasa 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 |
|---|---|---|---|---|----|

Objetivos Sí/ NO

Las posibilidades de evaluación serán Si, No y NA:

- Sí
- No
- NA: No Aplicable

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

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 tabla:

| Propuesta de puntuaciones para MINSA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|----|------------------|----|----|----|----|-----------|----|----|----|----|-----------------|----|----|----|----|-----------------|----|-----|--|
| Deficiente | | | Regular | | | | | Bueno | | | | | Muy Bueno | | | | | Excelente | | | |
| 0% | | | 25% | | | | | 50% | | | | | 75% | | | | | 100% | | | |
| Sin evidencia o anecdótica | | | Alguna evidencia | | | | | Evidencia | | | | | Evidencia clara | | | | | Evidencia total | | | |
| 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | |

Objetivos esenciales, núcleo o core:

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 10 puntos, es decir el total de puntos es de 130. En principio todos los indicadores de cada función tienen el mismo valor.

Nivel requerido de esfuerzo:

- Obtener “Bastante evidencia de promedio”: Puntuación 4,
- Tener, al menos, Evidencia en todas las funciones: Puntuación 3
- Obtener, “Total Evidencia” en los indicadores “core”: Puntuación 5. Se permite únicamente Bastante Evidencia en el 10% de ellos

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.