

**CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD  
Y EL INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL  
PARA LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS 2009**

Los suscritos a saber: DRA. ROSARIO TURNER mujer, panameña, mayor de edad, Médico de profesión, con cédula de identidad personal N° PE-5-475, en su condición de Ministra de Salud, actuando en nombre y representación del Ministerio de Salud, por una parte; y por la otra, el DR. JORGE LASSO DE LA VEGA, varón, panameño, mayor de edad, Médico de profesión, con cédula de identidad personal N°, PE-9-2252 en su calidad de Director General del Instituto Oncológico Nacional, y debidamente autorizado para este acto por el Patronato de dicho Instituto, han acordado celebrar el presente Convenio de Gestión, que tiene como finalidad establecer metas de calidad y cantidad, para la provisión de servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel de atención a la población del país.

Para una mejor comprensión del presente documento al Convenio de Gestión, se denominará CONVENIO, al Ministerio de Salud, el MINSa, y El Instituto Oncológico Nacional, EL ION.

**CONSIDERANDO**

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

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

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

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

Que es necesario el desarrollo de instrumentos que permitan administrar los recursos de manera descentralizada y con autonomía de gestión, de acuerdo a las normas reguladoras establecidas por el MINSa como ente rector, y con las normas establecidas mediante el Ley número 11 de 4 de julio de 1984, modificada por la Ley No.16 de 1 de junio de 2006, y la Resolución No. 001 de 4 de enero de 2006, QUE CREA Y ORGANIZA EL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL. Es por ello, que el MINSa implementa los convenios de gestión; para asignar recursos y para monitorear y comprobar el cumplimiento de los resultados previstos.

Que el objetivo del presente CONVENIO es contribuir a la creación de una nueva cultura hacia la calidad y la eficiencia, ayudando a cambiar la forma de gestión de la red de proveedores públicos, a los que el MINSA asignará recursos para brindar servicios de salud a la población bajo su responsabilidad de acuerdo a objetivos previamente pactados.

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

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

## **ACUERDAN**

### **CLÁUSULA I: DEL OBJETO DEL CONVENIO**

El objeto contractual lo constituye la provisión de servicios hospitalarios, para la población que por adscripción territorial están definidos por el MINSA y la Ley 11 de 4 de julio de 1984, modificada por la Ley No.16 de 1 de junio de 2006, de conformidad con el marco jurídico vigente, partiendo de las estimaciones que se mencionan adelante.

La población adscrita directa del ION es de 2 434 601 habitantes para el año 2009.

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

EL ION se asegurará brindar a la población, servicios de hospitalarios equitativos, oportunos, eficientes, de alta calidad y con calidez, a fin de procurar la atención real y efectiva de sus problemas de salud y la satisfacción de sus necesidades. Se entiende que estas actividades de provisión de servicios a los pacientes oncológicos exigen asimismo el cumplimiento de las actividades docentes y de investigación previstas en las normas que crean y regulan a EL ION, y que el MINSA reconoce la conveniencia de contribuir significativamente al desarrollo de la prevención y atención del cáncer en la República de Panamá.

Para el cumplimiento del objeto contractual EL ION 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 a EL ION para la operación de los servicios hospitalarios, en razón del grado de complejidad y categoría funcional asignados por la legislación en salud vigente y por lo señalado en la Ley número 11 de 4 de julio de 1984, modificada por la Ley No.16 de 1ro. De junio de 2006.

## **CLÁUSULA II: DE LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA**

La producción de EL ION resulta de la programación y planificación que el Director General hace con su Junta Técnica, de acuerdo con la Ley de EL ION, y que son aprobadas por EL ION. El acuerdo al que llegan el MINSA y EL ION en este CONVENIO, sobre el volumen y tipo de intervenciones médico-quirúrgicas, de docencia y de investigación que desarrollará el segundo, bajo parámetros de eficiencia, calidad y oportunidad esperados de EL ION, de acuerdo con estándares establecidos por el MINSA y por EL ION, (Anexos) con base en la producción histórica y la evaluación de la eficiencia de los recursos, el perfil funcional y nivel de complejidad de los servicios, constituirán la cartera de servicios ofrecidos, de acuerdo con la clasificación cuali-cuantitativa de los productos esperados.

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

## **CLÁUSULA III: INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES**

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

Igualmente aceptan las partes que las edificaciones, instalaciones, terrenos, equipos y demás bienes muebles que conforman el ION, en este momento y en el futuro, son patrimonio del HOSPITAL según el artículo 30 de la ley 11 del 4 de julio de 1984, modificada por la Ley No.16. Por disposición legal, EL ION está facultado para administrar responsablemente EL ION.

## **CLÁUSULA IV: MONTO DEL CONVENIO**

El MINSA asignará a EL ION para financiar la cartera de servicios pactada en el ANEXO I hasta un máximo de OCHO MILLONES SETECIENTOS SETENTA MIL DOCIENTOS BALBOAS (B/. 8, 770,200.00) para el periodo fiscal vigencia 2009. La ejecución presupuestaria se basa en las normas establecidas por el PATRONATO y en las Normas Generales de Administración Presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas.

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

En caso de requerirse un monto adicional, el MINSA se compromete a solicitar un crédito extraordinario al Ministerio de Economía y Finanzas, basados en sustentadores elaborados por el Departamento de Finanzas, a través del Director General y presentado ante el Patronato.

## **CLÁUSULA VI: METODOLOGÍA DE LA FORMULACION PRESUPUESTARIA**

Con el objeto de garantizar el cumplimiento de las responsabilidades pactadas dentro del marco del presente CONVENIO, se establece la necesidad de vincular los objetivos y metas pactadas entre las partes, a la ejecución del respectivo presupuesto a cargo de EL ION.

## **CLÁUSULA VII: DE LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES**

### **El MINSA estará obligado a:**

1. Entregar a EL ION los recursos financieros establecidos para ejecutar el presupuesto del año 2009 que se derive de los acuerdos pactados en el presente CONVENIO, lo que permitirá a EL ION asumir la cartera de servicios hospitalaria que se ofrecerá a la población del país.
2. Realizar las gestiones ante el Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República para facilitar el acceso de los fondos, para que estén a la disposición de las autoridades de EL ION, y realizar las gestiones necesarias ante las autoridades correspondientes para asegurar el acceso de los fondos necesarios para suplir las necesidades extraordinarias de EL ION, debidamente justificadas por EL ION.
3. Establecer anualmente el estimado de la producción de la cartera de servicios para satisfacer una determinada cobertura poblacional, por tipo de atención, tal como se contempla en el Anexo I del presente CONVENIO.
4. Solicitar al ION, de acuerdo a la periodicidad establecida, información sobre los indicadores producción y provisión de la cartera de servicios del hospital, con el propósito de vigilar y evaluar la ejecución del presente CONVENIO según los mecanismos descritos en el ANEXO 2.
5. Exigir al ION, la aplicación de correctivos en los casos en que se adviertan irregularidades o deficiencias en la realización de las actividades de provisión de la cartera de servicios, por parte de éste, según las normas y estándares del MINSA, como ente Rector.
6. Vigilar el cumplimiento de la legislación existente en cuanto a vigilancia y control de infecciones nosocomiales, vigilancia epidemiológica, sanitaria, ambiental y de bioseguridad.
7. Dar respuesta a los planes de inversión y desarrollo en infraestructura y equipamiento, para cumplir con los estándares mínimos, establecidos por el MINSA, de habilitación, certificación y acreditación del ION.

### **El ION estará obligado a cumplir las siguientes funciones:**

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

Cada paciente y cada ciudadano son distintos 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.
- 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.
- 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
- Cambio de la cultura de la organización
- Identificar y reducir de manera proactiva los riesgos y la variación
- Utilizar los datos para centrarse en los aspectos de prioridad
- 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.
- 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.
- Conseguir mejoras en base a comparativas con otras organizaciones, a nivel nacional e internacional.

### **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.
- 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 actividades de la organización:

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

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

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

### **Función 10 Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)**

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

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

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

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

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

información para mejorar los resultados de los pacientes, la actuación individual y global de la organización.

Las organizaciones se vuelven más eficaces con el tiempo en:

- La identificación de necesidades de información.
- El diseño de un sistema de gestión de la información.
- La definición y recogida de datos e información.
- El análisis de datos y su transformación en información.
- 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 computarizados 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 sub funciones específicas de la PPS; como la Monitorización de la Vigilancia Epidemiológica.

### **Función 13: Gestión Económico Financiera (GEF)**

#### Gestión Económica Financiera

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

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

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

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

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

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

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

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

## **CLAUSULA IX: DE LOS ANEXOS**

El presente CONVENIO incluye como parte integrante los anexos:

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

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

## **CLAUSULA X: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO**

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

X-a. El ION 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 ION.

Dichos eventos deben ser notificados formalmente por el ION 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 XI.: VIGENCIA**

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

Estando conformes a lo antes establecido, las partes 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. JORGE LASSO DE LA VEGA**  
Director del Instituto Oncológico Nacional

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

**INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL**

**CARTERA DE SERVICIOS**

**Año 2009**

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

**PRODUCCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIO. AÑO 2008 Y PROYECTADA PARA EL AÑO - 2009**

<b>N°</b>	<b>PRODUCTO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
1	Consulta de atención de tipo agudo a pacientes oncológicos	7,660	10,162
2	Consulta externa oncológica especializada	43,971	47,948
3	Consulta externa oncológica complementaria	12,049	13,075
4	Servicio de hospitalización oncológica (Día Cama Ocupado)	33,361	33,026
5	Servicio de cirugía oncológica ambulatoria		
	a-Menor	429	401
	b-Mayor	1,118	1,644
6	Servicio de cirugía oncológica con internamiento	1,199	836
7	Servicio de sesiones de radioterapia oncológica	30,213	43,628
8	Servicio de tratamientos de quimioterapia	14,851	16,634
9	Servicio de tomografía computarizada	7,407	8,439
10	Servicio de endoscopia		
	a-Servicio de endoscopia gastrointestinal	666	746
	b- Servicio de endoscopia respiratoria	50	86
	c-Servicio de endoscopia genitourinaria	435	432
11	Servicio de Cuidados Intensivos médicos y quirúrgicos	773	843
12	Servicio de Medicina Nuclear	1,583	1,614
13	Servicio de Trasplante de médula ósea	6	15

Los servicios oncológicos anteriores comprenden lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**10. Servicio de Endoscopia:** Incluye los procedimientos endoscópicos gastrointestinales, respiratorios y genitourinarios

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

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

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

INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL  
PRODUCCIÓN PACTADA. AÑOS 2008 - 2009

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

**ANEXO 2**

**Metodología de la formulación presupuestaria**

## **Metodología para la Formulación de Presupuesto 2009**

El proceso institucional que utilizamos para la formulación del anteproyecto de presupuesto 2009 y del presupuesto 2009, basados en los siguientes conceptos: **Definición, Funciones, Importancia, Objetivos, Organización y Etapas del Presupuesto.**

Dado estos conceptos procedemos a desarrollarlos para su mejor análisis.

### **Presupuesto (Definición):**

Es un plan de acción dirigido a cumplir una meta prevista, expresada en valores y términos financieros que, debe cumplirse en determinado tiempo y bajo ciertas condiciones previstas, este concepto se aplica a cada centro de responsabilidad de la organización.

### **Funciones:**

1. La principal función del presupuesto se relaciona con el Control financiero de nuestra institución.
2. El control presupuestario consiste en mantener el balance de los ingresos con nuestros gastos. En este proceso conocemos como es que se está realizando el gasto, comparando los resultados con los datos presupuestados correspondientes para verificar los logros o remediar las diferencias.
3. Desempeñar roles preventivos y correctivos dentro de nuestra organización.

### **Importancia:**

1. Por medio de los presupuestos se mantiene el plan de operaciones del ION en unos límites razonables.
2. Cuantifica en términos financieros los diversos componentes de su plan total de acción.
3. Sirve como mecanismo para la revisión de políticas y estrategias del ION y nos enrumba hacia lo que verdaderamente se busca.
4. Los procedimientos inducen a las autoridades a pensar en las necesidades totales del ION, y a dedicarse a planear de modo que puedan asignarse a los varios componentes y alternativas la importancia necesaria.
5. El presupuesto sirve como medio de comunicación entre unidades a determinado nivel y verticalmente entre ejecutivos de un nivel a otro.

### **Objetivos:**

1. Planear integral y sistemáticamente todas las actividades que el ION debe desarrollar en un periodo determinado, que dentro del estado es de un año.
2. Controlar y medir los resultados cuantitativos, cualitativos y, fijar responsabilidades en los diferentes servicios del ION para lograr el cumplimiento de las metas previstas.

### **Organización:**

La organización del ION para ofertar servicios de ontología se ha estructurado en tres programas presupuestarios que son El Programa de Dirección General y Administrativa, El Programa de Atención Medica y El Programa de Docencia Medica, que permiten una adecuada formulación

presupuestaria atendiendo a las necesidades de cada uno de los centros de producción basados en su producción esperada o estimada para el periodo fiscal.

La parte medular de la programación presupuestaria la representa el programa de Atención Médica y Docencia Médica que contempla todos los centros de producción médicos de la institución como detallamos a continuación:

## PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA

### Subprogramas y Actividad

1. Dirección
2. Cirugía
  - 2.1. Servicio de Cirugía
  - 2.2. Servicio de Anestesia y Quirófano
  - 2.3. Servicio de Ginecología
  - 2.4. Servicio de Urología
  - 2.5. Cirugía Reconstructiva
3. Medicina
  - 3.1. Servicio de Oncología Médica
  - 3.2. Ser. De Hematológica y Transplante de Médula Ósea
4. Diagnóstico y Tratamiento
  - 4.1. Cuidados Intensivos
  - 4.2. Patología
  - 4.3. Imaginología
  - 4.4. Medicina Nuclear
  - 4.5. Laboratorio Clínico
  - 4.6. Banco de Sangre
  - 4.7. Odontología y Prótesis
  - 4.8. Salud Mental
  - 4.9. Fisioterapia
5. Enfermería
6. Radio oncología Médica
  - 6.1. Física Médica
  - 6.2. Radio oncología Médica
7. Apoyo
  - 7.1. Trabajo Social
  - 7.2. Registros Médicos
  - 7.3. Farmacia
  - 7.4. Nutrición y Dietética
  - 7.5. Central de Equipo

## PROGRAMA DE DOCENCIA MÉDICA

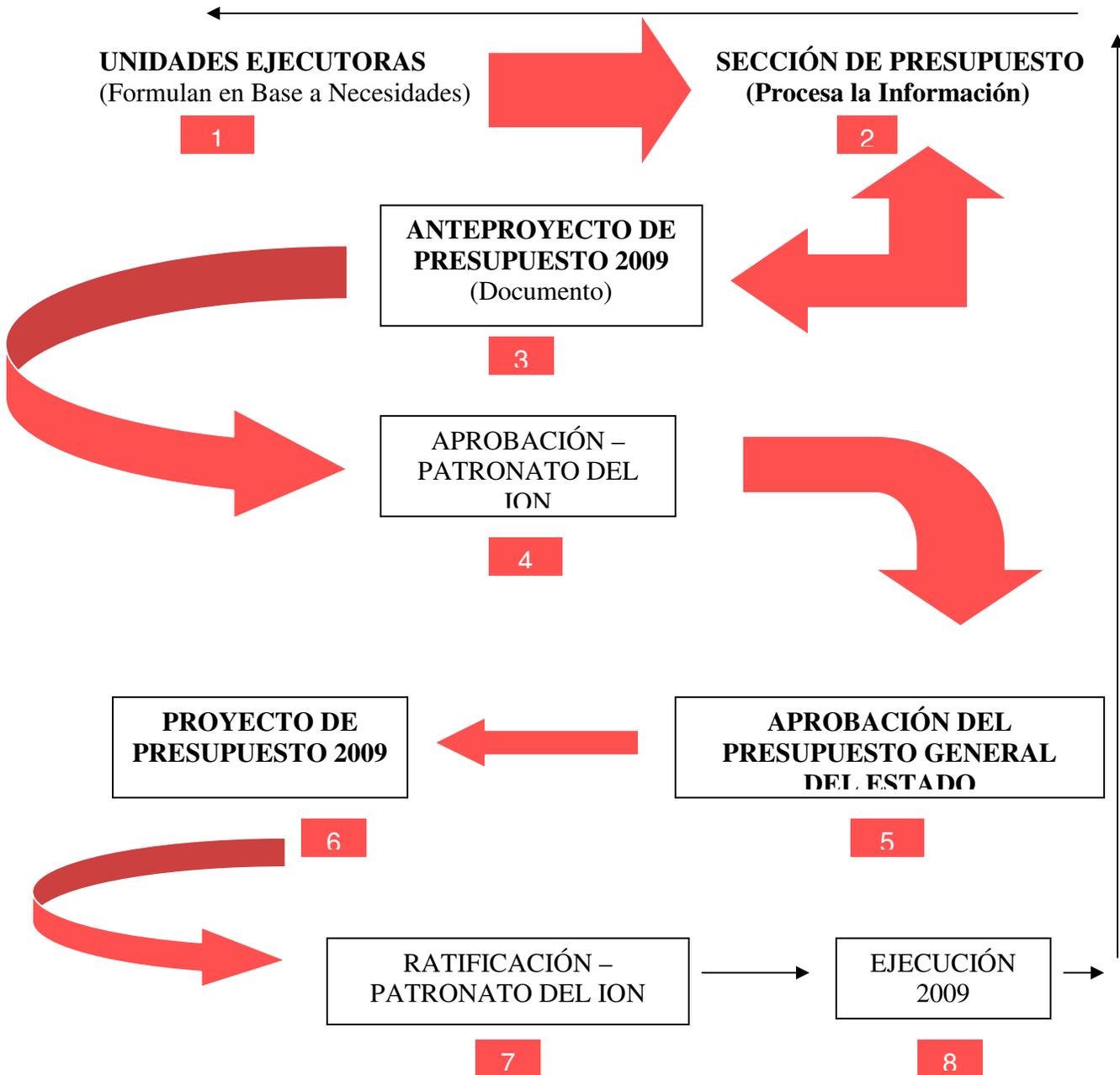
1. Docencia
2. Biblioteca
3. Investigación

Para una adecuada formulación del anteproyecto de presupuesto todos los centros de producción agrupados en los distintos programas presupuestarios deben basarse en una adecuada planificación estratégica que defina su Visión, Misión, Objetivos, Metas, y Justificación, esta última basada en la

producción esperada o estimada de su unidad, tomando en cuenta el comportamiento de la demanda.

Para esta tarea la sección de presupuesto diseño una herramienta sistematizada que el Departamento de Informática materializó el cual cada centro de producción incluye cada uno de los productos o servicios necesarios para el cumplimiento de sus metas, dicho herramienta permite estandarizar, procesar y emitir informes de la formulación presupuestaria con mayor brevedad.

## Etapas del Presupuesto.



El gráfico anterior resume las ocho (8) principales etapas que conlleva la planificación presupuestaria, que detallamos a continuación:

1. Formulación del Anteproyecto de Presupuestos por Unidades Ejecutoras

En esta etapa el Director General solicita la formulación del Anteproyecto de Presupuesto para la vigencia fiscal siguiente para ello le solicita a todos los centros de producción del ION que detallen un listado de necesidades para alcanzar sus metas programadas.

2. Procesamiento de Datos

En esta etapa la Sección de Presupuesto, Costo y Producción verifica su base de datos realiza los análisis correspondiente y procesa la información para presentar a la Dirección general el Borrador del Anteproyecto de Presupuesto del ION, luego el Director General llama a vistas presupuestarias a los principales centros de producción para que justifiquen se anteproyecto de presupuesto.

3. Anteproyecto de Presupuesto

Culminada la etapa de las vistas del anteproyecto de presupuesto el director general instruye a la Sección de Presupuesto a elaborar el Documento Final del Anteproyecto de Presupuesto.

4. Aprobación ante el Patronato del ION

El Director General presenta para su consideración y aprobación ante todos los distinguidos miembros del Patronato del ION el Anteproyecto de Presupuesto.

5. Aprobación del Presupuesto General del Estado

Aprobado el Anteproyecto de Presupuesto del ION la Dirección General lo presenta y sustenta ante el Ministerio de Salud, regente del sector, para que este a su vez lo presente ante el pleno de la Asamblea Nacional de Diputados que en función de los ingresos esperados de la nación proyectados por el Ministerio de Economía y Finanzas se Asigne el Presupuesto General del Estado.

6. Proyecto de Presupuesto

Luego de conocer los ingresos reales por Sector, Ministerio e Instituciones se procede a realizar los ajustes necesarios de las solicitudes para cumplir con el balance entre los ingresos y los gastos. Dichos ajustes se realizan atendiendo al comportamiento histórico que en gran medida nos muestran los déficit o superávit de los distintos programas, con el visto bueno del Director General.

7. Ratificación del Presupuesto por el Patronato del ION

Al realizar los ajustes necesarios para mantener el balance de ingreso versus gastos para un periodo fiscal dado, el Director General Presenta ante el Patronato del ION, los ajustes realizados a los distintos programas, para su Aprobación.

8. Ejecución del Presupuesto

Aprobado el presupuesto se procede a generar todas las solicitudes de abastecimientos que se canalizan a través de la Dirección Administrativa y sus Departamentos.

La formulación del anteproyecto de presupuesto para el año 2007 incorpora el concepto de formulación basada en la producción esperada o estimada.

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

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

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

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

### **2. Proyección de la producción para el 2009**

Aunque existen varios métodos de proyección, se aplicó el método de proyección de la Tendencia Lineal.

### **3. Determinación de recursos financieros por programa presupuestario**

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

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

**ANEXO 3**

**De las Obligaciones del MINSA**

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

**INDICADOR**

1.1 Presupuesto Fiscal equivalente a B/. [REDACTED] entregado al PATRONATO el \_\_\_\_\_ del  
1.2 Proyección de fondos propios aproximada de \_\_\_\_\_ entregado a \_\_\_\_\_ del  
2007

**MEDIO DE VERIFICACIÓN**

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

**PROCEDIMIENTO**

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

Informe de ejecución presupuestaria del 2008

**PERIODICIDAD**

A los 30 días de la firma del CONVENIO

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

**INDICADOR**

2.1 Asignaciones entregadas mensualmente al PATRONATO de acuerdo a la programación en el año 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 PATRONATO con su debida rúbrica de recibo por este último

**PERIODICIDAD**

Cada 4 meses

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

**INDICADOR**

3.1 Evidencia de la cartera de servicios pactada

**MEDIO DE VERIFICACIÓN**

Convenio de Gestión firmado

Documento de la cartera de servicios actualizada

**PROCEDIMIENTO**

Verificar la existencia del documento

**PERIODICIDAD**

Anual

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

**INDICADOR**

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

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

4.3 Evidencia de las inspecciones realizadas

4.4 Evidencia de realización de auditorías de servicios y médicas

4.5 Evidencia de las auditorías contables y financieras

**MEDIO DE VERIFICACIÓN**

Informe ejecutivo de los resultados de los monitoreos

Documento de los resultados de la evaluación anual

Informe de inspecciones realizadas (cada [4] meses)

Informe de las auditorías realizadas de:

Auditorías de servicios (anual)

Auditorías médicas (según necesidad)

**PROCEDIMIENTO**

Verificar la existencia de los documentos de supervisión y monitoreo

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

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

**PERIODICIDAD**

[Monitoreos] cada [6] meses

Evaluación anual

Inspecciones cada [seis] meses

Auditorías como se establece en cada uno de los casos

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

**INDICADOR**

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

**MEDIO DE VERIFICACIÓN**

Informes ejecutivos de los correctivos.

**PROCEDIMIENTO**

Verificar que se hayan realizado dichos correctivos.

**PERIODICIDAD**

Cada [6] meses

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

**INDICADOR**

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

**MEDIO DE VERIFICACIÓN**

Informes epidemiológicos, sanitarios y ambientales.

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

**PROCEDIMIENTO**

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

**PERIODICIDAD**

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

Mensualmente para el comité de Infecciones Nosocomiales y de Bioseguridad.

**ANEXO 4**

**De las Obligaciones del INSTITUTO**

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

### **Visión general**

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

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

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

Esta función regula los procesos para:

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

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

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

**Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición**

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición						
<p><b>Definición y respeto a los derechos</b></p> <p>DPF. 1 La organización aprueba, difunde y respeta los derechos de los pacientes.</p>	<p><b>Propósito</b></p> <p>Se reconoce y respetan los derechos de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencias y valores personales.</li> <li>• Privacidad.</li> <li>• Protección de sus pertenencias, protección ante agresiones.</li> <li>• Confidencialidad de información y su protección ante su uso indebido y extravío.</li> <li>• Participar en el proceso de su asistencia, consentimiento informado.</li> <li>• Resucitación y mantenimiento vital.</li> <li>• Dolor</li> <li>• Asistencia al final de la vida.</li> <li>• Derechos y responsabilidades ante el rechazo o interrupción del tratamiento.</li> </ul> <p>En todo caso respetar <b>la Ley N° 68 del 20 de noviembre del 2003 y otras.</b></p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <p>Realización de un Plan. Implantación del Plan.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> <td style="width: 15%;">5</td> <td style="width: 15%; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p><b>Igualdad de derechos</b></p> <p><b>DPF.2 En ningún caso existirán diferencias en los servicios de salud otorgados, ni en el trato brindado a los usuarios y a las usuarias, en razón del color, sexo, credo y procedencia. ♥</b></p>	<p><b>Propósito</b></p> <p>Respeto de las garantías constitucionales expresadas en su artículo 109: No habrá fueros o privilegios personales ni discriminación por razón de raza, nacimiento, clase social, sexo, religión o ideas políticas.</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <p>Realización de un Plan de respeto al artículo 109 de la Constitución Implementación del plan.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">4</td> <td style="width: 15%;">5</td> <td style="width: 15%; border: 2px solid blue;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

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

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición						
<p><b>Consentimiento Informado específico</b></p>							
<p><b>DPF. 4 ♥ Se obtiene el consentimiento informado específico del paciente mediante un proceso definido por la organización y que conduce el personal pertinente.</b></p> <p><b>La información facilitada incluye</b> el tratamiento o técnica diagnóstica propuesta; posibles beneficios, riesgos y alternativas</p> <p><b>El consentimiento informado se obtiene antes de:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las prácticas quirúrgicas o invasivas.</li> <li>2. La anestesia y Sedación Profunda.</li> <li>3. Del empleo de sangre y de derivados sanguíneos.</li> <li>4. De las prácticas o tratamientos de alto riesgo</li> <li>5. De la realización de ensayos clínicos</li> </ol>	<p><b>Propósito</b></p> <p>Los pacientes tienen el derecho a participar en las decisiones relacionadas con a asistencia. Para poder ejercer este derecho deben de ser informados en términos comprensibles</p> <p>Una de las vías principales que se utilizan para la participación del paciente en la asistencia es mediante la entrega de un consentimiento informado. Para consentir, el paciente debe estar informado sobre el plan de asistencia, necesario para adoptar una decisión informada. El consentimiento informado puede obtenerse en distintos momentos de la asistencia. Por ejemplo, cuando el paciente ingresa en la organización y antes de ciertas prácticas o tratamientos que entrañen un alto riesgo. El proceso de consentimiento está definido en normas y procedimientos de la organización. En ellas, se incorporan leyes y normativas relevantes.</p> <p>Se informa a los pacientes y a las familias sobre los test, prácticas y tratamientos que requieren consentimiento y de cómo pueden darlo (por ejemplo, verbalmente, firmando un formulario de consentimiento, o mediante otras formas). Los pacientes y las familias saben quién está capacitado para dar consentimiento, además del paciente. Miembros del personal designados reciben formación para informar a los pacientes y obtener y documentar un consentimiento del paciente.</p> <p><b>El mínimo es el contemplado en la ley N° 68 del 20 de noviembre del 2003</b></p> <p>El objetivo para el año 2009 con los cinco procesos mas frecuentes en cada centro y/o especialidad que precisen Consentimiento Informado</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <p><b>Numerador:</b> Número de pacientes con registro de consentimiento informado en los procesos definidos por la organización. <b>Denominador:</b> Número total de pacientes sometidos a los procesos que precisan consentimiento informado según la organización.</p> <table border="1" data-bbox="662 1717 1040 1764"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

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

### ***Visión***

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

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

La información es esencial para tomar decisiones acertadas acerca de

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

**Objetivos, propósitos y elementos de medición**

<p><b>ACA.5 ♥ Casos nuevos atendidos por salud mental.</b></p>	<p><b>Propósito</b> 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><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Casos nuevos atendidos en el programa de salud mental x 100. <b>Denominador:</b> Total población meta (según grupo etáreo)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>Información a pacientes sobre la sectorización</b></p>	
<p>ACA. 8 Cartera de servicios a la vista del cliente</p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar la información de la cartera de servicios disponible</p> <p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de servicios con cartera de servicio actualizada x 100. <b>Denominador:</b> Total de servicios.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.9 Porcentaje de Servicios con horarios de atención al público a la vista del cliente</p>	<p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de servicios con horarios de atención al público a la vista del cliente x 100. <b>Denominador:</b> Total de servicios</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<b>Barreras de acceso</b>							
<p>ACA.10 La organización intenta limitar las barreras físicas, de idioma, culturales y cualquier otra barrera en el acceso y asistencia.</p>	<p><b>Propósito</b> Las instituciones sanitarias como el MINSA atienden a menudo a comunidades con colectivos distintos. Puede tratarse de pacientes de edad avanzada, discapacitados, de hablas o dialectos distintos, de culturas diversas o presentar otras barreras que dificultan el proceso el acceso a los servicios sanitarios. La organización conoce esas barreras y ha introducido procesos que las eliminan o limitan durante el proceso de los servicios sanitarios. La organización persigue además, reducir el impacto de esas barreras en la provisión de servicios sanitarios.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Diseño de un plan. Grado de implementación del Plan.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p>ACA.11 Porcentaje de áreas de las instalaciones de salud (consulta externa, fisioterapia, ortopedia, urgencias y laboratorio) que faciliten el acceso mediante adecuación de las estructuras arquitectónicas, rampas, manubrios, etc.</p>	<p><b>Elementos de medición</b> Elaboración de un diagnostico situacional <b>Numerador:</b> Número de instalaciones de salud que faciliten el acceso a pacientes discapacitados x 100. <b>Denominador:</b> Total de instalaciones de salud</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<b>Estrategias para la ampliación de la cobertura de servicios</b>							
<b>Acceso y Listas de espera</b>							
<p>ACA.15 Se registra la lista de espera total de pacientes para procesos quirúrgicos y productos intermedios</p>	<p><b>Propósito</b> Se registra Lista de espera en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total del hospital,</li> <li>• Cada servicio quirúrgico</li> <li>• Cada producto intermedio</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b> Evidencia del registro de lista de espera</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

<p>ACA.16 Lista de espera superior a 2 ½ meses en cada servicio / unidad de la instalación</p>	<p><b>Elementos de medición</b>                  Número de paciente que esperan 2 ½ meses y más para realizar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total del hospital,</li> <li>• Cada servicio quirúrgico</li> <li>• Cada producto intermedio</li> </ul> <p> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> </p>
<p>ACA.17 Espera quirúrgica superior a seis meses del hospital y cada servicio / unidad</p>	<p><b>Elementos de medición</b>                  Número de paciente que esperan 6 meses y más para realizar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total del hospital</li> <li>• Cada servicio quirúrgico</li> <li>• Cada producto intermedio</li> </ul> <p> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> </p>
<p>ACA.18 Espera quirúrgica superior a 12 meses del hospital y cada servicio</p>	<p><b>Elementos de medición</b>                  Número de paciente que esperan 12 meses y más para realizar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Total del hospital,</li> <li>• Cada servicio quirúrgico</li> <li>• Cada producto intermedio</li> </ul> <p> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> </p>
<p><b>ACA.19 ♥ La organización dispone de un Plan para Adecuar los tiempos de espera a las necesidades de acceso de la población en:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cirugías</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Con Internamiento</b></li> <li>○ <b>Ambulatoria</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Productos intermedios</b></li> <li>• <b>Consultas externas</b></li> </ul>	<p><b>Propósito</b>                  Definir el tiempo máximo de espera máximo para los diferentes procesos y especialidades sanitarios. Tener en cuenta para ello la monitorización de la lista de espera que se recoge en la función Gestión de la Información y de la Utilización (GIU)</p> <p>Realizar las acciones oportunas para garantizar que el tiempo de demora no rebasa los límites establecidos por la organización</p> <p><b>Elementos de medición</b>  <b>Numerador:</b> Pacientes que han sido atendidos dentro del tiempo máximo definido por la organización. <b>Denominador:</b> Total de pacientes en lista de espera.</p> <p> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/> </p>

<p>ACA.20 La Organización implementa el plan de adecuación de la lista de espera a las necesidades.</p>	<p><b>Propósito</b> La organización implementa el plan con el fin garantizar la equidad en el acceso</p> <p><b>Elementos de medición</b> Evidencia de la adecuación de los tiempos de espera a las necesidades definidas.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>Continuidad de la Asistencia SURCO</b></p>	
<p>ACA.21 Fomentar la integralidad y continuidad de la atención de salud, mediante la aplicación de un sistema articulado de las unidades del primer nivel y segundo nivel de atención, mediante la implantación del Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia, (SURCO).</p>	<p><b>Propósito</b> Realizar un Plan para implementar adecuadamente SURCO, haciendo énfasis en la contrarreferencia</p> <p><b>Elementos de medición</b> Plan de funcionamiento del SURCO</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.22 Evidencia de la Comisión Evaluadora del SURCO instalada y funcionando</p> <p>(Debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe del detalle de las acciones del SURCO.</li> <li>• Conformación de la comisión evaluadora del SURCO instalada</li> <li>• Capacitaciones realizadas en el manejo del instrumento del SURCO</li> <li>• Lista de asistencia de los participantes</li> <li>• Actas de reuniones de coordinación</li> <li>• Analizar el Informe que contiene los detalles de acciones del SURCO.</li> <li>• Programación de monitoreo y evaluación del SURCO.</li> <li>• Comisión formada por: REMES, Jefes de Servicios Médicos especializados, Dirección de Atención)</li> </ul>	<p><b>Propósito</b> Existencia y funcionamiento adecuado de la comisión</p> <p><b>Elementos de medición</b> Evidencias del funcionamiento de la comisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe del detalle de las acciones del SURCO.</li> <li>• Conformación de la comisión evaluadora del SURCO instalada</li> <li>• Capacitaciones realizadas en el manejo del instrumento del SURCO</li> <li>• Lista de asistencia de los participantes</li> <li>• Actas de reuniones de coordinación</li> <li>• Analizar el Informe que contiene los detalles de acciones del SURCO.</li> <li>• Programación de monitoreo y evaluación del SURCO.</li> <li>• Registro de la hoja de referencias y contrarreferencias (instrumento SURCO).</li> </ul> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p><b>ACA.23 ♥ Utilización adecuada del formulario normado de SURCO</b></p>	<p><b>Propósito</b> Cumplimentar correctamente el documento surco</p> <p><b>Elementos de medición</b> <i>Numerador:</i> Número de Servicios que utilizan el formulario de SURCO normado × 100. <i>Denominador:</i> Total de Instalaciones de Salud</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>Acceso a la cartera de servicios</b></p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar el acceso de acuerdo a la cartera de servicios pactada</p> <p><b>Elemento de medición</b> Porcentaje de cumplimiento del nivel de actividad pactada de la cartera de servicios del Anexo 1</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

**Función 03: Evaluación del Paciente (EP)**

**Visión\*\*\***

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

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

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

**Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición**

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
<b>Evaluación inicial a todos los pacientes</b>	
EP. 1 Evaluación inicial a todos los pacientes: Física, psicológica, social y nutricional	<p><b>Propósito</b>                      Detectar mediante un tamizaje inicial los problemas físicos, psicológicos, sociales y nutricionales de todos los pacientes. Con arreglo al tamizaje inicial, evaluar, en su caso, más profundamente. Tomar decisiones según el resultado de la evaluación.</p> <p><b>Elementos de medición</b>                      Porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo de evaluación inicial física, psicológica, social y nutricional.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; color: blue;">NA</span> </div>

<p><b>Protocolos de evaluación médicos y de enfermería</b></p>	
<p><b>EP: 2 ♥ Protocolos de evaluación de procesos médicos.</b></p>	<p><b>Propósito</b>                  Evaluar a los pacientes de acuerdo a sus necesidades y que permita decisiones adecuadas a su tratamiento. Otras evaluaciones acordes con las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población de la región (en base a criterios demográficos y epidemiológicos y otros)</p> <p>Entre criterios que se usen para establecer en que procesos se realizará un protocolo de evaluación estarán: epidemiológicos y demográficos, riesgo, coste, etc.</p> <p><b>Elementos de medición</b>  <b>Numerador:</b> Número servicios que cuentan con los protocolos de evaluación para las 5 principales morbilidades del Hospital. <b>Denominador:</b> Total de Servicios con protocolos de evaluación</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>Productos intermedios</b></p>	
<p>EP.3 Existencia y uso protocolos de evaluación en:                  Laboratorios                  Patología Clínica                  Diagnóstico por la imagen y Radiología</p>	<p><b>Elementos de medición</b>  <b>Numerador:</b> Número de instalaciones de salud que cuentan con los protocolos de evaluación (laboratorios + Patología Clínica + Diagnóstico por la imagen) <b>Denominador:</b> Total de instalaciones (laboratorios + Patología Clínica + Diagnóstico por la imagen)</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>Laboratorio</b></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><b>Propósito</b>                  Los test de laboratorio (incluidos tiras reactivos y otros similares) son realizados por personal con la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia.</p> <p><b>Elementos de medición</b>                  Evidencia de que las personas que realizan los test disponen de la adecuada formación, aptitud, orientación y experiencia</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

## **Función 04: Asistencia a los Pacientes (AP)**

### **Visión**

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

Algunas actividades básicas de la asistencia al paciente incluyen:

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

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

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

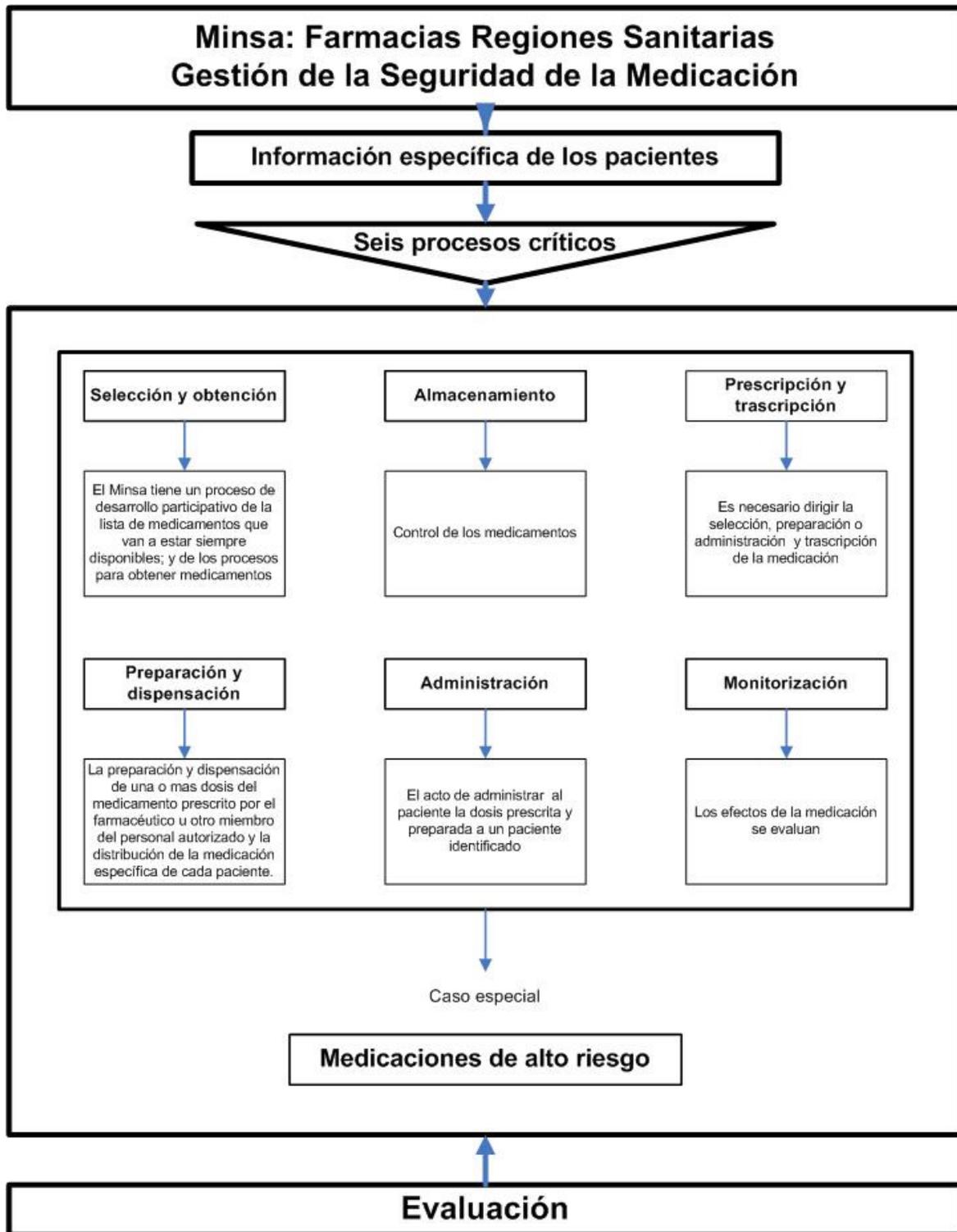
**Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición**

<b>Objetivos</b>	<b>Propósito y Elementos de Medición</b>
<p><b>AP. 2 ♥ De acuerdo con el Plan Protocolos de atención se estandarizan, al menos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cinco protocolos médicos y por servicio.</b></li> </ul>	<p><b>Propósito</b> De acuerdo con las necesidades nacionales, regionales y locales pero siempre con la participación de los profesionales se realizará e implementará un Plan de Protocolos.</p> <p>Los protocolos de atención deben de fijarse por diferentes criterios entre los cuales está la morbilidad pero no es el único ya que deben tener en cuantos otros como las de mayor mortalidad, mayor riesgo, mayor coste, etc.</p> <p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de servicios hospitalarios de salud que cuentan con los protocolos de atención elaborados e implementados para las 5 principales morbilidades del servicio etc. <b>Denominador:</b> Total de servicios hospitalarios.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>Uso del medicamento</b></p>	
<p><b>Selección y Obtención de medicamentos</b></p>	
<p>AP.8 Existe un Plan de Gestión y Uso seguro de los medicamentos.</p>	<p><b>Propósito:</b> 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><b>Elemento de medición</b> Existencia del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p><b>AP. 9 ♥ Existe un Plan para la Selección de medicamentos y obtención de medicamentos con criterios de calidad.</b></p>	<p><b>Propósito:</b> La selección y obtención de medicamentos debe realizarse con criterios de calidad. Para ello es imprescindible disponer de datos de la calidad de los medicamentos adquiridos.</p> <p><b>Elemento de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de principios activos en cuyo mecanismo de obtención se han tenido en cuenta criterios de calidad. <b>Denominador:</b> Número total de principios activos. <b>Nota:</b> Los criterios de calidad en el proceso de obtención de un principio activo no se refieran a las características del mismo sino al proceso de fabricación e incluso durante el proceso de transporte hasta las instalaciones sanitarias del MINSA.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>Almacenamiento de medicamentos</b></p>	
<p><b>AP.10 ♥ Existe un Plan que regula el almacenamiento de medicamentos.</b></p>	<p><b>Propósito</b> El Plan de almacenamiento de medicamentos debe asegurar entre otros las:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caducidades. Debe tenerse en cuenta que las caducidades de algún medicamento varia en el momento en que se rompe el precinto (ejemplo suero fisiológico para instilaciones nasales, multidosis, etc.).</li> <li>• La temperatura de conservación de aquellos fármacos que lo precisen</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b> Existencia del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>AP.11 ♥ Se asegura que se controlan las caducidades y que no se administran medicamentos caducados.</b></p>	<p><b>Propósito:</b> Implementar la parte correspondiente al almacenamiento del Plan de Gestión y Uso seguro del medicamento.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Registros de control de caducidades Inspección visual del área.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p><b>AP.12 ♥ Los medicamentos termolábiles y otros se almacenan de acuerdo con el Plan de Gestión y Uso Seguro del Medicamento.</b></p>	<p><b>Propósito</b> La variación de la temperatura de almacenamiento de medicamentos termolábiles es esencial para asegurar sus propiedades farmacológicas.</p> <p>Debe controlarse la temperatura con termómetros de máxima y mínima. Debe registrarse diariamente la temperatura máxima y mínima. Si el rango de temperatura es inadecuado se actuara de acuerdo al Plan (se tomaran decisiones en relación a la validez del mismo o cambios en fecha de caducidad).</p> <p><b>Elementos de medición</b> Registros de temperatura diarios acordes con el plan para los medicamentos termolábiles. Toma de decisiones correctas según el Plan.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>AP. 13 Se monitoriza el uso de los medicamentos</b></p>	<p><b>Propósito</b> Uno de los puntos críticos en el uso de los medicamentos es la adecuada monitorización de sus efectos adversos ya que, entre otros, permite detectar precozmente algunos problemas.</p> <p>Para ellos es necesario la realización de un Plan que incluya el diseño</p> <p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de efectos adversos y errores en el uso de los medicamentos comunicados a la <b>Denominador:</b> Número de médicos del Hospital</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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



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

### **Visión**

La educación del paciente y de la familia y de los ciudadanos les ayuda a mejorar su participación en la asistencia, a tomar decisiones informadas de asistencia y a prevenir las enfermedades. Personal muy diverso de la organización educa a los ciudadanos, a los pacientes y a sus familias. La educación tiene lugar cuando el paciente interactúa con su médico o con el personal de enfermería.

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

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

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

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

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

*Objetivos, propósitos y elementos de medición*

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición
<b>Planificación</b>	
<p><b>EPFC.1 ♥ Plan de educación del Paciente y de su familia</b></p>	<p><b>Propósito</b>                      Algunas intervenciones sanitarias educativas se han mostrado con una muy favorable relación costo beneficio en términos de años de vida ganados con calidad y por tanto en eficiencia en el uso de los recursos sanitarios.</p> <p>La educación del paciente de su familia debe realizarse en el contexto de un Plan de Educación. El Plan de Educación debe basarse en las necesidades reales del MINSA, de cada Región Sanitaria, cada Instalación sanitaria y de cada especialidad o disciplina médica y de enfermería. Se tendrán en cuenta las estrategias nacionales. Se seleccionaran por criterios epidemiológicos, costo beneficio, riesgo, etc.</p> <p>Los Planes de Educación incluirán la atención, la prevención, la promoción y el medio ambiente.</p> <p><b>Elemento de medición</b>                      Existencia de un Plan de Educación de Pacientes y familias acorde a las necesidades de la población</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>EPFC.2 ♥ Se implementa el Plan de Educación del Paciente y de su familia</b></p>	<p><b>Propósito</b>                      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><b>Elementos de medición</b>                      Evidencias de cumplimiento del Plan (carteles, etc.)  <b>Numerador:</b> Porcentaje de pacientes educados × 100.  <b>Denominador:</b> Total de pacientes/ ciudadanos susceptibles de recibir educación con respecto al Plan.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

### **Visión**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Convenio de Gestión 2009

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**

<b>Objetivos</b>	<b>Propósitos y Elementos de medición</b>
<b>Liderazgo de la calidad y de la seguridad</b>	
<p>GMC.1 Los responsables de la dirección de la organización participan en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad.</p>	<p><b>Propósito</b> El liderazgo y la planificación son imprescindibles en la Mejora Continua de la Calidad y la reducción de riesgos para pacientes y personal</p> <p><b>Elementos de medición</b> Participación de los Líderes en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC.2 Existe un plan escrito para un programa de gestión y mejora de la calidad.</p>	<p><b>Propósito</b> Existencia de un plan escrito</p> <p><b>Elementos de medición</b> Existencia del Plan escrito</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

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

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<b>Monitorización Clínica</b>	
<b>Monitorización de Incidentes</b>	
<p><b>GMC.5 ♥ Los datos de la monitorización se evalúan intensivamente cuando se producen incidentes inesperados importantes y tendencias y cambios no deseados.</b></p>	<p><b>Propósito</b>                      Ante determinados incidentes se debe realizar análisis exhaustivo para determinar la causa y prevenir que vuelvan a producirse. Entre estos incidentes deben contemplarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• muertes inexplicables o inesperadas</li> <li>• reacciones a la transfusión confirmadas;</li> <li>• efectos negativos de fármacos;</li> <li>• errores significativos en la medicación;</li> <li>• discrepancia importante entre el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio; y</li> <li>• incidentes negativos significativos con anestesia.</li> </ul> <p>La instalación determina qué incidentes son significativos, así como, los procesos para su análisis exhaustivo. Cuando se producen episodios o incidentes no deseados se rediseña los procesos para evitar que se vuelvan a producir.</p> <p><b>Elementos de medición</b>                      Registro de incidentes inesperados. Medidas adoptadas</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<b>Comisiones clínicas de calidad en Hospitales</b>	
<p><b>GMC.7 ♥ Comisión de mortalidad</b></p>	<p><b>Propósito</b>                      Realizar ciclos DPCA en relación a la mortalidad del hospital y de los servicios / unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad global y por servicios</li> <li>• Mortalidad centinela (Mortalidad indebida. Ej.: Muerte materna en parto, muerte por reacción transfusional, suicidio, etc.)</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de la unidad</li> <li>• Actas de funcionamiento</li> <li>• Análisis de la mortalidad y propuestas de mejora</li> </ul> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>GMC.8 ♥ Comisión de infecciones nosocomiales</b></p>	<p><b>Propósito</b>                      Control y prevención de la infección nosocomial</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de la unidad</li> <li>• Actas de funcionamiento</li> <li>• Cumplimiento de función CI.</li> </ul> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<b>Objetivos</b>	<b>Propósitos y Elementos de medición</b>
<p>GMC.9 Comisión de ética y bioética asistenciales y de investigación</p>	<p><b>Propósito</b>                      Recoger, analizar, evaluar y, en su caso, resolver los dilemas éticos relacionados con los derechos de los pacientes.</p> <p>Recoger, analizar, evaluar y, en su caso, resolver los dilemas éticos relacionados con los principios éticos de los profesionales y de la organización.</p> <p>Todo ello respetando la vigente normativa.</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de la unidad</li> <li>• Actas de funcionamiento</li> <li>• Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes.</li> </ul> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC.10 Existencia de la Comisión de Calidad Hospitalaria (Comité de Atención al Cliente) funcionando activamente.</p>	<p><b>Propósito</b>                      Ver función GMC</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de la unidad</li> <li>• Actas de funcionamiento</li> <li>• Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes.</li> </ul> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<b>Auditorias de expedientes</b>	
<p>GMC.11 Porcentaje de servicios que realizan auditorias clínicas de servicio sistemáticamente</p>	<p><b>Propósito</b>                      Realización de auditorias de expedientes para mejorar</p> <p><b>Elementos de medición</b>  <b>Numerador:</b> Número de servicios que realizan auditorias de servicios sistemáticamente x 100. <b>Denominador:</b> Total de servicios hospitalarios programados                      Mostrar resultados de las auditorias</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC.12 Sistema de Atención al paciente</p>	<p><b>Propósito</b> Establecer e implantar el Subsistema de Atención al Cliente del Sistema de Garantía de la Calidad y Mejoramiento Continuo, como mecanismo de información permanente al cliente, relacionado con los servicios que se ofrecen, horarios de atención y los instrumentos para la presentación de reclamos y sugerencias-</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalación de un Comité de Atención al Cliente .</li> <li>• Informes mensuales de la información contenida en los buzones de sugerencias.</li> <li>• Informes de la comisión de calidad y de los círculos de calidad.</li> <li>• Informes del Comité de Bioseguridad.</li> <li>• Informe de las instalaciones que realizan auditorias de expedientes sistemáticamente y sus resultados.</li> <li>• Informe de las instalaciones que realizan encuestas de satisfacción de los usuarios sistemáticamente y sus resultados.</li> <li>• Supervisión directa de la existencia de la cartera de servicios, buzones de sugerencias, horarios de atención a la vista del cliente.</li> <li>• Análisis del informe de las reuniones del Comité de Atención al Cliente.</li> <li>• Análisis de los informes de la Comisión de Calidad y de los Círculos de Calidad.</li> <li>• Análisis de los informes del Comité de Bioseguridad.</li> <li>• Análisis del informe de las Auditorias de Expedientes.</li> <li>• Análisis del informe de las Encuestas de Satisfacción.</li> </ul> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>GMC 13 ♥ Porcentaje de áreas de atención con buzón de sugerencias</b></p>	<p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador</b> Número de áreas de atención con buzón de reclamos y sugerencias x 100. <b>Denominador:</b> Total de áreas de atención</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC 14 Porcentaje de sugerencias analizadas y resueltas</p>	<p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de reclamos y sugerencias solucionados x 100. <b>Denominador:</b> Total de reclamos y sugerencias recibidos</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

### **Visión**

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

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

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

*Objetivos, Propósitos y Elementos de medición*

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

<b>Objetivo</b>	<b>Propósitos y Elementos de medición</b>						
<b>Implementación del Plan</b>							
CPI.3 Se implementa el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial	<p><b>Propósito</b> Poner en funcionamiento el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Evidencias de implementación del Plan</p> <table border="1" data-bbox="667 443 1040 495"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<b>Comisión de infecciones</b>							
CPI. 4 Comisión de Infecciones	<p><b>Propósito</b> Grupo multidisciplinar encargado de la prevención y control de la infección nosocomial</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <table border="1" data-bbox="667 716 1040 764"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

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

### **Visión**

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

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

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

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

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

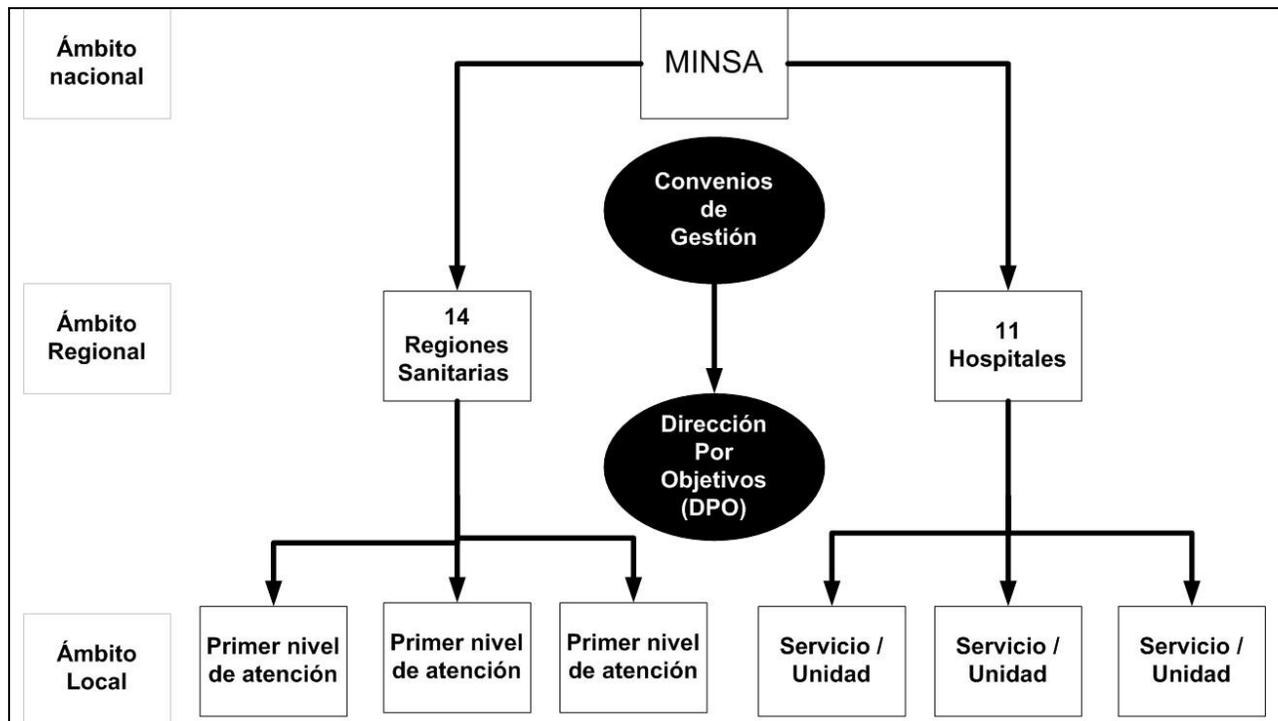
### ***Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición***

<b>Objetivos</b>	<b>Propósitos y Elementos de Medición</b>						
<b>Convenio de Gestión</b>							
<b>GLD.1 ♥ El líder cumple los objetivos del Convenio de Gestión.</b>	<p><b>Propósito</b> El líder de la organización es el responsable del cumplimiento del Convenio de Gestión. Para ello facilita los recursos humanos, materiales necesarios, y fija las políticas y estrategias que lo facilitan.</p> <p>Mensualmente evalúa el estado de los objetivos, y en su caso adopta las medidas necesarias para el cumplimiento</p> <p><b>Elementos de medición</b> Evidencia del cumplimiento Convenio de Gestión.</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
<b>Planificación</b>	
<b>GLD. 3 ♥ Plan Estratégico</b>	<p><b>Propósito</b>                      Los Órganos de Gobierno y alta dirección son los responsables del Plan Estratégico y el ciclo de mejora del mismo(PDSA)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plan: Diseñar el Plan estratégico 2004 – 2009</li> <li>2. Do: Implantar el Plan estratégico de acuerdo al cronograma previsto</li> <li>3. Check: Medir y evaluar el cumplimiento del plan</li> <li>4. Act: Realizar, en su caso, correcciones al Plan y seguir con otro ciclo.</li> </ol> <p>Divulgar y difundir el plan estratégico a todos los profesionales.</p> <p><b>Elementos de medición</b>                      Plan diseñado de acuerdo a las necesidades de la organización.                      Evidencia de implementación del plan y del seguimiento PDCA.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GLD.4 Plan quinquenal de Inversiones en Salud 2004-2009	<p><b>Propósito</b>                      Planificar quinquenalmente las inversiones necesarias para el cumplimiento de la estrategia diseñada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura,</li> <li>• Equipamiento,</li> <li>• Salud Nutricional, Ambiental y</li> <li>• otros.</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b>                      Existencia del Plan. Ejecución del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GLD.5 Plan de Recursos humanos	<p><b>Propósito</b>                      Los líderes son los responsables de planificar los recursos humanos necesarios, su <b>titulación</b>, y de las políticas relacionadas con los mismos como la evaluación del desempeño y capacitación</p> <p>Elementos de medición</p> <p><b>Elementos de medición</b>                      Existencia del Plan</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
<b>Los líderes y la mejora continua de la calidad</b>							
GLD.10 Plan de Mejora Continua de la Calidad	<p><b>Propósito</b> Los líderes son los responsables de aprobar el Plan de mejora de la Calidad y de su evaluación y cumplimiento</p> <p><b>Elementos de medición</b> Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="683 478 1057 531"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<b>Los líderes y el Plan de Emergencias Catástrofes y Desastres</b>							
GLD.11 Plan de Emergencias.	<p><b>Propósito</b> 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><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia del Plan de acuerdo a los lineamientos del SISED.</li> <li>• Acta de conformación Comité de Gestión de Riesgo hospitalaria.</li> <li>• Cronograma de Actividades del Comité de Gestión de Riesgo.</li> <li>• Análisis de Vulnerabilidad no Estructural y Funcional</li> <li>• Evidencia de la documentación.</li> </ul> <table border="1" data-bbox="683 1241 1057 1287"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

*Anexo: Convenios y Dirección Por Objetivos en cascada:*



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

### **Visión**

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

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

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

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

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

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

**Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición**

<b>Objetivos</b>	<b>Propósitos y Elementos de Medición</b>						
<b>Sistema de Gestión del Entorno</b>							
GSI.1 Diseñar e implementar un Sistema de Gestión del Entorno que contenga los siete planes siguientes	Diseñar todos los planes de seguridad, Vigilancia, Materiales Peligrosos, Emergencias y Desastres, Incendios y Equipo Médico. Seguir ciclos DPCA en todos los planes.						
<b>Seguridad de las instalaciones</b>							
GSI.1.1 Plan de Seguridad	<p><b>Propósito</b> Que los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="662 701 1040 751"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<b>Vigilancia de las instalaciones</b>							
GSI.1.2 Plan de Vigilancia	<p><b>Propósito</b> Se protege a la propiedad y a sus ocupantes de posibles lesiones o pérdidas.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="662 1008 1040 1058"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<b>Materiales y residuos peligrosos</b>							
GSI.1.3 ♥ Plan de Materiales Peligrosos	<p><b>Propósito</b> Se controla la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales radioactivos, entre otros, y se eliminan adecuadamente los residuos peligrosos.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="662 1356 1040 1407"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<b>Emergencias y Catástrofes</b>							
<b>Seguridad ante el fuego y el humo</b>							
GSI.1.5 ♥ Plan de Seguridad contra incendios.	<p><b>Propósito</b> Se protege al edificio y a sus ocupantes del fuego y del humo.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="662 1663 1040 1719"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
<b>Equipamiento biomédico</b>							
<b>GSI.1.6 ♥ Plan de Equipo Médico.</b>	<p><b>Propósito</b> El Equipo médico se selecciona, se mantiene (preventiva y correctivamente) y se utiliza de manera que se reduzcan los riesgos.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="664 478 1040 531"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<b>Instalaciones 7</b>							
<b>GSI.1.7 Plan de Instalaciones (servicios Básicos)</b>	<p><b>Propósito</b> Los sistemas eléctricos y de abastecimiento de agua, entre otros, se mantienen (preventiva y correctivamente) para minimizar el riesgo de fallos de funcionamiento.</p> <p><b>Elementos de medición</b> Existencia del Plan</p> <table border="1" data-bbox="664 825 1040 877"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<b>Comité de Gestión del Riesgo</b>							
<b>Implementación de los Planes</b>							
<b>GSI.3 Ejecución de los siete Planes</b>	<p><b>Propósito</b> Implementar los siete planes de Gestión y seguridad del entorno y de las instalaciones</p> <p><b>Elementos de medición</b> Evidencias de implementación de los planes</p> <table border="1" data-bbox="664 1171 1040 1224"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

## **Función 10 Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)**

### **Visión**

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

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

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

### ***Objetivos, propósitos y elementos de medición***

<b>Objetivos</b>	<b>Propósitos y Elementos de Medición</b>						
<b>Plan de capacitación</b>							
FCP.1 Plan de capacitación	<p><b>Propósito</b> Plan de capacitación global de la organización, que tenga al menos, en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El desarrollo de las funciones especificadas en este convenio</li> <li>• Las necesidades de capacitación de todas las personas en su ámbito de actuación.</li> <li>• La capacitación es continua. Se usa la evaluación del desempeño para detectar necesidades de capacitación</li> </ul> <p><b>Elementos de medición</b> Plan de capacitación</p> <table style="border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center; color: blue;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

<p>FCP.2 Cumplimiento del plan de capacitación</p>	<p><b>Propósito</b>  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><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia del cumplimiento del Plan Anual de Capacitación que incluye el Porcentaje de acciones ejecutadas planificadas vs porcentaje de acciones planificadas)</li> <li>Matriz de evaluación de la actividad de capacitación trimestral y anual. Informe de actividades de capacitación.</li> <li>Listas de asistencias y horas crédito de los participantes Informe de evaluaciones posterior a la capacitación Acta de conformación de la UDR (Unidades de Docencia Regional).</li> <li>Actas de reuniones de la UDR</li> </ul> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>Evaluación del desempeño</b></p>	
<p>FCP.3 Se evalúa el desempeño de los profesionales de la organización</p>	<p><b>Propósito</b>  La evaluación del desempeño de los profesionales es básica para que las personas cumplan adecuadamente su papel en la organización. Los resultados de la evaluación se usan para mejorar.</p> <p>En todo caso se respetaran la normativa vigente</p> <p><b>Elementos de Medición</b>  <b>Numerador:</b> Numero de profesionales a los que se ha evaluado el desempeño × 100. <b>Denominador:</b> Numero total de profesionales.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p><b>Capacitación en Convenio de Gestión</b></p>							
<p><b>FCP.6 ♥ Capacitación en Convenio de Gestión.</b></p>	<p><b>Propósito</b>                  Capacitación en significado, contenido y alcance de los Convenio de Gestión a los profesionales sanitarios y no sanitarios.</p> <p><b>Elementos de medición</b>                  Informe y listado de los participantes a la capacitación                  Convenios de gestión firmados entre las instalaciones y los servicios.                  Análisis de evaluaciones posteriores a la capacitación realizada.                  Verificación de los convenios de gestión firmados.</p> <table border="1" data-bbox="662 661 1039 714"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

## **Función 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:

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

**Objetivos, propósitos y elementos de medición**

Objetivos	Propósitos y Elementos de Medición						
<b>Planificación</b>							
GIU.1 Plan de información	<p><b>Propósito</b>                      La organización planifica e implementa procesos que atienden las necesidades de información de los que prestan servicios médicos, los que dirigen la organización y los de fuera de la organización que requieren datos e información de la organización.</p> <p>La información se genera y utiliza para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y durante la asistencia al paciente para la gestión segura y eficaz de la organización.</p> <p>La capacidad para captar y distribuir información requiere una planificación eficaz. La planificación incorpora entradas de información de muchas fuentes distintas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los profesionales sanitarios.</li> <li>• Los líderes y ejecutivos de la organización.</li> <li>• Entes externos a la organización que necesita o solicita información.</li> </ul> <p>La información prioritaria necesita de estas fuentes para influir en las estrategias de gestión de la información y la capacidad para introducir estas estrategias. Las estrategias se ajustan al tamaño de la organización, la complejidad de los servicios, la disponibilidad de personal formado y otros recursos técnicos y humanos. El plan es extenso e incluye todos los servicios y departamentos de la organización.</p> <p><b>Elementos de Medición</b>                      Realización del Plan</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
GIU.1.1 Seguridad de la información	<p><b>Propósito</b>                      El plan incluye la manera de mantener la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información.</p> <p><b>Elementos de Medición</b>                      Evidencia de inclusión de aspectos relacionados con la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos y de la información en Plan de Información</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

<p>GIU.1.1.1 Se protege la información y los archivos de la pérdida, destrucción y del acceso o uso indebido o no autorizado.</p>	<p><b>Propósito</b> Las historias del paciente y otros datos e información están seguros y protegidos en todo momento. Por ejemplo, las historias clínicas vigentes se guardan en áreas a las que sólo puede acceder el personal autorizado y los archivos se mantienen en lugares protegidos del calor, el agua, el fuego u otros. La organización también contempla el acceso no autorizado a información electrónica e implementa procesos para evitar su acceso.</p> <p><b>Elementos de Medición</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se protegen los archivos y la información contra la pérdida o destrucción.</li> <li>Se protegen los archivos y la información de la manipulación y el uso o acceso desautorizado.</li> </ol> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>Códigos de información</b></p>	
<p>GIU.2 La organización utiliza códigos diagnósticos, códigos de procedimientos, símbolos y definiciones estandarizadas.</p>	<p><b>Propósito</b> La terminología, las definiciones, el vocabulario y la nomenclatura estandarizada facilitan la comparación de los datos y de la información entre las organizaciones y dentro de ellas. El uso uniforme de códigos de diagnóstico y de procedimiento apoya el análisis y la recogida de datos. Las abreviaturas y símbolos también están estandarizados con arreglo a los estándares locales y nacionales reconocidos. (Se refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE)</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Se utilizan códigos de diagnóstico estandarizados.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se utilizan códigos de procedimiento estandarizados.</li> <li>Se utilizan símbolos y definiciones estandarizados.</li> </ol> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.3 El plan de Información se implementa y apoya mediante personal adecuado y otros recursos.</p>	<p><b>Propósito</b> Implementar el Plan de Información. Apoyar el Plan de Información mediante personal adecuado y otros recursos.</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Implementación del Plan Evidencia de recursos del Plan de Información</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<b>Subsistemas de información</b>	
<p>GIU.6 Mantener actualizados los subsistemas de información en salud en todos sus componentes (clínico asistencial, de participación social, de gestión, recursos humanos, financieros y contables).</p>	<p><b>Propósito</b> Evidenciar la existencia del subsistema de información estadístico, boletines, instrumentos de informes de participación social, de gestión, sistema de información financiera y contable, como de evaluación del recurso humano</p> <p><b>Elementos de medición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de registro que componen el subsistema estadístico clínico asistencial.</li> <li>• Boletín Estadístico Anual 2009.</li> <li>• Instrumentos de registros de informes actualizados de participación social con compromisos por parte de la comunidad.</li> <li>• Informe de evaluación de la gestión.</li> <li>• Informe de evaluación del recurso humano.</li> <li>• Informes de resultados de ejecución financiera, contable.</li> </ul> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.7 Evidencia de un subsistema de información estadística clínico asistencial actualizado y acorde a las normas del MINSA</p>	<p><b>Propósito</b> Inventario de los instrumentos de registro que componen el subsistema clínico asistencial. Presentación del Boletín Estadístico Anual del año anterior.</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<b>Informes</b>	
<p>GIU.8 Evidencia de informes de participación social</p>	<p><b>Propósito</b> Presentación de informes</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.8.1 Evidencia de informes de gestión</p>	<p><b>Propósito</b> Presentación de informes de gestión</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.8.2 Evidencia de informes de recursos humanos</p>	<p><b>Propósito</b> Presentación de evaluaciones del recurso humano</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

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

<p>GIU.9.9 Porcentaje de utilización de quirófanos de todo el centro y de cada servicio quirúrgico</p>	<p><b>Propósito</b> Conocer la eficiencia en el uso de los quirófanos.</p> <p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de horas de quirófano utilizados en el total del centro y en cada servicio. <b>Denominador:</b> Número total horas de quirófano disponibles en el total del centro y en cada servicio/ unidad.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.10 Porcentaje de admisiones programadas en el hospital y por cada servicio.</p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de admisiones programadas en el hospital y en cada servicio X 100. <b>Denominador:</b> Número total de egresos</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.12 Número de quirófanos</p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elemento de medición</b> Nº de quirófanos</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.13 Porcentaje de intervenciones de cirugía ambulatoria total y por cada servicio quirúrgico.</p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias en todo el hospital y cada servicio quirúrgico X 100. <b>Denominador:</b> intervenciones quirúrgicas en todo el hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.14 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio quirúrgico.</p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b> <b>Numerador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio quirúrgico X 100. <b>Denominador:</b> total intervenciones quirúrgicas</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>GIU.9.15 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas omitidas.</p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de Medición</b> <b>Numerador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas. <b>Denominador:</b> Número de intervenciones quirúrgicas programadas x 100</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.16 Número de locales destinados a Consultas Externas</p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Nº de locales destinados a las consultas externas del total de la instalación y de cada servicio/ unidad</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.17 Consultas ambulatorias totales y sucesivas por cada especialidad y unidad.</p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Número de locales instalados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.18 Tasa de retorno en consulta externa.</p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de medición</b> Numerador: Número de consultas subsecuentes en el total del hospital y en cada servicio/ especialidad X 100. Denominador: Número total de primeras consultas.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p><b>Productos intermedios</b></p>	
<p>GIU.9.19 Numero de Estudios de Imagen y radiología por tipo.</p>	<p><b>Propósito</b> Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Informe con los datos solicitados</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.21 Porcentaje de Abastecimiento: Medicamentos Insumo Médico-Quirúrgico</p>	<p><b>Propósito</b> Existencia de abastecimiento.</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Inventario de Medicamentos e Insumo Médico-Quirúrgico</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

**Visión**

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

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

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

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

***Prevención de la enfermedad***

<b>Objetivos</b>	<b>Propósitos y Elementos de Medición</b>						
<b>Planificación</b>							
<b>PPS.1 ♥ Plan de prevención de las enfermedades por Neoplasias (Tumores) Malignas.</b>	<p><b>Propósito</b> De acuerdo con las necesidades de la población atendida se realiza un plan de salud que permita prevenir la enfermedad y promocionar la salud. El Plan tiene en cuenta un diagnóstico inicial de situación.</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Realización del Plan</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<b>PPS.1.1 ♥ Cumplimiento del Plan</b>	<p><b>Propósito</b> Implementar el Plan.</p> <p><b>Elementos de Medición</b> Evidencia de cumplimiento del Plan</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

*Promoción de la salud*

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

o

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

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

***Gestión Económica Financiera***

**Visión**

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

***Objetivos, Propósitos y Elementos de Medición***

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

<p><b>Incentivos a la eficiencia</b></p>							
<p><b>GEF-L.3 ♥ La organización establece incentivos a la mejora de la eficiencia</b></p>	<p><b>Propósito</b>                  Los ahorros en los presupuestos sombra anuales de los diferentes servicio unidades de prevención, promoción o asistencia son reinvertidos en la misma con el fin de mejorar la misión.</p> <p>Se tienen en cuenta las indicaciones de los responsables de le mejora de la eficiencia (ahorro) en el destino de los recursos monetarios. Ejemplo: Capacitación, asistencia a Cursos y Congresos, Herramientas informáticas para cumplir mejor la misión, Libros relacionados con su función en la organización. Etc.</p> <p>Los recursos comprados por este método serán propiedad d la organizaron.</p> <p>En todo caso se cumplirán las leyes y normativas</p> <p><b>Elementos de Medición</b>                  Evidencia de cumplimiento de este objetivo</p> <table border="1" data-bbox="662 915 1040 968"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		
<p><b>Facturación a terceros</b></p>							
<p><b>GEF-L.6 ♥ Se factura correctamente a terceros</b></p>	<p><b>Propósito</b>                  La facturación correcta de los servicios prestados a terceros es esencial para ingresar los recursos monetarios correspondientes.</p> <p>La facturación a la CSS en ocasiones debe facturarse por actividades y no consultas.</p> <p><b>Elementos de medición</b>                  Presentar número y porcentaje de actividades facturadas por servicios prestados a asegurados en instalaciones de MINSA.</p> <p>Evidencia de la documentación oportuna para la facturación de la compensación por servicios prestados a asegurados atendidos en las instalaciones del MINSA</p> <table border="1" data-bbox="662 1556 1040 1608"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>NA</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	NA
1	2	3	4	5	NA		

**ANEXO 5**

**Protocolo de monitoreo y evaluación del desempeño del ION**

## **PROTOCOLO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PROVEEDOR**

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

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

Los objetivos del monitoreo son:

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

### **Proceso metodológico del monitoreo y evaluación del CONVENIO**

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

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

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

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

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

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

### **Monitoreo de Indicadores de Gestión**

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

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

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

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

## Elementos de puntuación

### Objetivos con indicadores conceptuales:

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

1 2 3 4 5 NA

Las posibilidades de evaluación serán Si, No y NA:

- Si
- No
- NA: No Aplicable

Si No NA

### Objetivos tipo numéricos (Tasas, etc.)

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

**Tabla 1: Ejemplo de puntuación de un objetivo tipo tasa**

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

### Matriz común de equivalencias entre numéricos y conceptuales

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

**Tabla 2: Equivalencias entre medición de indicadores y calificaciones**

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

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

**Objetivos esenciales o núcleo:**

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

**Ponderación inicial de las funciones**

Cada función tiene un valor de 5 puntos, es decir el total de puntos es de 65 puntos. En principio todos los indicadores de cada función tienen el mismo valor. Las autoridades sanitarias podrán establecer ponderaciones diferentes a cada indicador y a cada función

**Nivel requerido de esfuerzo según el tipo de indicadores:**

- Indicadores no core:** Obtener “Bastante evidencia de promedio”: Puntuación 4  
 Tener, al menos, “**Evidencia**” en todas las funciones:  
 Puntuación 3
- Indicadores core** Obtener, “**Total Evidencia**” Puntuación 5.  
 Se permite únicamente “**Evidencia Clara**” en el 10% de los indicadores **core**.

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

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

**Obligaciones, indicadores y Objetivos:**

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

**Puntuación final del Convenio de Gestión**

**Clasificación Inicial**

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

- Excelente
- Muy Bueno

- Bueno
- Regular
- Deficiente

<b>Puntuación</b>	<b>Criterios para obtener la puntuación</b>
<b>Excelente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio total de todos los indicadores <math>\geq 4,5</math> puntos, y</li> <li>• Todas las funciones con una puntuación <math>\geq 2,5</math> puntos, y</li> <li>• Promedio de puntuación de indicadores core <math>\geq 4,5</math> puntos, y</li> <li>• Todos los indicadores core con puntuación <math>\geq 3,5</math> puntos, y</li> </ul>
<b>Muy bueno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio total de todos los indicadores entre 3,5 y 4,4 puntos, y</li> <li>• Todas las funciones con una puntuación <math>\geq 2,5</math> puntos, y</li> <li>• Promedio de puntuación de indicadores core <math>\geq 4,5</math> puntos, y</li> <li>• Todos los indicadores core con puntuación <math>\geq 3,5</math> puntos</li> </ul>
<b>Bueno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio total de todos los indicadores entre 2,5 y 3,4 puntos, y</li> <li>• Todas las funciones con una puntuación <math>\geq 2,5</math> puntos, y</li> <li>• Promedio de puntuación de indicadores core <math>\geq 4,5</math> puntos, y</li> <li>• Todos los indicadores core con puntuación <math>\geq 3,5</math> puntos</li> </ul>
<b>Regular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio total de todos los indicadores entre 2,4 y 1,6 puntos, o</li> <li>• Una o dos funciones con una puntuación <math>\leq 2,4</math> puntos, o</li> <li>• Promedio de puntuación de indicadores core <math>\leq 4,4</math> puntos, o</li> <li>• Más del 10% de los indicadores core con un nº de puntos <math>\leq 3,5</math>.</li> </ul>
<b>Deficiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promedio total de todos los indicadores <math>&lt; 1,6</math> puntos, o</li> <li>• Tres o mas funciones con una puntuación <math>&lt; 1,6</math> puntos, o</li> <li>• Promedio de puntuación de indicadores core <math>\leq 4,4</math> puntos, o</li> <li>• Mas del 10% de los indicadores core con un nº de puntos <math>\leq 3,5</math></li> </ul>

### Subclasificación dentro de cada grupo

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

### Funciones o aspectos más relevantes

Son especialmente relevantes:

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