



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE CALIDAD EN SALUD

PACTO POR LA CALIDAD



2003

INDICE

- I. Presentación
- II. Declaración de Principios
- III. Marco Legal del Pacto
- IV. Visión del Sistema de Gestión de la Calidad
- V. Objetivo del Sistema de Gestión de la Calidad
- VI. Objeto del Pacto
- VII. Compromisos de las partes
- VIII. Seguimiento y Control de los compromisos asumidos en el Pacto
- IX. Vigencia del Pacto
- X. Modificación del Pacto

I. PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud en el marco de sus políticas ha diseñado el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual establece los conceptos, principios, políticas, objetivos, componentes y niveles que han de direccionar el desarrollo de las acciones que se lleven a cabo por la calidad de la atención de salud. Asimismo, el sistema permitirá articular e integrar los diversos esfuerzos de calidad en servicios de salud desarrollados en los últimos años.

Como parte del desarrollo del sistema, el Ministerio de Salud ha considerado la firma de un pacto por la calidad con Hospitales e Institutos Especializados.

El presente Pacto por la Calidad se firma entre el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas y el del Hospital o Instituto Especializado como su representante. En éste pacto se establecen los compromisos que asumen en conjunto los actores, de manera tal que se alcancen resultados tangibles con el consiguiente beneficio de los usuarios.

II. DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

El presente Pacto por la Calidad, tiene como marco el derecho a la salud como condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; debiendo las prestaciones de salud otorgarse en condiciones que garanticen una adecuada cobertura en términos socialmente aceptables de calidad, seguridad y oportunidad.

III. MARCO LEGAL DEL PACTO

- ✓ Constitución Política del Perú. Artículos 9º, 10º y 11º.
- ✓ Lineamientos de Política del Sector 2002 – 2012
- ✓ Ley Nº 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud
- ✓ Reglamento de la Ley del MINSa, DS. Nº013-2002-SA
- ✓ Resolución Ministerial No 768- 2001 – SA/DM Aprobación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ Resolución Ministerial No 616- 2003 – SA/DM Aprobación del Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales
- ✓ Ley Nº 27658, Ley Marco Modernización de la Gestión de Estado.

IV. VISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

" La calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional de los establecimientos del sistema de salud, se aplican metodologías y herramientas de calidad, desarrolladas en forma conjunta con la contribución de usuarios internos y externos, las instituciones de salud y la sociedad en general, existiendo evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención, que son percibidas con satisfacción por todos los actores".

V. OBJETIVO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Al final del 2006, el Ministerio de Salud se propone mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología del Sector Salud a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos.

VI. OBJETO DEL PACTO

El presente Pacto por la Calidad busca operativizar los principios, políticas y objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad, para ello se plantea los siguientes resultados esperados durante la vigencia del Pacto que permitirán mejorar la calidad de los servicios que se brindan a los usuarios.

Componentes del Sistema	Resultados esperados al 2004	Indicadores propuestos		Medición basal del establecimiento	META
		Nombre	Fuente de verificación		
Planificación	1. El Instituto u Hospital incorpora en el Plan Estratégico y en el POI objetivos y actividades de calidad según corresponda	1. Incorporación de objetivos en el Plan Estratégico del Instituto u Hospital	Documento del Plan Estratégico de Desarrollo Institucional y Plan Operativo del Instituto u Hospital		PEI incorpora 1 objetivo de calidad
		2. Incorporación de actividades de calidad en el POI del Instituto u Hospital	Informes de avances		POI incorpora actividades de calidad
Organización	2. El Instituto u Hospital constituye y formaliza equipos de MCC en los servicios.	3. Porcentaje de servicios con equipos de mejora continua de la calidad formalizados	Resolución Directoral		15% de servicios cuentan con equipos de MCC
	3. El Instituto u Hospital incorpora a los usuarios externos en la gestión de la calidad	4. El equipo de gestión de la calidad del instituto u hospital cuenta por lo menos con un representante de los usuarios externos (representante de asociaciones, clubes de pacientes)	Acta de conformación de equipos Actas de reuniones de trabajo de equipos de calidad Informes de plan de trabajo		50% de actas con asistencia firmada del usuario externo, en reuniones con mas del 60% de quórum
Fortalecimiento y Mejora de la Calidad	4. El Instituto u Hospital adecua e implementa procesos de auditoria y mejoramiento de la calidad.	5. Existencia de comités de auditoria en salud	Resolución Directoral		Existencia de un comité de auditoria
		6. Porcentaje de auditorias de eventos centinela*	Base de datos Informes de auditoria Historias Clínicas		100% de eventos centinela auditados
		7. Porcentaje de equipos de MCC conformados desarrollan procesos y/o proyectos de mejora de la calidad	Informe de avance con acuerdos Informes de cumplimiento		80% de los equipos de MCC conformados desarrollan procesos/proyectos de MCC

*El Hospital o Instituto seleccionará 2 eventos centinela por criterios de frecuencia y gravedad

Componentes del Sistema	Resultados esperados al 2004	Indicadores propuestos		Medición basal del establecimiento	META
		Nombre	Fuente de verificación		
Fortalecimiento y Mejora de la Calidad	5. El Instituto u Hospital disminuye la tasa de incidencia de la principal infección intrahospitalaria (IIH)	8. Tasa de Incidencia de la principal infección intrahospitalaria	Informe de Vigilancia Epidemiológica Informe de evaluación del plan de prevención de infecciones intrahospitalarias		Disminuir en más de 20% la tasa de incidencia de la IIH seleccionada sobre su basal
	6. El Instituto u Hospital evalúa el cumplimiento de requisitos de contenido de información de la historia clínica	9. Porcentaje de Historias Clínicas auditadas de Consulta Externa., Emergencia y Hospitalización que cumplen con los requisitos de contenido establecidos	Informes de auditoria		70 % de historias clínicas auditadas cumplen con requisitos de contenido establecidos
	7. El Instituto u Hospital evalúa el cumplimiento de la programación de operaciones electivas	10. Tasa de suspensión de operaciones programadas por causas atribuibles al Centro Asistencial	Programación quirúrgica diaria Registro de operaciones suspendidas		Disminución del 25% del basal de operaciones programadas suspendidas*
	8. El Instituto u Hospital evalúa la aplicación de protocolos o guías de atención actualizados y disponibles.	11. Existencia de protocolos o Guías de atención con Resolución Directoral	Protocolos de atención por servicios		100% de Protocolos o Guías de atención de las cinco primeras causas de morbilidad por servicio (pediatría, gineco-obstetricia, medicina, cirugía).**
		12. Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de atención en historias clínicas auditadas en Consultorio externo, emergencia y hospitalización.	Informes de Auditoria Historias Clínicas de consultorio externo, emerg. y hospitalización.		No menos de 50% de historias clínicas auditadas cumplen con protocolos o guías de atención
9. El Hospital o Instituto cuenta con protocolos de prevención y manejo de accidentes punzocortantes (Hepatitis B, SIDA)	13. Existencia de protocolos de prevención y manejo de accidentes punzocortantes (Hepatitis B, SIDA)	Resolución Directoral de aprobación de protocolo. Registro de trabajadores atendidos o vacunados según protocolo		100% de personal encuestado conoce la existencia de protocolos	
Información para la Calidad	10. El Instituto u Hospital disminuye el tiempo de espera en consulta externa y en emergencia	14. Disminución del tiempo de espera en consulta externa.	Informe de resultados de medición		Disminución del tiempo de espera en Consulta. Externa y en Emergencia en función de su basal.
		15. Disminución del tiempo de espera en Emergencia			
	11. El Instituto u Hospital identifica la satisfacción del usuario externo e interno.	16. Porcentaje de usuarios externos que refieren estar satisfechos con el servicio que se les brinda	Informe de resultados Encuesta satisfacción de Usuario externo		Aumentar en 5% la satisfacción del usuario externo sobre la Línea de Base
17. Porcentaje de trabajadores que refieren estar satisfechos en el trabajo		Informes de resultados Encuesta satisfacción de usuario interno		Aumentar en un 5% la satisfacción del usuarios internos sobre la Línea de Base	
12. El Instituto u Hospital establece mecanismos de escucha al usuario	18. Porcentaje de quejas atendidas	Registros e informes		70% de quejas atendidas (con respuesta al usuario)	

*No aplicable a Instituto de Salud Mental. ** El Instituto delimitará sus servicios.

VII. COMPROMISOS DE LA PARTES

Del Hospital o Instituto

De acuerdo a lo establecido en el Sistema Nacional de Gestión de Calidad, el se compromete a desarrollar las siguientes actividades:

- ✓ Inclusión de estrategias y actividades de calidad, en el Plan Operativo Institucional 2004.
- ✓ Implementación de las estrategias y actividades que conlleven a mejorar y garantizar una calidad de atención de salud claramente percibida por sus usuarios.
- ✓ Cumplimiento de las metas planteadas en el punto VI del presente pacto.
- ✓ Destinar y gestionar el financiamiento de las actividades y proyectos de mejoramiento de la calidad que se generen.
- ✓ Promover la participación organizada de los usuarios externos en la gestión de la calidad.
- ✓ Información periódica de los avances del Pacto.
- ✓ Gestión y/o cofinanciamiento de los proyectos de mejora de la calidad.

Del Ministerio de Salud

De acuerdo a lo establecido en el Sistema Nacional de Gestión de Calidad, la Dirección General de Salud de las Personas se compromete a desarrollar las siguientes actividades:

- ✓ Asistencia técnica durante el periodo de vigencia del Pacto.
- ✓ Elaboración participativa de las normas técnicas, metodologías e instrumentos de Garantía y Mejoramiento de la Calidad para su aplicación en Hospitales e Institutos Especializados.
- ✓ Desarrollo de actividades de capacitación para el equipo encargado del desarrollo de las actividades (Equipos de Calidad).
- ✓ Gestión y/o cofinanciamiento de los proyectos de mejora de la calidad.

VIII. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS COMPROMISOS ASUMIDOS EN EL PACTO

El seguimiento y control del Pacto por la Calidad será realizado mensualmente por cada una de las partes a través de los indicadores cuyas fichas técnicas de estructura forman parte del presente documento (ver anexo); teniendo a la Dirección General de Salud de las Personas en representación del Ministerio de Salud y evaluado conjuntamente en reuniones técnicas trimestrales.

IX. VIGENCIA DEL PACTO

El presente Pacto tendrá una vigencia de un año calendario (01), el mismo que comenzará a regir a partir del primero de enero del 2004.

El Pacto podrá renovarse al vencimiento de dicho plazo de acuerdo a los avances y a los nuevos indicadores que se establezcan por acuerdo de las partes.

X. MODIFICACIÓN DEL PACTO

Las modificaciones al presente Pacto deberán realizarse a través de Addenda de común acuerdo entre las partes.

Suscrito en la ciudad de Lima , el de del 2003

ANEXOS

ESTRUCTURA DE LOS INDICADORES DEL PACTO POR LA CALIDAD



PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 1

1.- NOMBRE	Incorporación de un objetivo de calidad en el PEI.
2.- TIPO	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	El Instituto u Hospital debe incorporar en su Plan Estratégico Institucional un indicador de calidad a fin de formalizar su compromiso institucional con la gestión de la calidad. De esta manera, se puede iniciar la adopción de una cultura de la calidad que pasa por los valores institucionales del Plan Estratégico, debiendo difundirse en toda la organización.
4.- OBJETIVO	Incorporar a la calidad en la cultura organizacional del Hospital o Instituto Especializado.
5.- TIPO DE MEDIDA	No aplica.
6.- NUMERADOR	Objetivo de Calidad incorporado en el PEI.
7.- DENOMINADOR	No aplica.
8.- UMBRAL	El Plan Estratégico Institucional incorpora un objetivo en su estructura.
9.- FUENTE DE DATOS	Documento del Plan Estratégico Institucional del Hospital o Instituto Especializado.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de fuentes primarias: Plan Estratégico Institucional de Hospital o Instituto Especializado.
11.- MUESTRA	No Aplica.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá medirse con la frecuencia de renovación del Plan Estratégico Institucional que determine la organización.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de Gestión del Hospital o Instituto Especializado. Unidad de Gestión de Calidad.

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 2

1.- NOMBRE	Incorporación de actividades de calidad en el POI.
2.- TIPO	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	El Instituto Especializado u Hospital debe incorporar en su Plan Operativo Institucional actividades de calidad como expresión de su compromiso de desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad.
4.- OBJETIVO	Incorporar actividades de calidad en el desempeño habitual de la organización para corresponder y garantizar el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.
5.- TIPO DE MEDIDA	No aplica.
6.- NUMERADOR	Actividades de Calidad incorporadas en el POI.
7.- DENOMINADOR	No aplica.
8.- UMBRAL	El Plan Operativo Institucional incorpora por lo menos dos actividades de calidad en su estructura.
9.- FUENTE DE DATOS	Documento del Plan Operativo Institucional del Hospital o Instituto Especializado.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de fuentes primarias: Plan Operativo Institucional de Hospital o Instituto Especializado.
11.- MUESTRA	No Aplica.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de Gestión del Hospital o Instituto Especializado. Unidad de Gestión de la Calidad.

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 3

1.- NOMBRE	Porcentaje de servicios que cuentan con equipos de MCC
2.- TIPO	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	Existen experiencias de que la conformación de equipos de MCC permite optimizar el desempeño de los recursos humanos en la organización, lo que es beneficioso para la gestión de la calidad.
4.- OBJETIVO	Establecer la cantidad de servicios del Instituto u Hospital que cuentan con equipos de MCC
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	N° de servicios que cuentan con equipos de MCC
7.- DENOMINADOR	Total de servicios del Instituto u Hospital
8.- UMBRAL	15 % de servicios cuentan con equipo de MCC
9.- FUENTE DE DATOS	Documentos de formalización de equipos de mejora de la calidad.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de fuentes secundarias: proyecto, cronograma, evaluación
11.- MUESTRA	No aplica
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento. Unidad de Gestión de la Calidad.

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 4

1.- NOMBRE	El equipo de Gestión de la Calidad del Instituto u Hospital cuenta con por lo menos un representante de los usuarios externos .
2.- TIPO	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	La participación del usuario externo en la planificación y evaluación de los esfuerzos por la calidad permitirá tener una mejor visión de sus necesidades, fortaleciendo los aspectos de ciudadanía y reconociendo el ejercicio de derecho y participación ciudadana.
4.- OBJETIVO	Determinar si los Institutos Especializados y Hospitales cuentan con representantes de los usuarios externos en sus equipos de gestión de la calidad.
5.- TIPO DE MEDIDA	No aplica.
6.- NUMERADOR	Equipo de gestión de la calidad de la organización cuenta por lo menos con un representante de los usuarios externos existente y formalizado.
7. DENOMINADOR	No aplica
8.- UMBRAL	50 % de actas con asistencia firmada del usuario externo en reuniones con más del 80 % de quórum
9.- FUENTE DE DATOS	Acta de conformación de equipos. Actas de reuniones de trabajo de equipos de calidad. Informes del plan de trabajo.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de las Actas de reuniones.
11.- MUESTRA	100% de actas de reuniones
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de gestión del establecimiento. Unidad de Gestión de la Calidad

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 5

1.- NOMBRE	Existencia de Comités de Auditoría en salud.
2.- CATEGORÍA	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	Para garantizar el desarrollo sistemático de procesos de auditoría en los Hospitales e Institutos Especializados, la existencia de Comités de Auditoría es una necesidad que reviste singular importancia. Su presencia obedece a una integración del personal en un equipo de trabajo dedicado a promover, aplicar y supervisar los procesos de auditoría como parte de la mejora continua de la calidad en los servicios de salud.
4.- OBJETIVO	Evidenciar la existencia de Comités de Auditoría en salud.
5.- TIPO DE MEDIDA	No aplica.
6.- NUMERADOR	Comité de Auditoría existente y formalizado.
7.- DENOMINADOR	No aplica.
8.- UMBRAL	100%.
9.- FUENTE DE DATOS	Resolución Directoral
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Verificación de existencia de Resolución Directoral para su creación.
11.- MUESTRA	No aplica
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de Gestión de la Organización, Unidad de Gestión de la Calidad.

PACTO POR LA CALIDAD

INDICADOR 6



1.- NOMBRE	Porcentaje de eventos centinela auditados
2.- CATEGORÍA	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	El monitoreo sistemático y objetivo de la calidad de la atención requiere la recopilación rutinaria y revisión de datos, que ayuden a evaluar si el desempeño de los profesionales cumple con los niveles esperados por servicio. Los eventos “centinela” (muerte y complicaciones graves) por definición necesitan de un análisis caso por caso todas las veces que estos ocurren, es por ello que un indicador de calidad representa la auditoria en eventos específicos y graves.
4.- OBJETIVO	Determinar la proporción de auditorias realizadas en todos los casos de eventos específicos y graves cada vez que estos ocurren (muerte materna, perinatal, muerte súbita, RAM)
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Nº de eventos centinela auditados
7.- DENOMINADOR	Total de eventos centinela ocurridos
8.- UMBRAL	100% de eventos centinela auditados
9.- FUENTE DE DATOS	Historias clínicas Informe de auditorías
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Selección de casos graves y específicos y auditoría de historias clínicas
11.- MUESTRA	100% historias clínicas de casos de muerte y complicación seleccionada
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Unidad de calidad, Comité de auditoria clínica , Oficina de auditoria interna

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 7

1.- NOMBRE	Porcentaje de Equipos de Mejora conformados implementan proyectos de mejora de la calidad.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>La implementación de proyectos de mejora en los servicios de salud representa un punto de partida para el análisis de problemas de la calidad, que requieren ser abordados a través de intervenciones para la mejora de la calidad de atención.</p> <p>Debido a que los problemas de calidad en los servicios de salud, comprometen a toda la organización; se busca el involucramiento de todos los trabajadores del establecimiento para garantizar mejoras sostenibles que se reflejen en mayores niveles de satisfacción de sus usuarios .</p>
4.- OBJETIVO	Determinar el involucramiento de los trabajadores del hospital en la implementación de proyectos de mejora de la calidad.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Número de equipos de MCC conformados por servicios que desarrollan proyectos de mejora de la calidad.
7.- DENOMINADOR	Nº de equipos de MCC conformados
8.- UMBRAL	80% de equipos de MCC conformados
9.- FUENTE DE DATOS	Proyecto Informe del avance del proyecto
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de fuentes secundarias: Proyecto, cronograma, evaluación de la implementación (informes)
11.- MUESTRA	El 100% de los equipos de MCC conformados.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Unidad de calidad, equipo de MCC de los servicios

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 8

1.- NOMBRE	Tasa de incidencia de infección intrahospitalaria
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	Los cuidados durante la atención se ven reflejados en el control y el manejo de las infecciones intrahospitalarias los resultados presentan un indicador relevante del grado de organización y nivel de eficacia de la manera como los servicios minimizan los riesgos de infección en los usuarios como resultado de una adecuada aplicación, vigilancia y control de sus procedimientos.
4.- OBJETIVO	Conocer la incidencia de la infección intrahospitalaria seleccionada por el establecimiento
5.- TIPO DE MEDIDA	Tasa
6.- NUMERADOR	Número de infecciones hospitalarias (la seleccionada)
7.- DENOMINADOR	Total de egresos por la misma causa
8.- UMBRAL	Disminuir en no menos del 20% la tasa de incidencia de la IIH seleccionada
9.- FUENTE DE DATOS	Informe de Vigilancia Epidemiológica de IIH
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Indirecta
11.- MUESTRA	Concordante con el volumen de pacientes vigilados
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Unidad de calidad, Comité de Vigilancia de IIH

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 9

1.- NOMBRE	Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con conformidad.
2.- CATEGORÍA	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	El proceso de mejora continua de la calidad dentro de un establecimiento de salud requiere la evaluación minuciosa de las Historias Clínicas. Entendiendo a la auditoría en salud como una oportunidad de mejora de la calidad, la revisión de estas Historias Clínicas debe permitir al comité respectivo designado establecer las acciones de mejora dentro del establecimiento de salud.
4.- OBJETIVO	Determinar el porcentaje de Historias Clínicas que son auditadas y que son conformes con los protocolos del establecimiento.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
6.- NUMERADOR	Nº de Historias Clínicas auditadas con conformidad.
7.- DENOMINADOR	Total de Historias Clínicas auditadas.
8.- UMBRAL	100%.
9.- FUENTE DE DATOS	Historias clínicas.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Selección aleatoria y auditoría de historias clínicas.
11.- MUESTRA	30%
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Comité de auditoría en salud, Unidad de Gestión de la calidad.

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 10

1.- NOMBRE	Tasa de suspensión de operaciones electivas programadas.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	Este indicador permite identificar problemas en el cumplimiento de la programación de las intervenciones quirúrgicas electivas por causas de diversa índole dentro de la organización (personal, institucional, etc.).
4.- OBJETIVO	Establecer la tasa de operaciones electivas programadas suspendidas.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
6.- NUMERADOR	Número de operaciones electivas programadas suspendidas.
7.- DENOMINADOR	Total de operaciones electivas programadas.
8.- UMBRAL	Menos del 25 % de operaciones electivas programadas suspendidas
9.- FUENTE DE DATOS	Programación quirúrgica diaria Registro de operaciones suspendidas
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de la Programación de Sala de Operaciones y del Registro de operaciones suspendidas
11.- MUESTRA	No aplica
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de Gestión del establecimiento. Unidad de Calidad. Jefatura de Sala de Operaciones.

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 11

1.- NOMBRE	Disponibilidad de protocolos para los procesos de atención por servicios para las cinco primeras causas de morbilidad.
2.- CATEGORÍA	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	La tendencia a la estandarización en los servicios de salud es cada vez mayor, debido el desarrollo de la medicina basada en evidencias; de ahí la importancia de adaptar la literatura y experiencia mundiales a los procedimientos que se realizan en los diferentes servicios hospitalarios, considerando sus particularidades.
4.- OBJETIVO	Determinar la proporción de servicios que cuentan con protocolos aprobados por la dirección del hospital u otra entidad reconocida por el nivel central que priorice las cinco primeras causas de morbilidad del servicio.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
6.- NUMERADOR	Número de servicios que tienen protocolos aprobados para las cinco primeras causas de morbilidad del servicio.
7.- DENOMINADOR	Total de servicios evaluados.
8.- UMBRAL	100%
9.- FUENTE DE DATOS	Instrumentos disponibles en los servicios.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Lista de verificación de protocolos existentes por servicios.
11.- MUESTRA	No aplica.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Unidad de Gestión de la Calidad.

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 12

1.- NOMBRE	Porcentaje de cumplimiento de guías de atención en Historias clínicas auditadas.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	La tendencia a la estandarización de los procesos de atención de salud es cada vez mayor, particularmente en los profesionales médicos. Las denominadas guías clínicas, protocolos se desarrollan con el apoyo de lo que actualmente se conoce como medicina basada en la evidencia. Estos instrumentos deben estar presentes y guiar la práctica clínica de los profesionales de la salud en todos los servicios que pueda brindar un hospital, por ello la importancia de adaptar la literatura mundial y la experiencia profesional para el establecimiento y uso de protocolos en cada realidad institucional considerando sus características particulares.
4.- OBJETIVO	Determinar el uso de protocolos actualizados y aprobados por la dirección del hospital u otra entidad reconocida, que vienen utilizando los servicios
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
6.- NUMERADOR	Número de historias clínicas auditadas que cumplen los protocolos establecidos para el daño
7.- DENOMINADOR	Total de historias clínicas de eventos centinela auditadas
8.- UMBRAL	10% de historias clínicas de eventos centinela auditadas
9.- FUENTE DE DATOS	Informes de auditoría Historias clínicas
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Auditoría de historias clínicas de eventos centinela
11.- MUESTRA	100%
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestralmente
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Unidad de calidad, Comité de Auditoría Médica

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 13

1.- NOMBRE	Porcentaje de usuarios internos que conocen la existencia de protocolos de prevención y manejo de accidentes punzo-cortantes en la institución.
2.- CATEGORÍA	Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	Dentro de la tendencia a la estandarización en los servicios de salud, no sólo es importante que las organizaciones cuenten con protocolos de atención sino también que los usuarios internos conozcan su existencia y estén dispuestos a aplicarlos.
4.- OBJETIVO	Determinar la proporción de usuarios internos que conocen la existencia de protocolos de prevención y manejo de accidentes punzo-cortantes en la institución.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
6.- NUMERADOR	Número de usuarios internos encuestados que conocen la existencia de protocolos de prevención y manejo de accidentes punzo-cortantes en la institución.
7.- DENOMINADOR	Total de usuarios internos encuestados.
8.- UMBRAL	100%
9.- FUENTE DE DATOS	Encuestas
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Encuesta a usuarios internos.
11.- MUESTRA	Aleatoria.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Unidad de Gestión de la Calidad.

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 14

1.- NOMBRE	Porcentaje de pacientes con tiempo de espera para atención en emergencia menor de 15 minutos .
2.- CATEGORÍA	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	La atención que se brinda a los usuarios que acuden a los servicios representa no solamente un valor social de los usuarios hacia los servicios sino también la capacidad de respuesta inmediata de los servicios. Este hecho tiene una importancia mayor cuando se presentan frente al servicio las emergencias y urgencias, los mismos que pretenden ser medidos con el presente indicador en los servicios de emergencia hospitalaria.
4.- OBJETIVO	Medir el tiempo de espera en la atención de los usuarios que acuden al servicio de emergencia.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
6.- NUMERADOR	Número de pacientes con tiempo de espera para atención en emergencia menor de 15 minutos
7.- DENOMINADOR	Total pacientes atendidos en el mismo servicio.
8.- UMBRAL	90%
9.- FUENTE DE DATOS	Registro de admisión del servicio de emergencia y usuarios externos que acuden a los servicios de emergencia.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Indirecta de registro y/o directa de los usuarios externos que al momento de la recolección de los datos se puede observar en el servicio de emergencia.
11.- MUESTRA	Aleatoria simple. Puede integrarse a la encuesta de usuarios externos correspondiente al servicio de emergencia.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestralmente
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Unidad de Gestión de la Calidad , Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 15

1.- NOMBRE	Medición del tiempo de espera para la atención en consulta externa.
2.- TIPO	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	El tiempo de espera es uno de los factores que influye en la satisfacción del usuario externo y en las expectativas del prestador de servicios. El tiempo de espera prolongado es una limitación para el uso de los servicios y a su vez, es sinónimo de insatisfacción. Al evidenciar el tiempo promedio que espera el paciente en los servicios de consulta externa para atención, se podrán identificar oportunidades de mejora de la calidad del servicio.
4.- OBJETIVO	Determinar el tiempo promedio de espera para atención en consulta externa en los Hospitales e Institutos Especializados.
5.- TIPO DE MEDIDA	Medición del tiempo.
6.- NUMERADOR	Tiempo promedio de espera del usuario para atención en consulta externa.
7.- DENOMINADOR	No aplica
8.- UMBRAL	A determinar en función de la realidad de cada organización, según su nivel de complejidad.
9.- FUENTE DE DATOS	Informe final de evaluación de tiempo de espera
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión de fuente secundaria: encuestas
11.- MUESTRA	Muestra aleatoria de usuarios externos.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Trimestral
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Unidad de Gestión de la Calidad

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 16

1.- NOMBRE	Porcentaje de satisfacción del usuario externo.
2.- CATEGORÍA	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	La satisfacción del usuario externo es un eje esencial dentro del enfoque de calidad de la atención, por lo cual es indispensable conocer la percepción de los usuarios en torno a ella.
4.- OBJETIVO	Determinar la satisfacción del usuario externo con relación a la atención en los establecimientos de salud.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
6.- NUMERADOR	Número de usuarios externos encuestados satisfechos .
7.- DENOMINADOR	Todos de los usuarios encuestados.
8.- UMBRAL	75% (Sujeto a variación según medición basal).
9.- FUENTE DE DATOS	Encuestas.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Encuesta de satisfacción del usuario externo.
11.- MUESTRA	Aleatoria, en los servicios de emergencia, hospitalización y consulta externa, tomando en cuenta la relación de pacientes atendidos como universo con un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 10%.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral.
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Unidad de Gestión de Calidad del Hospital / Instituto especializado.

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 17

1.- NOMBRE	Porcentaje de satisfacción del usuario interno.
2.- CATEGORÍA	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	El usuario interno es uno de los ejes esenciales dentro del enfoque de calidad ya que es parte del proceso de desarrollo de los establecimientos de Salud, por tal motivo es importante evaluar su grado de satisfacción dentro de la organización en la que labora.
4.- OBJETIVO	Determinar la satisfacción laboral del usuario interno de los establecimientos de salud del MINSA.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
6.- NUMERADOR	Total de usuarios internos encuestados .
7.- DENOMINADOR	Todos los trabajadores encuestados.
8.- UMBRAL	75% (Sujeto a variación según medición basal).
9.- FUENTE DE DATOS	Base de datos de respuestas a encuestas de satisfacción del usuario interno.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Encuesta de satisfacción del usuario interno.
11.- MUESTRA	Aleatoria, en los servicios de emergencia, hospitalización y consulta externa, tomando en cuenta la relación de pacientes atendidos como universo con un nivel de confianza de 95% y un error estándar del 10%.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Unidad de Gestión de Calidad del hospital o instituto especializado.

PACTO POR LA CALIDAD



INDICADOR 18

1.- NOMBRE	Porcentaje de quejas resueltas por la organización.
2.- CATEGORÍA	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
3.- JUSTIFICACIÓN	<p>El desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad contempla la generación permanente y organizada de evidencias de la calidad de la atención y niveles de satisfacción de los usuarios externos.</p> <p>Por tal motivo se requiere que las establecimientos de salud cuenten con un sistema eficaz de gestión de quejas y sugerencias de los usuarios a fin de incrementar su satisfacción</p>
4.- OBJETIVO	Establecer la capacidad del establecimiento de salud para resolver las quejas de sus usuarios.
5.- TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
6.- NUMERADOR	Número de quejas resueltas
7.- DENOMINADOR	Total de quejas recibidas
8.- UMBRAL	80%
9.- FUENTE DE DATOS	Buzones, Registros, personal del establecimiento.
10.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Formularios de quejas y sugerencias.
11.- MUESTRA	No aplica.
12.- PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Este indicador deberá emitirse en forma trimestral
13.- UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de calidad del hospital o instituto especializado.