



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa

RESOLUCIÓN No. 15-SITA/2020

SUBGERENCIA DE INTEGRIDAD Y TRANSPARENCIA ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. Guatemala, 24 de junio de dos mil veinte.

CONSIDERANDO

Que la Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa es responsable de supervisar todos los procesos administrativos del Instituto, particularmente aquellos que juzgue necesario, con el objetivo de evitar acciones que dañen el patrimonio de la institución.

CONSIDERANDO

Que mediante el Departamento de Supervisión se da seguimiento a la supervisión del desempeño de los servicios de salud que otorga el Instituto a sus afiliados y derechohabientes, en sus unidades médicas y mediante servicios contratados por personas individuales o jurídicas y cualquier actividad de las dependencias administrativas, elaborando los instrumentos técnicos, para ejercer dicha supervisión a los servicios que presta el Instituto.

CONSIDERANDO

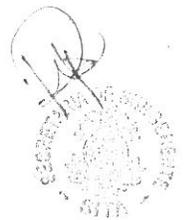
En referencia al memorándum de acuerdo entre el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos -UNOPS-, acerca de la asistencia de UNOPS para la adquisición de medicamentos e insumos médicos y el fortalecimiento de las capacidades del IGSS, en la república de Guatemala con recursos propios del IGSS y con base al objetivo 1 para la supervisión y control de calidad de los servicios contratados de diálisis peritoneal y la conformación de un equipo multidisciplinario, contra parte del equipo inicial de supervisión, establecido por UNOPS, que ha iniciado el proceso de capacitación y alineamiento para el proceso.

POR TANTO

Con fundamento en el Acuerdo 1150 de la Junta Directiva y la delegación que le confiere el Gerente del Instituto, a través del Acuerdo 01/2014 de fecha veintisiete de enero de dos mil catorce.

RESUELVE

Primero: Aprobar el “Manual de Supervisión del Servicio de Diálisis Peritoneal”, el cual consta de 76 hojas impresas en su lado anverso y reverso, membretadas con el logo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos -UNOPS-, Proyecto AMEDIGSS, las cuales fueron numeradas, rubricadas y selladas por el suscrito en su calidad de Subgerente de Integridad y Transparencia Administrativa y que forman parte de la presente resolución.





Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa

RESOLUCIÓN No. 15-SITA/2020

Segundo: Los procedimientos y actividades establecidos en el manual que se aprueba mediante la presente resolución son de aplicación y observancia general para el personal institucional y para la Comisión de Supervisión y Control de Calidad de los Servicios de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, que realiza la supervisión de los servicios contratados de Diálisis Peritoneal, por competencia o por delegación de funciones.

Tercero: Para lograr el cumplimiento de lo regulado en el manual que se aprueba, la Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa debe divulgar su contenido tanto a lo interno de dicha Subgerencia como a las demás Subgerencias y dependencias institucionales que integran la Comisión de Supervisión y Control de Calidad de los Servicios de Hemodiálisis Ambulatoria y Diálisis Peritoneal.

Cuarto: La Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa deberá enviar copia certificada de la presente resolución y del Manual que se aprueba a la Gerencia, Departamento de Organización y Métodos, Departamento de Relaciones Públicas y Comunicación Social para su difusión dentro del Portal Electrónico del Instituto y al Departamento Legal para su recopilación.

Quinto: Las modificaciones y ajustes que se necesiten realizar al presente manual se harán a propuesta de la Comisión de Supervisión y Control de Calidad de los Servicios de Hemodiálisis Ambulatoria y Diálisis Peritoneal y con el aval mediante resolución del Subgerente de Integridad y Transparencia Administrativa.

Sexto: Cualquier situación de interpretación que se presente en la aplicación del "Manual de Supervisión del Servicio de Diálisis Peritoneal", será resuelta en su orden por la Comisión de Supervisión y Control de Calidad de los Servicios de Hemodiálisis Ambulatoria y Diálisis Peritoneal, por el Jefe de Supervisión y en última instancia por el Subgerente de Integridad y Transparencia Administrativa.

Séptimo: La presente resolución entra en vigencia al día siguiente de su emisión y complementa las disposiciones institucionales.

Subgerente de Integridad y Transparencia Administrativa

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
SUBGERENCIA DE INTEGRIDAD Y TRANSPARENCIA ADMINISTRATIVA



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa

5

La infrascrita Secretaria Ejecutiva "A" (Secretaria de Subgerente) de la Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, **CERTIFICA:** Que las dos hojas de papel fotocopia que anteceden, reproducidas en mi presencia el día de hoy, en su anverso, numeradas, rubricadas y selladas, son copia fiel de la RESOLUCIÓN NO. 15-SITA/2020, relacionada al "Manual de Supervisión de Diálisis Peritoneal".

Y para remitir al **Departamento de Relaciones Públicas** del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, extendiendo la presente **CERTIFICACIÓN**, debidamente confrontada, en la Ciudad de Guatemala, a los 24 días del mes de junio del año dos mil veinte.

Raisa Ioselly Jácome Rodríguez
Secretaria Ejecutiva "A"

Vo.Bo.

Licenciado Santiago Alfredo Urbizo Guzman
Subgerente



PROYECTO AMEDI GSS



UNOPS

Manual de Supervisión del Servicio de Diálisis Peritoneal



CONTENIDO	4.5. PROGRAMA DE VISITAS	LIDAD DE SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL	5.6. SUPERVISIÓN BIOMÉDICA 39
I. INTRODUCCIÓN	V. ASPECTOS ESPECÍFICOS 7	5.2.1. FRECUENCIA DE REVISIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	5.7. PLANES DE MEJORA 47
1	5.1. EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.	19	VI. ANEXOS ...
II. OBJETIVOS 2	7	5.2.2. INDICADORES PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD DE CENTRO BASE Y PERIFERICOS	50
2.1. OBJETIVO GENERAL ..	5.1.1. HISTORIA CLÍNICA:	19	
2	7	5.2.3. INDICADORES ESTADÍSTICOS MENSUAL DE LOS CENTROS DE DIÁLISIS PERITONEAL	
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2	5.1.2. FRECUENCIA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES	24	
	10	45. REGISTRO DE LA MORTALIDAD 30	
III. ESTRUCTURA DEL MANUAL	5.1.3. CÁLCULO DE LA MUESTRA 10	5.3. VERIFICACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO BASE Y PERIFÉRICOS 32	
3	10	5.4. CAPACITACIÓN 32	
IV. ASPECTOS GENERALES 4	5.1.4. INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS	5.5. VISITAS DOMICILIARIAS	
4.1. EQUIPO DE SUPERVISIÓN	14	37	
4	5.1.5. FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INFORME DE INDICADORES DE EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS		
4.2. ACTIVIDADES DE LOS SUPERVISORES	16		
4	5.2. EVALUACIÓN DE LA CA-		
4.3. COORDINACIÓN 4			
4.4. LUGARES DONDE SE REALIZARÁN LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN			
5			

CONTENIDO DE ANEXOS

Anexo No. 1. Instrucciones para el llenado del instrumento de supervisión de Diálisis Peritoneal	Anexo No. 6. Supervisión de seguimiento de la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal en Centros Periféricos	Instrumento resumen de equipamiento verificado en Centro Base....
51	77	178
Anexo No. 2. Listado de participantes en la supervisión	Anexo No. 7. Hoja de Evaluación de Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida KDQOL™ -36.	Anexo No. 12. Instrumento de Supervisión Biomédica de las actividades de capacitación a personal técnico y personal a cargo de almacenamiento de los insumos
52	82	180
Anexo No. 3. Supervisión inicial de la puesta en marcha del servicio de Diálisis Peritoneal en Centro Base....	Anexo No. 8. Instrumentos de verificación de almacenaje y entrega periódica de insumos para DPA.	Anexo No. 13. Instrumento de Supervisión Biomédica al seguimiento por parte del Proveedor del almacenamiento de insumos
53	89	182
Anexo No. 4. Supervisión de seguimiento de la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal en Centro Base....	Anexo No. 9. Instrumento de verificación de almacenaje y entrega periódica de insumos para DPCA.....	
65	107	
Anexo No. 5. Supervisión inicial de la puesta en marcha del servicio de Diálisis Peritoneal en Centros Periféricos.....	Anexo No. 10. Instrumento de Supervisión Biomédica de la puesta en marcha del Equipamiento en Centro Base	
70	120	
	Anexo No. 11.	

LISTA DE ABREVIATURAS

A

ALB
Albúmina, 21

C

CB
Centro Base, 9
CP
Centros Periféricos, 9

D

DP
Diálisis Peritoneal, 5, 7, 32, 41
DPA
Diálisis Peritoneal Automatizada, 5, 9, 22
DPCA
Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, 5, 9, 22

E

ERC
Enfermedad Renal Crónica, 20, 21, 22

F

FFS
Fecha Final para la Subsanación, 47, 49

G

g/dl
gramos por decilitro, 20

H

HB
Hemoglobina, 20

I

IGSS
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 6, 8, 13, 19, 47

K

KDQOL
Kidney Disease and Quality of Life, 22
KT/V
K (eliminación de urea y otros desechos) del dializador. T significa tiempo, el período que dura cada tratamiento. V es el volumen del líquido en el cuerpo., 19

N

N/A
No Aplica, 13, 51

P

P
Fosfóro, 21
PEP
Prueba de Equilibrio Peritoneal, 12
PM
Plan de Mejora, 47, 48

R

R
Región, 9

S

SITA
Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa, 8, 19

U

UNOPS
Oficina de Naciones Unidad de Servicios para Proyectos, 8, 14, 19, 32, 47, 51

I. INTRODUCCIÓN

La supervisión en los servicios de salud es de gran importancia para lograr atenciones de calidad, analizar los resultados y el proceso llevado a cabo para obtenerlos, con el propósito de repetir los aspectos positivos e identificar las causas por las que no se obtuvieron los resultados esperados y corregir el proceso¹.

Con base en lo descrito, se elabora el manual de supervisión de calidad de la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal (DP)² en sus diferentes modalidades:

Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)³,

Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA)⁴

El manual, brinda un detalle de los aspectos generales y específicos que debe cumplir la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal, lo que permite detectar a tiempo los riesgos y desviaciones que se pueden presentar en el Centro Base⁵ y los Centros Periféricos⁶, afectando directamente la atención del paciente, además registra alertas de acuerdo al monitoreo de los indicadores de calidad establecidos en la base de licitación.

Este, no es un manual de acreditación o habilitación del centro base o centros periféricos para la prestación del servicio de diálisis peritoneal, ya que el proveedor debe cumplir con los requerimientos definidos para brindar dicha atención antes de iniciar esta y mantenerlos una vez iniciada.

En el proceso de supervisión de los centros se recopila información actualizada, se analiza el desarrollo de actividades programadas versus las realizadas, en caso de encontrar inconformidades en la supervisión, se le informarán al proveedor del servicio, el cual debe tomar medidas correctivas o complementarias para subsanar dicha inconformidad.

El manual define las diferentes dimensiones de la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal:

- Evaluación del expediente clínico y de la calidad del servicio con sus instrumentos e indicadores.
- Capacitación al personal clínico, técnico, pacientes y sus familiares/cuidadores.
- Visitas domiciliarias y su seguimiento.
- Supervisión Biomédica.
- Plan de Mejora.

¹ Valle González A, Cordera A. Conceptos actuales de supervisión en servicios de salud. Revista de Salud Pública de México.1996.

² Con el término DP se engloban todas aquellas técnicas de tratamiento sustitutivo que utilizan como membrana de diálisis la membrana peritoneal, que es una membrana biológica que se comporta funcionalmente como una membrana dialítica.

³ Es una prescripción de DP que combina un régimen continuo, ambulatorio, una técnica de flujo intermitente y un método manual o manual-asistido. Sociedad Española de Nefrología, 2006.

⁴ Es una prescripción genérica de DP que lo único que implica es que se utiliza una máquina -cicladora- para hacer los cambios peritoneales. Sociedad Española de Nefrología, 2006

⁵ Prestación del servicio externalizado de diálisis peritoneal (DP) en dos modalidades: diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), y diálisis peritoneal automatizada (DPA).

⁶ Prestación del servicio externalizado Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), en ocho regiones del país.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar en el Centro Base y Centros Periféricos el manual de supervisión orientado a la evaluación del servicio de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y Automatizada en el seguimiento al cumplimiento del acuerdo de prestación de ambos servicios.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Realizar la evaluación de los indicadores de calidad de expedientes clínicos y atención brindada a los pacientes.
2. Realizar la evaluación de los indicadores de calidad de la prestación del servicio.
3. Dar seguimiento a la realización de las capacitaciones y visitas domiciliarias a los pacientes.
4. Requerir al proveedor las acciones correctivas en la calidad de atención de los servicios de Diálisis Peritoneal.
5. Verificar la implementación del Plan de Mejora en los Centros de Diálisis.
6. Apoyar y fortalecer al IGSS en los procesos de supervisión.

III. ESTRUCTURA DEL MANUAL

Con el fin de garantizar una supervisión integral, se diseñó el manual según aspectos generales y específicos.

Los **aspectos generales** describen la organización de la supervisión, los cuales se detallan a continuación:

- a. Equipo de supervisión
- b. Actividades de los supervisores
- c. Coordinaciones
- d. Lugares donde se realizarán las visitas
- e. Cronograma de visitas

Los **aspectos específicos** están relacionados con la prestación del servicio de DP a los pacientes, los cuales se detallan a continuación:

a. Evaluación del Expediente Clínico

- a. Historia Clínica
- b. Frecuencia de la revisión de los Expedientes
- c. Cálculo de la muestra
- d. Indicadores de evaluación de expedientes clínicos
- e. Formato de presentación de informe de indicadores evaluación del expediente clínico

b. Evaluación de la calidad del servicio de DP

- a. Frecuencia de la revisión de la evaluación de la calidad
- b. Indicadores para la gestión de la calidad en Centro Base y Centros Periféricos

c. Indicadores estadísticos mensuales de los Centros de DP

c. Capacitaciones

d. Visitas Domiciliarias

e. Supervisión Biomédica

f. Planes de Mejora

g. Anexos

IV. ASPECTOS GENERALES

4.1 EQUIPO DE SUPERVISIÓN

Estará compuesto por el siguiente personal profesional:

UNOPS	IGSS
<ul style="list-style-type: none">• Coordinadora Técnica de Equipo (1)• Médico nefrólogo (1)• Médico especialista en supervisión y auditoría médica (2)• Ingeniero biomédico (2)	<ul style="list-style-type: none">• Personal designado por las autoridades del Instituto

Adicionalmente, se contará con el apoyo de personal de las áreas de contrataciones y de logística de UNOPS para dar seguimiento a los aspectos relacionados a su competencia.

4.2 ACTIVIDADES DE LOS SUPERVISORES

1. Procurar un estricto control de calidad en la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal de parte del proveedor en sus diferentes modalidades.
2. Cumplir con el cronograma de visitas a los diferentes centros donde se prestan los servicios.
3. Elaborar y presentar informes de cada supervisión efectuada del centro de atención de Diálisis Peritoneal.
4. Determinar inconformidades que ameriten incluir planes de mejora en los servicios y dar seguimiento del cumplimiento.
5. Cumplir con las Instrucciones para el llenado del instrumento de supervisión de servicios de Diálisis Peritoneal. Ver anexo 1.

4.3 COORDINACIÓN

Como parte del fortalecimiento del IGSS y la transferencia de conocimientos, se coordina con la comisión de supervisión y control de la calidad las visitas conjuntas, utilizando los instrumentos de supervisión aprobados y oficializados por la Gerencia del IGSS.

4.4 LUGARES DONDE SE REALIZARÁN LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN

El servicio de atención a pacientes en la modalidad DPCA cuenta con 7 centros periféricos (CP) que se han distribuido en 4 regiones a nivel nacional y un octavo Centro en una quinta región (en Ciudad de Guatemala), el cual funge como Centro Base (CB), donde se realiza el ingreso inicial de todo paciente en DPCA y brindará el servicio integral a los pacientes que residen en su área de cobertura (R5) como un Centro Periférico más.

Por otro lado, los servicios de atención para los pacientes en DPA son brindados únicamente en el Centro Base, cuya cobertura inicial es de 100 pacientes y su procedencia es de los diferentes Departamentos del país.

La distribución de la atención en Centro Base y Centros Periféricos para pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal, se describe a continuación:

Región 1

CP 1: Izabal y Petén, con sede en Puerto Barrios;

CP 2: Zacapa y Chiquimula, con sede en Zacapa;

CP:3 Alta Verapaz y Baja Verapaz, con sede en Cobán

Región 2

CP 4: Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Quiché, Huehuetenango y San Marcos, con sede en Quetzaltenango;

Región 3

CP 5: Santa Rosa, Jutiapa y Jalapa, con sede en Jutiapa;

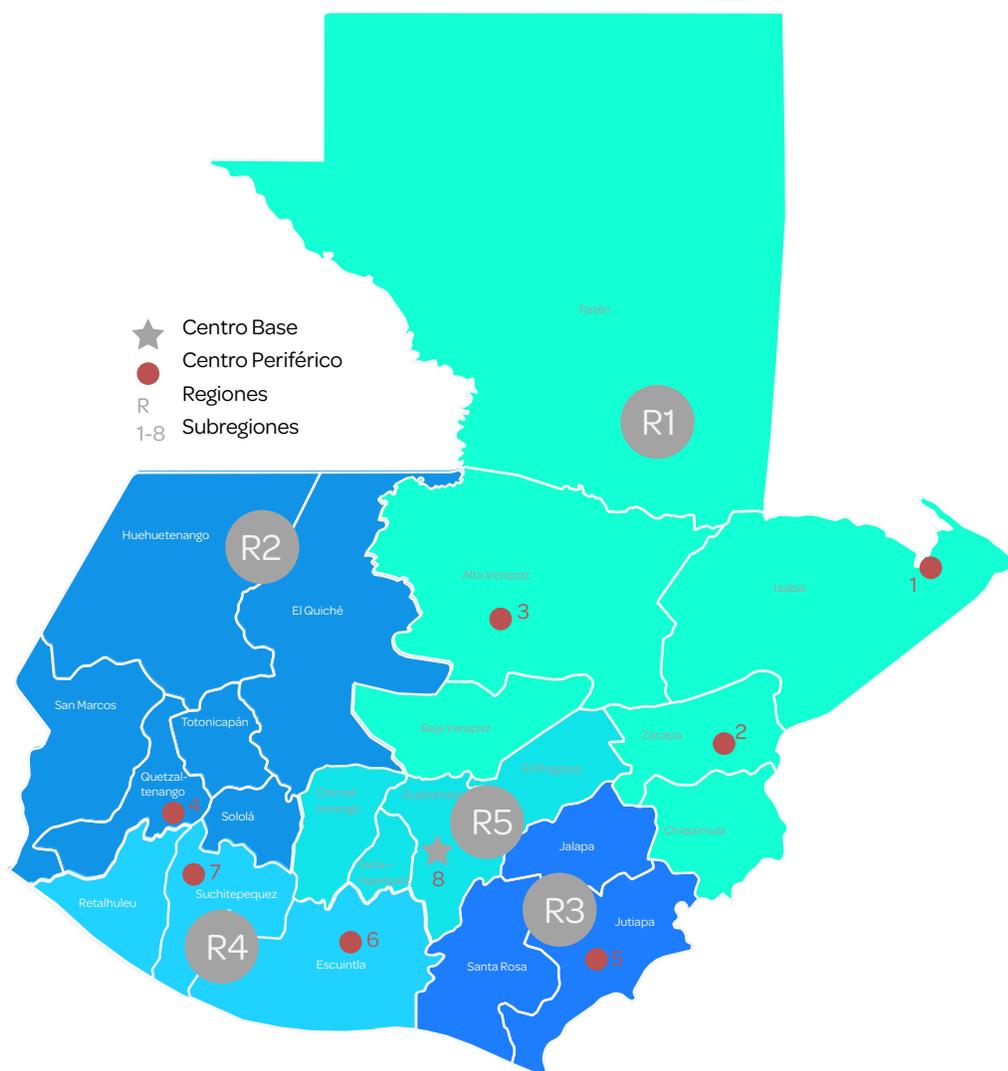
Región 4

CP 6: Escuintla, con sede en Escuintla;

CP 7: Suchitepéquez y Retalhuleu, con sede en Mazatenango;

Región 5

CB y CP 8 (DPCA): Guatemala, El Progreso, Sacatepéquez y Chimaltenango, con sede en Ciudad de Guatemala.



4.5 PROGRAMA DE VISITAS

CRONOGRAMA No. 1. PROGRAMA DE VISITAS DE SUPERVISIÓN

REGIÓN	CENTRO	TRIMESTRE 1			TRIMESTRE 2			TRIMESTRE 3			TRIMESTRE 4		
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
R1	1												
	2												
	3												
R2	4												
R3	5												
R4	6												
	7												
R5	8												

Las visitas de supervisión se llevarán a cabo trimestral en cada centro, de tal manera que cada mes se realiza una visita de supervisión a 2 o 3 centros de atención del proveedor.

V. ASPECTOS ESPECIFICOS

5.1 EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Como primer paso en el proceso de evaluación de la calidad de la atención en los Servicios de Diálisis Peritoneal externalizada, se verificarán los expedientes de acuerdo a muestra de pacientes.

En la visita de supervisión se requerirán dichos expedientes, a los que se les realizará un análisis cuantitativo, que comprende la revisión de los aspectos de la calidad de la historia clínica, los cuales se detallan a continuación:

5.1.1. HISTORIA CLÍNICA:¹

- Correcta identificación del paciente como los datos generales del afiliado (nombre, edad, número de afiliación).
- Registro del contenido como notas, informes, reportes y otros documentos necesarios y grado de cumplimiento.
- Autenticación: anotaciones fechadas y firmadas.
- Normalización de documentos: es el establecimiento de una serie de normas y principios para unificar los documentos que componen la historia clínica y así, verificar que no existan discrepancias o errores, para mejorar la calidad de la información.
- Ordenación de la historia.

¹ Torres, Luis. MD, Vigilancia permanente de la calidad de la atención recibida por los pacientes en tratamiento de Diálisis. Departamento de Auditoría de Servicios de Salud. 21 de marzo de 2016.

Para conocer la información anterior se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Listado de verificación de los indicadores de los expedientes clínicos
- frecuencia de exámenes de laboratorio y visitas domiciliaria
- Indicadores de evaluación de los expedientes clínicos
- Formato de presentación de informe de indicadores de evaluación de expedientes clínicos.

A continuación, se enlistan los 7 principales aspectos de calidad a ser evaluados en los expedientes de los pacientes:

1. Datos de identificación del paciente

- Nombre
- Edad
- Estado civil
- Número de afiliación
- Tipo de afiliación
- Religión
- Lugar de procedencia
- Número telefónico
- Enfermedades concomitantes

La identificación correcta del paciente es un aspecto fundamental que garantiza su seguridad. Como tal, constituye un mecanismo eficaz para la prevención de eventos adversos y evitar problemas y complicaciones asociadas a errores en la práctica clínica, en la medicación, en el proceso de rehabilitación, en pruebas diagnósticas.

Por tal motivo, la primera parte de la evaluación de la calidad de los expedientes incluirá la verificación de la correcta identificación de los pacientes en sus respectivas historias clínicas.

2. Acceso Peritoneal

- Fecha de colocación o recolocación del catéter
- Colocación de la línea de transferencia
- Fecha de ultimo cambio de línea de transferencia
- Registro de disfunciones de catéter

Deberá indicar la fecha de colocación y recolocación de catéter. De igual manera deberá tener identificado la fecha del último cambio en la línea de transferencia. Adicionalmente a ello deberá evidenciarse la vigilancia del acceso, indicando cualquier disfunción, complicación de cualquier tipo ya sea obstruccion o de infección que altere el funcionamiento normal del mismo.

3. Estudios especializados

- Exámenes de laboratorio
- Controles de Dialisancia (KtV, aclaramiento de creatinina y función renal residual)
- Pruebas funcionales: Prueba de Equilibrio Peritoneal (PEP)
- Estudio inicial y seguimiento nutricional, actualizado
- Estudio inicial y seguimiento de funcionamiento psíquico y mental, actualizado
- Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.

4. Seguimiento médico

- Ingreso al programa
- Evolución médica
- Prescripción médica
- Historia clínica
- Identificación del médico tratante
- Capacitación
- Visitas domiciliarias

Como parte del seguimiento de la evolución del paciente, deberán quedar registrados en el Expediente, las hojas de evaluación, las cuales deben estar firmadas e identificadas por el facultativo encargado de realizarlas. De igual manera, mediante las hojas de análisis se anotarán los resultados de las pruebas de laboratorio y su respectivo análisis.

Mediante las hojas de prescripciones deberán identificarse los tratamientos, las dietas prescritas y recomendadas por el nutricionista, así como cualquier otro protocolo que le haya sido prescrito al paciente.

Para todas ellas, deberá poderse identificar secuencialmente mediante la fecha y hora en la que son registradas.

5. Atención de traslados, referencia y contra referencia

- Traslados
- Motivo de traslado
- Referencia
- Motivo de referencia

Dado que los servicios incluidos en los tratamientos de Diálisis Peritoneal incluyen los traslados en casos de emergencia, así como las referencias y contra referencias a las unidades médicas del IGSS, todos estos hitos en el tratamiento del paciente deben quedar correctamente documentados en el Expediente.

6. Logística

- Entrega mensual domiciliar de los insumos a los pacientes para realizarse las sesiones de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y Diálisis Automatizada.
- Entrega de insumos domiciliarios

7. Egreso

Condición de egreso: El registro de egreso permite conocer de primera mano, cual fue la condición de egreso del paciente, se identificará de acuerdo con las siguientes posibles condiciones:

- Cambio de modalidad
- Abandonó el tratamiento
- Fallecido / Causas
- Trasplantado
- Recuperación de la función renal
- Traslado a otro centro
- Caso concluido

5.1.2. FRECUENCIA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

La revisión de Expedientes será desarrollada por personal médico de UNOPS de manera trimestral. La visita será sin previo aviso.

5.1.3 CÁLCULO DE LA MUESTRA

El número de expedientes a ser revisados se seleccionará a través de una muestra significativa, que considera un nivel de confianza del 95% y margen de error esperado del 5%, tomando como universo a los usuarios atendidos durante el mes anterior. Como marco muestral para la selección de los expedientes se utilizará el listado de los pacientes atendidos durante el mes anterior, para la selección de los elementos muestrales se hará por un muestreo aleatorio.

Para lo cual se utiliza la siguiente formula!:

$$n = \frac{z^2 (p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2 (p \cdot q)}{N}}$$

n = Tamaño de la muestra

z = Nivel de confianza deseado

p = Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q = Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e = Nivel de error dispuesto a cometer

N = Tamaño de la población

¹ http://www.corporacionaem.com/tools/calc_muestras.php

Total																					No.
																					HB / Mensual
																					Valor
																					HTO/Mensual
																					Valor
																					Calcio/Mensual
																					Valor
																					Fósforo/Mensual
																					Valor
																					Potasio/Mensual
																					Valor
																					Creatinina/Mensual
																					valor
																					Nitrógeno de urea en sangre/Mensual
																					Valor
																					Relación BUN/Creatinina/Mensual
																					Valor
																					Ferritina/Mensual
																					Valor
																					% Saturación de hierro/Mensual
																					Valor
																					Hormona paratiroidea (PTH)/Trimestral
																					Valor
																					Albumina/Trimestral
																					Valor
																					Colesterol/Trimestral
																					Valor
																					Triglicéridos/Trimestral
																					Valor

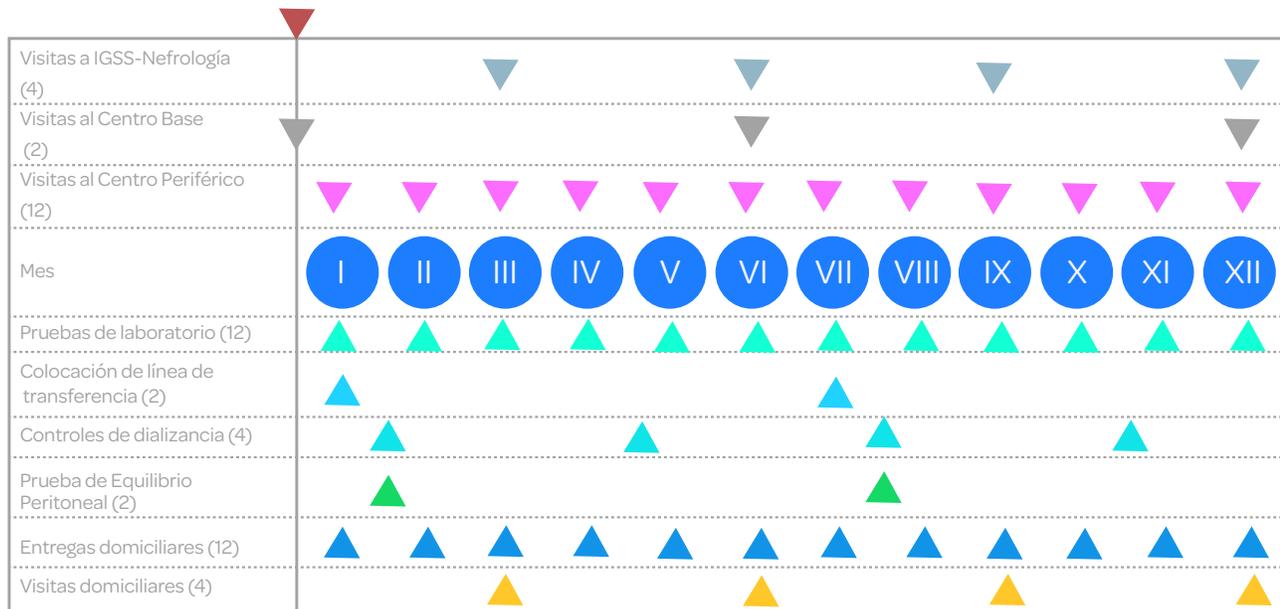
TABLA NO. 2. FRECUENCIA DE EXAMENES DE LABORATORIO

En la siguiente tabla se define la periodicidad de los exámenes de laboratorios, servicios clínicos y dialisis que deben de cumplir los centros de diálisis peritoneal.

TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	Ingreso (IGSS)	Ingreso (proveedor)	Mensual	Trimestral	Cuatrimstral	Semestral	Anual	
Prueba de laboratorio	Hemoglobina	x		x					
Prueba de laboratorio	Hematocrito	x		x					
Prueba de laboratorio	Calcio	x		x					
Prueba de laboratorio	Fósforo	x		x					
Prueba de laboratorio	Potasio	x		x					
Prueba de laboratorio	Creatinina	x		x					
Prueba de laboratorio	Nitrógeno de urea en sangre	x		x					
Prueba de laboratorio	Relación BUN/Creatinina	x		x					
Prueba de laboratorio	Ferritina	x		x					
Prueba de laboratorio	% Saturación de hierro	x		x					
Prueba de laboratorio	Hormona paratiroidea (PTH)	x			x				
Prueba de laboratorio	Albúmina	x			x				
Prueba de laboratorio	Colesterol	x			x				
Prueba de laboratorio	Triglicéridos	x			x				
Procedimientos menores	Colocación de catéter		x						
Procedimientos menores	Colocación de línea de transferencia		x						
Procedimientos menores	Cambio de línea de transferencia						x		
Clínica	Capacitación		x						
Clínica	Servicio de atención médica			x					
Clínica	Atención nutricional						x		
Clínica	Atención psicológica						x		
Clínica	Consultas domiciliarias				x				
Logística	Entrega de insumos domiciliarios			x					
Control de dialisis	Aclaramiento de urea con relación a volumen y tiempo (KtV)		x		x				
Control de dialisis	Aclaramiento de creatinina		x		x				
Control de dialisis	Función Renal Residual (DCR)		x		x				
Prueba funcional	Prueba de Equilibrio Peritoneal (PEP)		x				x		
x	Al mes de entrar al programa								

Estos hitos por paciente se deberán realizar al paciente a su ingreso al programa.

En relación a la movilización de paciente, se detalla el siguiente esquema que deben de cumplir:



5.1.4 INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS

La proporción de cumplimiento para cada variable, se establecerá en el conjunto de expedientes revisados, los cuales al sumarlos deberán proporcionar un puntaje total del 100%, permitiendo con ello asignar una calificación porcentual conforme a la siguiente tabla:

Variable	Fórmula	Calificación/ valoración de cada ítem
Generales del paciente Nombre Edad Estado civil Religión Lugar de procedencia No. Telefónico	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con los datos generales del paciente}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	<p>ÓPTIMA (>95%) ADECUADA (85% - 95%) ACEPTABLE (70% - 84%) DEFICIENTE (55% - 69%) INACEPTABLE (<55%)</p>
Tipo de afiliación	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la identificación del tipo de afiliación}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Enfermedades concomitantes	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la identificación de enfermedades concomitantes}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Fecha de colocación o recolocación del catéter	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la identificación de fecha de colocación o recolocación del catéter}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Fecha de último cambio de línea de transferencia	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la identificación de fecha de último cambio de línea de transferencia}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Laboratorios	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la inclusión de datos de laboratorio}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Disfunciones	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la inclusión de datos de disfunciones}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Dialisancia	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la inclusión de controles de dialisancia}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Pruebas funcionales	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la inclusión de pruebas funcionales}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Seguimiento nutricional	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la inclusión del seguimiento nutricional}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Seguimiento psicológico	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la inclusión del seguimiento psicológico}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cuentan con inclusión evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Evolución médica	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la evolución médica}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	

Variable	Fórmula	Calificación/ valoración de cada ítem
Historia clínica	$\frac{\text{Nº de pacientes que cumplen con la inclusión de la historia clínica}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	ÓPTIMA (>95%) ADECUADA (85% - 95%) ACEPTABLE (70% - 84%) DEFICIENTE (55% - 69%) INACEPTABLE (<55%)
Prescripción médica	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la prescripción médica}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Identificación del médico tratante	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la identificación del médico tratante}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Referencias / contra referencias	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la inclusión de las referencias y/o contra referencias}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	
Condición de egreso	$\frac{\text{Nº de historias clínicas que cumplen con la inclusión del detalle de la condición de egreso}}{\text{Total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$	

5.1.5 FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INFORME DE INDICADORES DE EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Para la presentación de los resultados de los indicadores, se utilizarán la siguiente tabla:

TABLA No. 3. FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INFORME DE INDICADORES DE EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

NO.	DATOS A EVALUAR	MES			
		EXPEDIEN- TES REVIS- ADOS	NO. DE HIS- TORIAS CLÍ- NICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS	% DE CUMPLI- MIENTO	CALIFICA- CIÓN
1	Datos de identificación: nombre, edad y estado civil, religión, lugar de procedencia y No. telefónico.				
2	Número de afiliación				
3	Tipo de afiliación				
4	Enfermedades concomitantes				
5	Fecha de colocación del catéter				
6	Colocación de la línea de transferencia				
7	Fecha de último cambio en la línea de transferencia				

8	Registro de disfunciones				
9	Exámenes de laboratorio				
10	CD Aclaramiento de urea con relación a volumen y tiempo (KTV)				
11	CD Aclaramiento de creatinina				
12	CD función renal residual				
13	Pruebas funcionales (Prueba de Equilibrio Peritoneal)				
14	Seguimiento nutricional				
15	Seguimiento Psicológico				
16	Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud				
17	Ingreso al programa				
18	Evolución médica				
19	Prescripción médica				
20	Historia clínica				
21	Identificación del médico tratante				
22	Capacitación				
23	Visitas domiciliarias				
24	Traslados				
25	Motivos de traslado				
26	Referencias				
27	Motivos de referencia				
28	Entrega de insumos domiciliarios				
29	Condición de egreso				
SUMATORIA					
CALCULO DE CUMPLIMIENTO					

Se ha determinado rangos de cumplimientos para cada indicador el cual se detalla a continuación:

ÓPTIMO >95%	ADECUADA 85% - 95%	ACEPTABLE 70% - 84%	DEFICIENTE 55% - 69%	INACEPTABLE <55%
-------------	-----------------------	------------------------	-------------------------	---------------------

Aunque el resultado global de la sumatoria de todos los datos a evaluar resulte en un rango aceptable o mejor, se valorarán los resultados individuales de cada ítem que resulte deficiente o inaceptable para implementar un plan de mejora.

5.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Con el objetivo de brindar la más alta calidad de servicio a los pacientes en Diálisis Peritoneal se implementa un Sistema de Control de desarrollo de las actividades del proveedor del servicio. Este sistema se compone de análisis de datos, análisis y mediciones en campo programadas y muestreo sin previo aviso, análisis estadísticos y todos otros medios idóneos al control de calidad.

Para esto el proveedor de los servicios facilitará todos los controles que sean solicitados de parte de los supervisores de UNOPS-IGSS con el objetivo de controlar y mejorar constantemente la calidad de los servicios brindados.

5.2.1 FRECUENCIA DE REVISIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

1. La revisión de la documentación será desarrollada por personal de médico y técnico de UNOPS - IGSS, de manera trimestral.
2. Se espera que el Centro Base y los Centros Periféricos remitan los indicadores estadísticos de productividad mensual, vía e-mail a UNOPS y al IGSS, dentro de los primeros 15 (quince) días de cada mes.
3. Durante las visitas el Centro Base y los Centros Periféricos, deberán brindar todas las facilidades pertinentes para que el personal autorizado pueda desarrollar la función de revisión de instalaciones, equipos, expedientes y personal del proveedor.
4. El Centro Base y los Centros Periféricos deberán disponer de toda la documentación requerida, que será objeto de revisión; de un repositorio digital compatible con el programa que la Subgerencia de Tecnología del IGSS determine, en el que se garantice la correcta vigilancia epidemiológica del servicio y el acceso remoto por parte de UNOPS o el IGSS toda esta documentación.
5. El Centro Base y los Centros Periféricos serán informados de los resultados de cada visita dentro de los diez (10) días hábiles después de realizada la misma.

5.2.2 INDICADORES PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD DE CENTRO BASE Y PERIFERICOS

Los indicadores de calidad, se verificarán del informe mensual de actividades que presenten el Centro Base y los Centros Periféricos.

La revisión se realizará de manera aleatoria de los expedientes clínicos. La revisión será realizada por el equipo de supervisión y vigilancia UNOPS - IGSS. A continuación, se define los indicadores a evaluar, así como el estándar propuesto, fórmula y frecuencia de medición.

- Frecuencia de peritonitis en diálisis peritoneal
- Porcentaje de pacientes prevalentes en diálisis peritoneal con KT/V total de urea
- Porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal con hemoglobina (HB)
- Porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal con fósforo (P)
- Porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal con albúmina

- Evaluación de Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida - KDQOL TM – 36. (Ver anexo No. 7)
- Formación/capacitación del paciente y su entorno

a. Frecuencia de Peritonitis en Diálisis Peritoneal

Descripción

Se entiende como Peritonitis a la inflamación del peritoneo o de la membrana peritoneal. Este tipo de inflamación tiene típicamente una etiología infecciosa que es causada principalmente por bacterias. Las infecciones bacterianas vienen principalmente de la contaminación durante una sesión de diálisis peritoneales. La Peritonitis es una complicación mayor debido a los cambios estructurales en la membrana peritoneal que resultan de la Diálisis Peritoneal. Por tal motivo, deben ser objeto de observación, ya que expresan la aplicación de las medidas de prevención por parte del paciente, lo cual está relacionado a la puesta en prácticas de las pautas detalladas, explicada durante la etapa de capacitación del paciente y su entorno.

Estándar requerido a cumplir

1 episodio por cada **24** paciente-mes.

b. Porcentaje de pacientes prevalentes en Diálisis Peritoneal con Kt/V total de urea ≥ 1.7

Descripción

La dosis de diálisis es un buen marcador de diálisis adecuada no sólo como factor aislado, sino que también influye en la corrección de la anemia, en el estado nutricional y en el control de la tensión arterial, entre otros. El aclaramiento de urea con relación a volumen y tiempo (KtV) ha demostrado que se correlaciona con la supervivencia del paciente.

Estándar requerido a cumplir

Alcanzar y mantener al menos que el 80% de pacientes en Diálisis Peritoneal cuenten con Kt/V total de urea ≥ 1.7 .

c. Porcentaje de pacientes en Diálisis Peritoneal con hemoglobina (HB) objetivo

Descripción

La anemia es una complicación común de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y está asociada con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, morbilidad y mortalidad. Los pacientes con ERC deben mantener una cifra de hemoglobina >11 g/dl, sin superar las cifras de 13 g/dl; por tal motivo, el objetivo de tratamiento de la anemia es alcanzar y mantener un nivel de hemoglobina entre 10 y 12 g/dl, sin superar los 13 g/dl, ya que se evidenció mayor riesgo de muerte y/o complicaciones cardiovasculares.

Rango de referencia

Niveles de Hgb ≥ 11 y ≤ 13 g/dl.

Dado que es un parámetro que el proveedor del Servicio de Diálisis Peritoneal monitoreará constantemente mediante pruebas de laboratorio a desarrollar durante la vigencia del Contrato, y considerando que estos valores dependen de diferentes acciones terapéuticas que podrían no ser de la competencia del

proveedor del Servicio de Diálisis Peritoneal; éste deberá ajustar el tratamiento en lo que le compete de acuerdo a lo que establecen las condiciones de contratación, así como hacer las recomendaciones pertinentes a los involucrados en el proceso de atención del paciente: Instituto, entorno familiar y el mismo paciente, con el objeto de lograr el estándar requerido.

d. Porcentaje de pacientes en Diálisis Peritoneal con fósforo (P) objetivo

Descripción

La hiperfosfatemia es una complicación asociada con un incremento en el riesgo de muerte entre los pacientes en diálisis. Niveles de fósforo adecuados dependen de la dosis de diálisis, de la dieta recomendada y del uso de quelantes. Su control se correlaciona con una menor comorbilidad cardiovascular.

Rango de referencia

Niveles de fósforos de ≥ 3.5 y ≤ 5.5 mg/dl.

Dado que es un parámetro que el proveedor del Servicio de Diálisis Peritoneal monitoreará constantemente mediante pruebas de laboratorio a desarrollar durante la vigencia del Contrato, y considerando que estos valores dependen de diferentes acciones terapéuticas que podrían no ser de la competencia del proveedor del Servicio de Diálisis Peritoneal; éste deberá ajustar el tratamiento en lo que le compete de acuerdo a lo que establecen las condiciones de contratación, así como hacer las recomendaciones pertinentes a los involucrados en el proceso de atención del paciente: Instituto, entorno familiar y el mismo paciente, con el objeto de lograr el estándar requerido.

e. Porcentaje de pacientes en Diálisis Peritoneal con albúmina (ALB) objetivo

Descripción

La albúmina ha sido utilizada ampliamente para evaluar el estado nutricional de los pacientes con o sin Enfermedad Renal Crónica (ERC). La desnutrición es común en la población con ERC, y la hipoalbuminemia es altamente predictiva del futuro riesgo de mortalidad cuando está presente al inicio de la diálisis crónica, así como durante todo el tiempo que el paciente se encuentra en este tipo de tratamiento. Por tanto, las intervenciones nutricionales que mantienen o mejoran los niveles de concentración de albúmina pueden estar asociadas con una mejora en la supervivencia a largo plazo.

A pesar de que no existe una medida ideal del estado nutricional, la concentración de albúmina se considera una medida útil del estado nutricional de los pacientes en Diálisis Peritoneal.

Rango de referencia

Niveles de albúmina ≥ 3.5 g/dl.

Dado que es un parámetro que el proveedor del Servicio de Diálisis Peritoneal monitoreará constantemente mediante pruebas de laboratorio a desarrollar durante la vigencia del Contrato, y considerando que estos valores dependen de diferentes acciones terapéuticas que podrían no ser de la competencia del proveedor del Servicio de Diálisis Peritoneal; éste deberá ajustar el tratamiento en lo que le compete de acuerdo a lo que establecen las condiciones de contratación, así como hacer las recomendaciones pertinentes a los involucrados

en el proceso de atención del paciente: Instituto, entorno familiar y el mismo paciente, con el objeto de lograr el estándar requerido.

f. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud

Descripción

Como parte del proceso de rehabilitación del paciente, es necesario conocer la mejora que el mismo percibe durante el tiempo que se mantiene recibiendo tratamiento de Diálisis Peritoneal. Para ello, es necesario hacer uso de herramientas que permitan la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en este caso del paciente renal. Esta evaluación por parte del paciente debe desarrollarse al menos una vez al año y debe permitir al paciente hacer una evaluación objetiva y sistematizada, de su calidad de vida relacionada con la percepción de su propia salud.

Estas evaluaciones deben formar parte del Expediente del paciente. Las evaluaciones deben estar basadas en cualquier instrumento psicométrico tipo KDQOL-36TM diseñado para tal fin.

Estándar requerido a cumplir

Se incluirá en el seguimiento del paciente, una herramienta de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud tipo el instrumento denominado “Enfermedad del riñón y calidad de vida” [Kidney Disease and Quality of Life™ (KDQOL™-36)].

Al menos el 95% de los Expedientes de Paciente, deben contar con la documentación que certifique el desarrollo de tales evaluaciones por parte del paciente. Adicionalmente a ello debe incluirse la documentación que certifique que los resultados de la evaluación fueron analizados conjuntamente con el paciente y se establecieron parámetros que permiten una mejora en la atención que llevará consigo una mejora de la habilidad del paciente para funcionar e interactuar con su entorno al nivel de calidad de vida más alto alcanzable.

g. Formación/Capacitación del paciente y su entorno

Descripción

En el proceso de asistencia al paciente con ERC que se encuentra recibiendo tratamiento de Diálisis Peritoneal, confluyen diferentes especialidades tales como médicos nefrólogos, personal de enfermería, nutricionistas y trabajadores sociales. Dado que todos ellos participan en el plan de atención y que el paciente debe ser un elemento activo del mismo, es necesario educar e informar al paciente y a sus familiares o responsables en los pormenores del proceso, en los cuidados que debe tener, en el rol que debe desarrollar, en las opciones de atención disponibles.

Es necesario garantizar que los pacientes (o cuidadores) en tratamiento de DPCA y DPA estén debidamente capacitados para el desarrollo de las terapias correspondientes, siendo capaces los de DPA de solucionar fallas comunes y leves de las máquinas cicladoras. El registro de capacitaciones deberá incluir al menos:

- a. Planes de capacitación.
- b. Estado de cumplimiento del plan de capacitación.
- c. Registros de capacitaciones.
- d. Copia de constancias de capacitación entregadas a los pacientes.

Estándar requerido a cumplir

El 100% de los expedientes de paciente en Diálisis Peritoneal, deben contar con la documentación que certifique el desarrollo de sesiones de educación e información al paciente y a sus familiares, en los aspectos requeridos.

TABLA No.4. INDICADORES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Variable	Formula o requerimiento	Estándar	Periodicidad del análisis
Entrega de informes mensuales	Número de días de retraso calculados a partir de la finalización del mes	< 15 días calendario	Mensual
Frecuencia de peritonitis en diálisis peritoneal		Un (1) episodio por cada 24 pacientes/ meses	Mensual
Porcentaje de pacientes prevalentes en diálisis peritoneal con Kt/V total de urea \geq 1.7%		> 80%	Trimestral
Porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal con hemoglobina (HB) objetivo		****	Trimestral
Porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal con fósforo (p) objetivo		****	Trimestral
Porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal con albúmina (ALB) objetivo		****	Trimestral
Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud		> 95%	Anual

Para la presentación de los resultados de los indicadores se utilizarán la siguiente tabla:

TABLA No.5. FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDICADORES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL

NO.	INDICADOR	RESULTADO ESPERADO	MES EVLUADO:	
			% DE CUMPLIMIENTO	CALIFICACIÓN
1	Entrega de informes mensuales	< 15 días calendario		
2	Frecuencia de peritonitis en diálisis peritoneal	Un (1) episodio por cada 24 pacientes/ meses		
3	Porcentaje de pacientes prevalentes en diálisis peritoneal con Kt/V total de urea \geq 1.7%	> 80%		
4	Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud	> 95 %		

5.2.3 INDICADORES ESTADÍSTICOS MENSUAL DE LOS CENTROS DE DIÁLISIS PERITONEAL

A cada centro se le solicitará mensualmente, el registro de indicadores estadísticos, con el objetivo de detectar oportunamente alteraciones que puedan afectar en la atención del paciente, de igual forma para darle seguimiento de los indicadores de calidad. En la siguiente tabla, se presenta las variables solicitadas:

TABLA NO. 6. INDICADORES ESTADÍSTICOS MENSUAL

INDICADOR	Grupos etáreos y sexo													
	< 20 Años		20 - 29 Años		30 - 39 Años		40 - 49 Años		50 - 59 Años		≥ 60 Años		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
INCIDENCIA Y PREVALENCIA														
1	No. de ingresos nuevos													
2	No. de pacientes prevalentes													
CAUSAS DE MORBILIDAD														
3	Peritonitis													
4	Alteraciones de la glicemia													
5	Relacionadas con el catéter													
6	Infección del sitio de salida													
7	Sobre carga de volumen													
8	Otros (describir la causa)													
EGRESOS														
9	No. de pacientes fallecidos													
10	No. de pacientes que abandonan el programa													
11	No. de pacientes trasladados a Hemodiálisis													
12	No. de pacientes trasplantado													
13	No. de casos concluidos													
14	No. de paciente con recuperación de la función renal													
ACCESO PERITONEAL														
15	Colocación del catéter													
16	Recolocación del catéter													
17	Colocación de línea de transferencia													
18	Cambio en línea de transferencia													
19	Registro de disfunciones o complicaciones													
	1. Ruptura													
	2. Obstrucción													

No.	INDICADOR	Grupos etáreos y sexo															
		ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC (Kg/m2) (OMS)		< 20 Años		20 - 29 Años		30 - 39 Años		40 - 49 Años		50 - 59 Años		≥ 60 Años Total		Total	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
36	Bajo Peso (< 18.5)																
37	Delgadez Severa (< 16.00)																
38	Delgadez Moderada (16.00 – 16.99)																
39	Delgadez Leve (17.00 – 18.49)																
40	Normal (18.5 – 24.99)																
41	Sobrepeso (≥ 25.00)																
42	Preobeso (25.00 – 29.99)																
43	Obesidad (≥ 30.00)																
44	Obesidad Leve (30.00 – 34.99)																
45	Obesidad Media (35.00 – 39.99)																
46	Obesidad Mórbida (≥ 40.00)																

47. REGISTRO DE LA MORTALIDAD

El proveedor del servicio deberá reportar los casos de pacientes fallecidos en un plazo de 48 horas, vía e-mail al área de supervisión de UNOPS – IGSS, con el siguiente formato:



Registro de Mortalidad

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:

Nombres y apellidos:			
Edad:			
Sexo:	Masculino	Femenino	
Estado Civil:			
Procedencia:			
No. Afiliación:			
Tipo de afiliación:			
Enfermedades concomitantes:			

CAUSAS DE ENFERMEDAD RENAL:

PERMANENCIA EN EL PROGRAMA Y OCURRENCIA:

Fecha de Ingreso al programa	/	/
Estancia en el programa	/	/
Fecha de fallecimiento	/	/

Lugar de fallecimiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Hospital	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Domiciliar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Unidad de Hemodiálisis		
• Otro		

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO

--

página 1/1

5.3 VERIFICACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO BASE Y PERIFÉRICOS

Antes de la puesta en marcha del centro base, se realizará una inspección de los aspectos técnicos y funcionales requeridos para la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal en sus modalidades. Ver anexo No. 3.

Después de la puesta en marcha del centro, se realiza la supervisión trimestral para la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal. Ver anexo No. 4.

Antes de la puesta en marcha de los centros periféricos, se realizará una inspección de los aspectos técnicos y funcionales requeridos para la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal. Ver anexo No. 5.

Después de la puesta en marcha de los centros periféricos, se realiza la supervisión trimestral para la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal. Ver anexo No. 6.

5.4 CAPACITACIÓN

Las capacitaciones al personal clínico y técnico deben ser impartidas por personal calificado y certificado el cual será garantizado de parte del proveedor del servicio, para esto, se debe diseñar un plan de capacitación el cual debe ejecutarse antes de la puesta en marcha del servicio y ser aprobado por UNOPS.

Una de las actividades importantes para garantizar la calidad en la prestación de los servicios es contar con el personal clínico y técnico capacitado en el manejo de DP en las dos modalidades, así como la capacitación a los pacientes y sus cuidadores.

El proveedor de los servicios deberá capacitar al paciente y un familiar o cuidador al inicio del tratamiento por un lapso no menor de quince (15) horas.

Una vez capacitados tanto el personal como el paciente y sus cuidadores, el proveedor les brindará la certificación en DP según la modalidad de tratamiento.

El personal que brinda la atención debe disponer de conocimientos y habilidades actualizados, por lo que el personal de atención médica, nutricional, técnicos, almacenamiento y conservación de los insumos deben ser capacitados y entrenados en sus funciones específicas, este proceso de capacitación debe ser antes de la puesta en marcha del servicio, y mantenerse de forma continua.

Se llevará un registro de:

- a. Planes de capacitación.
- b. Estado de cumplimiento del plan de capacitación.
- c. Registros de capacitaciones.
- d. Identificación de personal capacitado.

Se han definido los indicadores de cumplimiento del proceso de capacitación, para la verificación de la realización de las capacitaciones se diseñaron instrumentos que recogen la información en relación al plan de capacitación, contenido de los temas a impartir a pacientes y cuidadores y estadísticas de programación y realización de las mismas.

El equipo supervisor verificará el cumplimiento de los aspectos anteriores y le dará a conocer a las unidades los resultados de los hallazgos encontrados.

A continuación, se presentan los indicadores e instrumentos de supervisión de la capacitación:

TABLA NO. 7. INDICADORES DE CAPACITACIÓN

Variable	Formula o requerimiento	Resultado esperado	Periodicidad del análisis
Formación/capacitación del paciente y su entorno	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de certificaciones de capacitación}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos}} \times 100$	100%	Trimestral
Capacitaciones a personal clínico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sesiones de capacitación a personal clínico desarrolladas}}{\text{N}^\circ \text{ de sesiones de capacitación programadas}} \times 100$	> 90%	Anual
Capacitaciones a personal técnico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sesiones de capacitación a personal técnico desarrolladas}}{\text{N}^\circ \text{ de sesiones de capacitación programadas}} \times 100$	> 90%	Anual
Capacitaciones a personal de almacenamiento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sesiones de capacitación a personal de almacenamiento desarrolladas}}{\text{N}^\circ \text{ de sesiones de capacitación programadas}} \times 100$	> 90%	Anual

TABLA NO. 8. INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DE LAS CAPACITACIONES

DATOS GENERALES			
Proveedor:			
Dirección:			
Departamento:	Municipio:		
Nombre del contacto:			
Médico Supervisor:			
Correo electrónico:			
Días de atención:			
Horarios de atención:			
Fecha de supervisión actual:			
Fecha de supervisión anterior:			
CAPACITACIONES			
DISPONEN DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN A:	CUMPLIMIENTO		
	SI	NO	N/A
Pacientes en DPCA y cuidadores con el siguiente contenido:			
a. Desarrollo de las sesiones de diálisis peritoneal			
b. Cuidados de asepsia para el cambio de bolsas de DPCA.			
c. Conservación de las bolsas			
d. Manejo de desechos.			
e. Alerta y manejo de riesgo.			
f. Estilos de vida			
g. Dieta			
Pacientes en DPA con el siguiente contenido:			
a. uso y cuidados de la máquina cicladora			

b.	Medidas a tomar en caso de fallo de la máquina cicladora			
c.	Utilización del kit de emergencia para dializarse en modalidad DPCA mientras el equipo es sustituido o reparado.			
Pacientes en DPA y DPCA en los siguientes conceptos:				
a.	Enfermedad Renal Crónica y Diálisis Peritoneal			
b.	Ciclos de dialización			
c.	Procedimiento de intercambio			
d.	Cuidados e higiene personal.			
e.	Limpieza personal			
f.	Dieta			
g.	Ejercicios			
h.	Toma de signos vitales: Temperatura, Presión Arterial, Peso.			
i.	Cuidado y cura de herida operatoria y orificio de salida.			
j.	Manejo, almacenamiento de los consumibles y gestión de desechos			
k.	Ejercicios			
l.	Resolución de problemas menores e identificación de problemas mayores.			
m.	Para pacientes en DPA: sobre el manejo, cuidados y resolución de problemas comunes de la máquina cicladora.			
CAPACITACIÓN A PACIENTES Y CUIDADORES				
ESTADÍSTICAS		CUMPLIMIENTO		
No. de capacitaciones programadas: /_____/		% de Cumplimiento: /_____/		
No. de capacitaciones realizadas: /_____/				
No. de pacientes/cuidadores Capacitado: /_____/				
No. de pacientes/cuidadores Certificado: /_____/				
No. de paciente/cuidadores nuevos sin capacitación: /_____/				
REQUERIMIENTOS		CUMPLIMIENTO		
		SI	NO	N/A
1.	Todas las capacitaciones han sido impartidas por el personal calificado y certificado por el fabricante.			
2.	Todas las capacitaciones son registradas con la firma de los participantes.			
3.	Capacitar al paciente de ERC y un familiar o cuidador al inicio del tratamiento por un lapso no menor de quince (15) horas, debiendo otorgarle a los mismos la constancia de dicha capacitación			
4.	Realizan refuerzo de capacitación a los pacientes en DPCA y DPA y/o cuidadores, de acuerdo al nivel de desempeño mostrado por los mismos, lo cual podrá realizarse en el Centro Base, en los Centros Periféricos o incluso a domicilio, dependiendo de la necesidad.			
5.	Disponen de informe mensual de capacitación			
Observación:				

5.5 VISITAS DOMICILIARIAS

Durante el año se programarán 4 visitas al domicilio del paciente para realizar evaluaciones de la logística como es la entrega de insumos, funcionamiento de la máquina y asepsia del tratamiento, evaluación del paciente en su entorno y evaluación de la situación social del paciente.

Dichas visitas serán realizadas por un equipo compuesto por al menos un/a trabajador/a social y un/a Enfermera/o graduada/o Técnico en Diálisis. El equipo contará con una conexión audio y video móvil con el Centro Base.

Para la verificación del cumplimiento de esta actividad se ha desarrollado el siguiente instrumento:

TABLA NO. 9. REGISTRO DE INDICADORES DE VISITAS DOMICILIARES

DATOS GENERALES			
Proveedor:			
Dirección:			
Departamento:	Municipio:		
Nombre del contacto:			
Médico Supervisor:			
Correo electrónico:			
Días de atención:			
Horarios de atención:			
Fecha de supervisión actual:			
Fecha de supervisión anterior:			

DISPONEN DE UN PLAN DE VISITAS DOMICILIARIAS CON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:	CUMPLIMIENTO		
	SI	NO	N/A
1. Realizar 4 visitas periódicas y programadas cada año al domicilio del paciente			
2. Realizar evaluaciones de la logística			
3. Verificar asepsia del tratamiento			
4. Evaluación del paciente en su entorno			
5. Evaluación de la situación social del paciente			
6. El equipo de visita está formado por:			
7. Técnico Diálisis.			
8. Un/a trabajador/a social			
9. un/a Enfermera/o graduada/			
10. El equipo contará con una conexión audio y video móvil con el Centro Base			
Observación:			

VISITAS DOMICILIARIAS			
ESTADÍSTICAS		CUMPLIMIENTO	
No. de visitas programadas: /_____/		% de Cumplimiento: /_____/	
No. de visitas realizadas: /_____/			
REQUERIMIENTOS		CUMPLIMIENTO	
		SI	NO
1. Todas las visitas deben ser realizadas por el personal calificado.			
2. Todas las visitas son registradas en un acta con la firma de los pacientes o cuidadores.			
3. Disponen de registros de visitas domiciliarias.			
4. Disponen de informe de las visitas domiciliarias.			
Observación:			

5.6 SUPERVISIÓN BIOMÉDICA

La supervisión biomédica para los servicios de Diálisis Peritoneal tiene como objetivo garantizar que los recursos médicos estén disponibles, sean accesibles, apropiados, y usados con seguridad. Una gestión operacional apropiada trae consigo mejoras en los resultados de salud a través del uso óptimo de los recursos. Por tal motivo es pertinente incorporar parámetros que permitan establecer los esfuerzos del CONTRATISTA en este sentido.

Debido a que la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) es un procedimiento manual que no requiere del uso de equipamiento especializado para llevarlo a cabo, la evaluación de la gestión tecnológica se enfocará sobre todo en la modalidad de Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) la cual requiere el uso de una máquina cicladora en excelentes condiciones de funcionamiento, permitiendo al paciente realizar la terapia de manera periódica e ininterrumpida durante el mayor tiempo posible. No obstante, existe otro tipo de equipamiento de interés para efectos de supervisión. En su totalidad, el equipamiento a supervisar puede dividirse en las siguientes categorías:

- Equipos de Diálisis Peritoneal Automatizada (Cicladoras).
- Equipo de apoyo para la atención y el tratamiento de diálisis peritoneal en Centro Base.
- Equipo básico y mobiliario médico de apoyo para la atención y el tratamiento de diálisis peritoneal en Centro Base y Centros Periféricos.
- Equipo auxiliar domiciliar.

Equipos de Diálisis Peritoneal Automatizada (Cicladoras)

El CONTRATISTA deberá instalar cuatro (4) máquinas cicladoras para DPA en el Centro Base (una por cubículo de entrenamiento).

El CONTRATISTA deberá transportar y entregar una (1) máquina cicladora para DPA, completamente funcional y nueva por cada paciente en tratamiento de DPA, en el domicilio registrado, evaluado y aprobado de cada uno de los pacientes. El técnico de mantenimiento autorizado por El CONTRATISTA deberá elaborar un informe de las condiciones de funcionamiento en que se entregó el equipo, así como de las situaciones observadas en relación a las condiciones del ambiente que puedan alterar el adecuado funcionamiento o instalación de la cicladora para DPA. El contratista deberá planificar visitas de inspección o mantenimiento preventivo (según aplique).

Las máquinas cicladoras deberán corresponder a la marca y modelo ofertados en el evento de licitación ITB/2019/8303 las cuales cumplen sustancialmente con las Especificaciones Técnicas detalladas bajo el tema Instrumento de Supervisión Biomédica de la puesta en marcha del Equipamiento en Centro Base; Equipo de Diálisis Peritoneal Automatizada (Cicladora). (Ver Anexo No. 10, Tabla A)

En caso de falla de una máquina cicladora para DPA instalada en el domicilio de un paciente, que no haya podido ser solucionada mediante asistencia telefónica por parte del CONTRATISTA, este deberá sustituirla dentro de las 48 horas siguientes al reporte de la falla de la misma y el paciente deberá contar con insumos suficientes para tratarse en DPCA mediante un kit de emergencia mientras se efectúe la sustitución. Para ello, el paciente en DPA deberá haber sido debidamente entrenado en la modalidad DPCA para no perder su terapia.

El CONTRATISTA deberá mantener las máquinas de DPA en óptimas condiciones de funcionamiento a través del mantenimiento preventivo para garantizar que no se supere el número máximo de 20 días anuales totales de falta de tratamientos en DPA por falla en las máquinas cicladoras. Lo anterior, sobre la base de cada 100 pacientes tratados en DPA.

En caso de falla de una máquina cicladora para DPA instalada en el Centro Base el CONTRATISTA deberá sustituirla de inmediato. Para ello, deberá contar en el Centro Base con al menos dos (2) máquinas Cicladoras de back-up.

Se deberá llevar un control de inventario de las máquinas cicladoras mantenidas en operación y en calidad de respaldo en Centro Base, así como también de todas las unidades distribuidas en los domicilios de los pacientes bajo esta modalidad de tratamiento.

Equipo de apoyo para la atención y el tratamiento de diálisis peritoneal en Centro Base

La prestación de los servicios dialíticos, tanto DPCA como DPA requerirán también de la utilización de equipamiento de apoyo con cierto nivel de complejidad, concentrado en el Centro Base. Esta clase de equipo está conformada por:

- Monitor de signos vitales de cinco parámetros.
- Mesa para cirugía menor.
- Lámpara para cirugía menor.
- Equipo para cardioversión y desfibrilación con monitoreo de trazo de electrocardiograma (ECG) portátil.
- Autoclave de mesa.
- Báscula de plataforma.
- Electrocardiógrafo.
- Báscula para medición de IMC por bioimpedancia.

Estos equipos, también serán objeto de supervisión para garantizar su conformidad a los requerimientos establecidos en las bases de licitación previo a la puesta de la operación del Centro Base a través de una evaluación detallada de sus características. Además, su buen estado de funcionamiento debe ser verificado a través del registro de mantenimiento preventivo y correctivo.

Dichos equipos deberán corresponder a la marca y modelo aprobados por UNOPS de acuerdo a lo solicitado en bases del evento de licitación ITB/2019/8303 cumpliendo sustancialmente con las Especificaciones Técnicas detalladas en el tema Instrumento de Supervisión Biomédica de la puesta en marcha del Equipamiento en Centro Base; Especificaciones técnicas del Equipo de apoyo para la atención y el tratamiento de diálisis peritoneal en Centro Base. (Ver Anexo No. 10, Tablas B a I)

Equipo básico y mobiliario médico de apoyo para la atención y el tratamiento de diálisis peritoneal en Centro Base y Centros Periféricos

Aunque el Centro Base y Centros Periféricos también deben contar con equipamiento y mobiliario médico básico de acuerdo a lo requerido en la composición de sus diferentes ambientes, la supervisión de estos se limitará a verificar su existencia a través del instrumento de supervisión médica y respectiva verificación de integridad y funcionalidad de estos. (Ver Anexo No. 3. Supervisión Inicial de la Puesta en marcha del servicio de Diálisis Peritoneal en Centro Base y Anexo No. 5. Supervisión Inicial de la Puesta en marcha del servicio de Diálisis Peritoneal en Centros Periféricos de este manual de supervisión)

Equipo auxiliar domiciliario

El equipamiento auxiliar a entregar a los pacientes junto con la dotación de insumos inicial (esto último tanto para DPA como para DPCA), deben ser inventariados y revisados antes de su despacho. Posteriormente, durante las visitas domiciliarias que se realicen a nivel de muestra deben ser verificados. Esta clase de equipamiento entregado a cada paciente en su domicilio, debe estar compuesto por:

- Un (1) atril metálico autosoportado al piso y estable, de altura ajustable aproximada de 1.40 a 2.00 metros y con al menos dos ganchos al extremo.
- Una (1) báscula análoga de mesa para pesado de bolsas, al menos con capacidad de hasta 3 kg (sólo pacientes en DPCA)
- Al menos dos (2) tarimas (plásticas o de madera) para la estibación de producto.

Esto podrá verificarse haciendo uso del Instrumento de verificación almacenaje y entrega periódica de insumos para DPA; Dotación inicial de insumos y equipamiento auxiliar DPA y en el Instrumento de verificación almacenaje y entrega periódica de insumos para DPCA; Dotación inicial de insumos y equipamiento auxiliar DPCA. (Ver Anexos No. 8 y 9)

Insumos para el desarrollo de las sesiones de tratamiento de DPCA y DPA

Deberá realizarse tanto en Centro Base como en Centros Periféricos (DPCA) la revisión de inventario de los insumos que conforman las sesiones de tratamiento, revisando las características de los mismos de acuerdo con lo contratado, así como también asegurando que los productos no se encuentren vencidos. También se puede realizar el ejercicio en una visita domiciliar de muestra que pueda efectuarse en la vivienda de un paciente, previo consentimiento del mismo. Para ello, se utilizará el Instrumento de verificación almacenaje y entrega periódica de insumos para DPA y el Instrumento de verificación almacenaje y entrega periódica de insumos para DPCA. (Ver Anexos No. 8 y 9)

Gestión del inventario del equipo médico

El inventario de equipo médico es parte esencial de un sistema eficaz de gestión de tecnología médica, dado que es una relación detallada del equi-

po médico, en este caso dispuestos para el Servicio contratado por parte del CONTRATISTA. Lo anterior cobra importancia, considerando que, para Diálisis Peritoneal Automatizada, se dispondrá de equipo médico en el domicilio de los pacientes del programa. Es pertinente, garantizar que se conoce no solo la ubicación y características generales de los equipos, también la situación real del equipo médico. Deberá entonces disponerse de un inventario que muestre los datos de identificación para cada uno de los equipos médicos:

- a. Identificación de fabricante.
- b. País de fabricación.
- c. Modelo y código de modelo (si aplica).
- d. Número de serie.
- e. Características técnicas del equipo:
 - Características eléctricas.
 - Características mecánicas.
 - Condiciones ambientales de operación.
 - Detalle de especificaciones técnicas.
 - Estado o condición actual de funcionamiento.
- f. Fecha de puesta en marcha.
- g. Registro de mantenimiento preventivo.
- h. Registro de fallas y mantenimiento correctivo.

Esto podrá ser verificable mediante el Instrumento de evaluación de la documentación técnica de las máquinas cicladoras. (Ver anexo No. 8)

Verificación del registro documental de las actividades de mantenimiento

El proceso de evaluación documental incluirá la verificación del desarrollo por parte del proveedor del registro documental de las actividades y resultados que le obliga el Contrato. En las instalaciones donde se ha contratado el Servicio (Centro Base y Centros Periféricos), se realizará un análisis de la información contenida, organizada, sistematizada en el Centro de Documentación Técnica que comprende la revisión de los siguientes aspectos:

- a. Ficha técnica de cada equipo
- b. Planes anuales de mantenimiento preventivo (según recomendación del fabricante).
- c. Rutinas de mantenimiento preventivo (según recomendación del fabricante).
- d. Bitácoras individuales de Inspecciones periódicas, Mantenimiento Preventivo y Correctivo desarrolladas, Pruebas de seguridad eléctrica, pruebas funcionales recomendadas por el manual del fabricante.
- e. Manuales de Operación y Servicio de cada uno de los equipos.
- f. Documentación de los procedimientos estándar de operación de cada uno de los equipos o sistemas.

Al igual que los aspectos relacionados con los datos de inventario, esto podrá ser verificable mediante el Instrumento de evaluación de la documentación técnica de las máquinas cicladoras. (Ver anexo No. 8)

Listado de instrumentos de supervisión biomédica

Los instrumentos de supervisión biomédica que se utilizarán en campo son:

1. Instrumento de verificación almacenaje y entrega periódica de insumos para DPA. (Ver anexo No. 8)

- a. Verificación de dotación inicial de insumos y equipamiento auxiliar DPA
- b. Verificación de insumos necesarios para el desarrollo de la sesión de DPA
- c. Verificación de kit de emergencia para pacientes en DPA
- d. Inventario de componentes de la sesión de DPA
- e. Vigencia de los insumos
- f. Evaluación de la documentación técnica de las máquinas cicladoras

2. Instrumento de verificación almacenaje y entrega periódica de insumos para DPCA. (Ver anexo No. 9)

- a. Dotación inicial de insumos y equipamiento auxiliar DPCA
- b. Verificación de insumos necesarios para el desarrollo de la sesión de DPCA
- c. Inventario de componentes de la sesión de DPCA
- d. Vigencia de los insumos

3. Instrumento de Supervisión Biomédica de la puesta en marcha del Equipamiento en Centro Base. (Ver anexo No. 10)

TABLA A. Equipo de Diálisis Peritoneal Automatizada (Cicladora)

TABLA B. Monitor de signos vitales de cinco (5) parámetros

TABLA C. Mesa para cirugía menor

TABLA D. Lámpara para cirugía menor

TABLA E. Equipo para cardioversión y desfibrilación con monitoreo de trazo de electrocardiograma (ECG) portátil

TABLA F. Autoclave de mesa

TABLA G. Electrocardiógrafo

TABLA H. Báscula de Plataforma

TABLA I. Báscula para medición de IMC por Bioimpedancia

4. Instrumento resumen del equipamiento verificado en Centro Base. (Ver anexo No. 11)

5. Instrumento de Supervisión Biomédica de las actividades de Capacitación a personal técnico y a personal a cargo del almacenamiento de los insumos. (Ver anexo No. 12)

6. Instrumento de Supervisión Biomédica al seguimiento por parte del Proveedor del almacenamiento de insumos. (Ver anexo No. 13)

Indicadores de calidad a evaluar

A continuación, se presenta la tabla resumen de los indicadores de calidad técnica que se evaluarán en la prestación del servicio.

TABLA No. 10. INDICADORES DE CALIDAD TÉCNICA

Variable	Formula o requerimiento	Resultado esperado	No conformidad grave	Periodicidad del análisis
Datos de identificación de los equipos	$\frac{\text{Nº de fichas técnicas que cumplen con los datos de identificación de los equipos}}{\text{Total de fichas técnicas evaluadas}} \times 100$	100%	< 90%	Anual
Correlación entre equipos contratados e identificados	$\frac{\text{Nº de equipos identificados conforme a Contrato}}{\text{Nº de equipos bajo préstamo por consumo}} \times 100$	100%	< 90%	Anual
Cumplimiento del mantenimiento preventivo	$\frac{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo planificadas}}$	> 95%	< 80%	Anual
Pruebas de seguridad eléctrica	$\frac{\text{Pruebas de seguridad eléctrica desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	100%	< 90%	Anual
Pruebas funcionales recomendadas por el fabricante	$\frac{\text{Pruebas funcionales desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	100%	< 90%	Anual
Manuales de usuario	$\frac{\text{Tipos de manuales de usuario en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	100%	< 90%	Anual
Manuales de servicio	$\frac{\text{Tipos de manuales de servicio en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	100%	< 90%	Anual
Identificación de insumos autorizados y contratados	$\frac{\text{Registros sanitarios vigentes disponibles (específicos de cada insumo)}}{\text{Cantidad de tipos de insumos contratados}} \times 100$	100%	< 90%	Aleatorio
Inventario de insumos	$\frac{\text{Nº de Bolsas para DPCA y DPA en físico}}{\text{Nº de Bolsas para DPCA y DPA de acuerdo a Inventario}} \times 100$	> 95%	< 90%	Aleatorio
Vigencia de los insumos	$\frac{\text{Nº de Insumos caducados}}{\text{Nº de Insumos analizados}} \times 100$	0%	>=1%	Aleatorio
Capacitaciones a personal técnico	$\frac{\text{Nº de sesiones de capacitación a personal técnico desarrolladas}}{\text{Nº de sesiones de capacitación programadas}} \times 100$	> 90%	< 90%	Anual
Capacitaciones a personal de almacenamiento	$\frac{\text{Nº de sesiones de capacitación a personal de almacenamiento desarrolladas}}{\text{Nº de sesiones de capacitación programadas}} \times 100$	> 90%	< 90%	Anual

TABLA No. 11. FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INFORME DE INDICADORES DE CALIDAD TÉCNICA.

NO.	INDICADOR	RESULTADO ESPERADO	MES EVALUADO:	
			% DE CUMPLIMIENTO	CALIFICACIÓN
1	Datos de identificación de los equipos	100%		
2	Correlación entre equipos contratados e identificados	100%		
3	Cumplimiento del mantenimiento preventivo	> 95%		
4	Pruebas de seguridad eléctrica	100%		
5	Pruebas funcionales recomendadas por el fabricante	100%		
6	Manuales de usuario	100%		
7	Manuales de servicio	100%		
8	Identificación de insumos autorizados y contratados	100%		
9	Inventario de insumos	> 95%		
10	Vigencia de los insumos	0%		
11	Capacitaciones a personal técnico	> 90%		
12	Capacitaciones a personal de almacenamiento	> 90%		

5.7 PLANES DE MEJORA

En caso que la supervisión del servicio realizada por el equipo supervisor de UNOPS, en conjunto con la SITA detecte alguna inconformidad con relación a los términos y condiciones de la presente contratación, se acordará con el Centro Base o Periférico supervisado, la implementación de un Plan de Mejora (PM) para la corrección de la inconformidad detectada, el cual incluirá:

1. Descripción de inconformidad;
2. Indicador afectado (y sus fuentes para el cálculo) por la inconformidad;
3. Fecha de ocurrencia de la inconformidad;
4. La(s) acción(es) requerida(s) para la corrección de la inconformidad;
5. Plazo(s) para la ejecución de la(s) acción(es) requerida(s) para la corrección de la inconformidad;
6. Responsable(s) ejecución de la(s) acción(es) requerida(s) para la corrección de la inconformidad;
7. Meta de la(s) acción(es) requerida(s) para la corrección de la inconformidad, incluido el Indicador;
8. Determinación de la Fecha Final para la Subsanación (FFS), la cual será fijada de acuerdo con la complejidad o gravedad de la inconformidad;
9. Fecha(s) de verificación intermedia del progreso de las acciones y/o verificación final de la subsanación de la inconformidad.

TABLA NO. 12. FICHA DE PLANES DE MEJORA (PM) PARA SERVICIOS DE DIALISIS PERITONEAL

DATOS GENERALES	
Proveedor:	
Dirección:	
Departamento/Municipio:	
Nombre del contacto:	
Médico Supervisor:	
Correo electrónico:	
Fecha de supervisión actual:	
Fecha de ocurrencia de la inconformidad:	/___/___/___/
Descripción de la inconformidad:	
Indicador afectado (y sus fuentes para el cálculo) por la inconformidad:	
La(s) acción(es) requerida(s) para la corrección de la inconformidad:	
Plazo(s) para la ejecución de la(s) acción(es) requerida(s) para la corrección de la inconformidad:	Responsable(s) ejecución de la(s) acción(es) requerida(s) para la corrección de la inconformidad:
Meta de la(s) acción(es) requerida(s) para la corrección de la inconformidad, incluido el indicador:	
Determinación de la fecha final para la subsanación (FFS), la cual será fijada de acuerdo con la complejidad o gravedad de la inconformidad:	
/___/___/___/	
Fecha(s) de verificación intermedia del progreso de las acciones y/o verificación final de la subsanación de la inconformidad.	
/___/___/___/	

Por lo anterior firma y sello de conformidad.

Firma y sello _____
Por el Proveedor

Firma y sello _____
Supervisor Médico

Firma y sello _____
Supervisor Biomédico

ANEXOS

Anexo No. 1. Instrucciones para el llenado del instrumento de supervisión de Diálisis Peritoneal

Para el correcto llenado de datos que requieren los diferentes instrumentos para la recolección de la información es importante tomar en cuenta lo siguiente:

1. Los Instrumentos de Supervisión deberán llenarse en presencia del representante del proveedor.
2. Cada hoja del instrumento deberá llenarse con letra clara y legible, respondiendo cada una de las casillas dispuestas en el mismo.
3. Responda SI o NO respecto al cumplimiento o incumplimiento del proveedor. Así mismo registrar N/A (No Aplica), cuando corresponda.
4. En la sección de observaciones deberá colocar alguna situación relevante encontrada en el proceso de supervisión y vigilancia.
5. Cada hoja del instrumento deberá ser firmada por el representante del centro o persona delegada, así como los supervisores.
6. Deberá llenarse el listado de participantes en la supervisión al momento de finalizar, sin borrones ni tachones, rubricándola y sellándola los supervisores y la persona designada por el proveedor. Ver Anexo 2.
7. Una vez obtenida la información requerida en la supervisión y vigilancia, se elaborará el informe correspondiente en oficina de UNOPS, realizando el consolidado de datos y el análisis de la información.

Anexo No. 2. Listado de participantes en la supervisión



Listado de Participantes en la Supervisión

Para dar fe de lo supervisado y descrito anteriormente firmamos:

Nombre	Institución/Empresa	Cargo que desempeña	Firma

Para validar la presente supervisión todas las hojas deben llevar la rúbrica de los firmantes.

Anexo No. 3. Supervisión inicial de la puesta en marcha del servicio de Diálisis Peritoneal en Centro Base

Antes de la puesta en marcha del centro base, se realizará una inspección de los aspectos técnicos y funcionales requeridos para la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal en sus modalidades.



Supervisión inicial de la puesta en marcha del servicio de Diálisis Peritoneal en Centro Base

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
LICENCIAS				
Presenta Licencia Sanitaria del Ministerio de Salud y Asistencia Social.				
ENTORNO				
Los alrededores están libres de basuras, desperdicios, criaderos de vectores y estancamiento de agua				
No comparte espacio con focos de insalubridad o con edificaciones de actividades industriales.				
ACCESIBILIDAD				
Garantiza el acceso a vehículos, estacionamiento propio para empleados y pacientes y cuenta con transporte público cercano.				
Accesibilidad a la emergencia de la unidad médica del IGSS más cercana.				
Incorpora elementos inclusivos que permiten el acceso a personas con capacidades especiales o movilidad limitada, que se desplacen mediante el uso de bastones, andaderas, sillas de ruedas, entre otras.				
Las rutas de acceso externas e internas en el Centro Base son suficientemente amplias para permitir el desplazamiento en camillas y sillas de ruedas, así como la movilización del equipamiento médico.				
Si el lugar establecido para la prestación del servicio no se encuentra todo localizado en el primer nivel, este deberá contar con la disponibilidad de ascensor con capacidad para camillas y/o rampa adecuada y en buen estado que facilite la movilización entre los niveles.				
AMBIENTE SALUDABLE				
El Centro Base proveerá un ambiente higiénico y seguro para pacientes, asistentes, personal y visitantes.				
INFRAESTRUCTURA				
En las diferentes áreas del servicio de DP los pisos son impermeables, lisos sin juntas, de fácil limpieza, lavables, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.				
Las puertas, ventanas, paredes y muros son impermeables, lisos y resistentes a factores ambientales.				
Los lavamanos, mesones y superficies de trabajo, poseen acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.				



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
En la sala de procedimientos, las uniones entre pared, piso, techo, cuentan con curva sanitaria.				
Los pasillos se encuentran libres de obstrucciones.				
Los estantes del establecimiento se encuentran anclados.				
El techo tiene aleros suficientemente amplios para proteger al paciente y evitar el humedecimiento de las paredes, ventanas y puertas de su establecimiento.				
No existen evidencias de filtraciones en el cielo falso del centro.				
SEÑALÉTICA				
El logotipo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), como entidad financiadora de los servicios dialíticos debe estar visible siempre.				
Detalle de los horarios de atención del Centro para atención en Diálisis Peritoneal, además de los servicios que se brindan.				
Números telefónicos de emergencia, tales como el Hospital de referencia más cercano, bomberos, entidades de socorro, servicios de ambulancias y el número telefónico del nefrólogo tratante, entre otros.				
Se coloca en lugares visibles, incluyendo la sala de espera, los derechos y responsabilidades de los pacientes.				
La señalización es colocada (en color, descriptiva y con pictogramas) en áreas de circulación.				
ÁREAS				
Flujo de atención del paciente adecuado al proceso de atención				
Cuenta con área de recepción para informar y orientar al paciente.				
La sala de espera es un espacio para que los pacientes y acompañantes puedan esperar su atención.				
Servicios sanitarios para pacientes, acompañantes y personas con capacidades diferentes y/o en sillas de ruedas.				
Servicios sanitarios para el personal del centro				
Las áreas de vestuario para personal están diferenciadas por género				
El (los) cilindro(s) de oxígeno cuentan con medios de sujeción				



ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO DE LAS ÁREAS				
Área de Espera				
Al menos 20 sillas para la sala de espera.				
Dispensador con agua y vasos desechables.				
Recipiente para desechos comunes.				
Televisión con servicio de cable o con medios de reproducción de video, garantizando el sano entretenimiento.				
Iluminación natural (preferentemente).				
Báscula para paciente.				
Recepción				
Mobiliario para personal administrativo.				
Archivos.				
Computadoras con impresora y UPS.				
Central del sistema de cámaras de vigilancia a lo interno y externo del Centro Base.				
Teléfono con una línea telefónica.				
Consultorio Médico				
Computadora con UPS				
Escritorio y silla para el médico.				
Silla para paciente y silla para el acompañante.				
Camilla de examen con gradilla.				
Mesa de Mayo.				
Carro de curaciones con rodos, equipado con insumos e instrumentos para asepsia.				
Anaquele fijo.				
Lámpara cuello de ganso.				
Recipiente para desechos comunes.				
Recipiente para desechos bioinfecciosos.				
Negatoscopio.				
Equipo médico básico para el diagnóstico:				
Estetoscopio				
Otorrino laringoscopio.				
Oftalmoscopio.				
Esfigmomanómetro.				



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Martillo de reflejos.				
Termómetro digital.				
Lavabo.				
Dispensador de jabón.				
Dispensador de toallas desechables				
Consultorio para nutricionista				
Computadora con UPS.				
Escritorio y silla para el/la nutricionista.				
Silla para el paciente y silla para el acompañante.				
Recipiente para desechos comunes.				
Material de docencia: pizarra, folletos, etc.				
Glucómetro (con tiras y lancetas).				
Cinta flexible para medición de circunferencia (talla).				
Báscula con tallímetro.				
Báscula para medición de IMC por bioimpedancia				
Báscula de plataforma				
Consultorio para Psicólogo				
Computadora con UPS.				
Escritorio y silla para el/la psicólogo(a).				
Silla para el paciente y silla para el acompañante.				
Recipiente para desechos comunes.				
Material de docencia: pizarra, folletos, etc.				
Cubículos de entrenamiento individuales				
Máquina cicladora para DPA				
Mesa lavable de demostración.				
Esfigmomanómetro				
Sillón para paciente.				
Silla para cuidador.				
Equipo audiovisual para el desarrollo de las capacitaciones:				
• Televisión.				
• Reproductor de Video o cañonera.				
Gabinete para insumos con material de curación.				
Atril de pedestal de altura ajustable.				
Estación con un (1) lavabo para entrenamiento, dispuesto de forma que facilite la capacitación				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Báscula de mesa para pesado de soluciones				
Dispensadores de jabón.				
Dispensadores de toallas desechables.				
Recipiente para desechos comunes.				
Recipiente para desechos bioinfecciosos.				
Un sistema de calor seco para entibiar las bolsas de solución de diálisis, el cual se encuentra dentro de alguno de los cubículos de entrenamiento o en un área adecuada fuera de estos.				
Cubículos para cambio de líneas				
Área aséptica cuenta con curvas sanitarias, paredes y pisos lavables para evitar suciedad y contaminación.				
Camilla con gradilla				
Al menos un (1) lavabo				
Gabinete para insumos con material de curación.				
Atril de pedestal de altura ajustable.				
Mesa lavable.				
Mesa de mayo.				
Sala de procedimientos para colocación de catéter				
Cuenta con curvas sanitarias, paredes y pisos lavables para evitar suciedad y contaminación, puertas de vaivén y un área no menor a 16 m ² . Así mismo, cuenta con tomacorrientes polarizados y conectados al sistema de emergencia.				
Mesa para cirugía menor				
Camilla de transporte				
Mesa para instrumental				
Lámpara para cirugía menor				
Atril de pedestal				
Instrumental para procedimientos quirúrgicos menores (mínimo 3 equipos completos).				
Instrumental para curaciones (mínimo 3 equipos completos).				
Mesa mayo				
Negatoscopio				
Zona de filtro para entrada a la sala de procedimientos para colocación de catéter, con área de lavado quirúrgico				
Vestuario para que los operadores puedan cambiarse para la cirugía. Mobiliario adecuado para el cambio de ropa				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Lavabo de acero inoxidable, accionado por pedal, rodilla o sensor automático de manos				
Dispensador de jabón accionado por pedal				
Área de Recuperación y de Emergencia				
Dos (2) camillas de recuperación.				
Dos (2) monitores de signos vitales de cinco (5) parámetros (frecuencia respiratoria, presión sanguínea no invasiva, temperatura, SPO2 y ECG)				
Aspirador de succión continua intermitente				
Lámpara cuello de ganso.				
Dos (2) atriles de pedestal				
Cilindro de oxígeno con flujómetro				
De igual manera, dispone de un espacio protegido con cortinas de separación, con espacio de circulación suficientes de ambos lados y en la cabecera para atender pacientes que puedan entrar en estado de shock. El cual dispone al menos el siguiente equipamiento:				
Una (1) camilla apta para masaje cardiaco.				
Aspirador de succión continua intermitente				
Nebulizador				
Atril de pedestal				
Resucitador manual tipo Ambú, para paciente adulto				
Equipo para cardioversión y desfibrilación con monitoreo de trazo de electrocardiograma (ECG) portátil				
Electrocardiógrafo				
Cubeta de acero inoxidable				
Lámpara cuello de ganso				
Carro rojo (con rodos para equipo, medicamentos e insumos de emergencia y reanimación cardiopulmonar)				
Esfigmomanómetro.				
Estetoscopio.				
Cilindro de oxígeno con flujómetro				
Laringoscopio				
Oto-oftalmoscopio				
Mesa de mayo				
Recipiente para desechos comunes.				
Recipiente para desechos bioinfecciosos				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Equipo de curación				
Central de equipos				
Cuenta con un área para la esterilización de materiales e insumos.				
Al menos un autoclave de mesa con capacidad adecuada para la carga de trabajo generada en el Centro				
Estantería				
Mesa de trabajo				
Carro de transporte para insumos estériles				
Carro de transporte para insumos no estériles				
Área de almacenamiento para desechos infecciosos				
Área específica para almacenamiento temporal de desechos bioinfecciosos.				
Contenedor para desechos bioinfecciosos con tapadera y al menos dos (2) rodos.				
Dispone de drenaje adecuado para el descarte de líquido peritoneal.				
Dispone de manual operativo del manejo de los desechos bioinfecciosos.				
Bodega de insumos y farmacia				
Dispone de material suficiente para la cobertura inmediata de los pacientes en entrenamiento, complicaciones o urgencias específicas durante las sesiones de diálisis y procedimientos médico quirúrgicos.				
Posee un plan de entregas a nivel nacional de manera mensual y puntual a los pacientes en domicilio.				
Medicamentos en Centro Base				
Dispone en la Farmacia del Centro Base al menos los siguientes medicamentos para su funcionamiento:				
5 ampollas de Heparina				
10 bolsa de 1,000 ml de Soluciones intravenosas al 0.9% NaCl.				
10 ampollas Tramadol (Clorhidrato)				
10 ampollas Metamizol magnésico				
10 frascos de Cefotaxima				
5 ampollas de Adrenalina				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
5 ampollas de Atropina				
6 ampollas de Bicarbonato de Sodio				
2 ampollas de Aminofilina				
5 ampollas de Diazepan				
4 ampollas de Midazolam				
2 ampollas de Dobutamina				
5 ampollas de Dopamina				
4 ampollas de Difenilhidantoina sódica				
4 frascos Ampollas de Lidocaína al 2%				
2 ampollas de Metilprednisolona				
4 ampollas de Nitroglicerina				
2 ampollas de Nitroprusiato de sodio				
2 ampollas de Salbutamol				
2 solución para nebulizar de Bromuro de Ipratropio				
4 ampollas de Gluconato de Calcio				
Antisépticos según necesidad				
Cafetería				
Dispone de área apropiada de cafetería.				
Cubículo de toma de muestras para exámenes de laboratorio clínico				
Silla de toma de muestras con apoyabrazos ajustables				
Mesa auxiliar con gavetas, para el resguardo de insumos				
Gradillas para tubos (para diferentes medidas)				
Hieleras para transporte de muestras				
Recipiente para desechos comunes				
Recipiente para desechos bioinfecciosos				
Guardian (depósito para recolección de material punzo cortante)				
Gestión de los exámenes de laboratorio clínico				
El laboratorio clínico está debidamente autorizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.				
Servicio subcontratado se ubica un cubículo donde un profesional representante del laboratorio pueda realizar la toma de muestra correspondiente.				
Gestión de la emergencia				



ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Brinda atención inmediata para estabilizar a los pacientes				
Cuenta con ambulancias para el transporte de pacientes,				
De no contar con los medios propios para traslado de pacientes en emergencia, podrá tercerizar el servicio de ambulancia, respaldado por un contrato de servicios.				
RECURSOS HUMANOS				
Nefrólogo coordinador				
Título de Médico y Cirujano.				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Título que acredite la especialidad en Nefrología de adultos.				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Certificación de Colegiado Activo. La colegiación deberá mantenerse en ese estatus durante la vigencia del CONTRATO.				
Horario: de al menos ocho (8) horas diarias. Dicho profesional, no deberá trabajar para el INSTITUTO.				
Experiencia de al menos cinco (5) años de trabajo como nefrólogo de los cuales al menos dos (2) incluyan experiencia en DPA o DPCA.				
Cuenta con una certificación de parte del Proveedor de capacitación sobre la gestión de Pacientes en DPA y DPCA o certificación de la OPS/OMS sobre el curso en diálisis peritoneal para atención primaria en salud (APS).				
Médico y Cirujano con Especialidad en Nefrología				
Título de Médico y Cirujano				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Título que acredite la especialidad en Nefrología de adultos.				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Certificación de Colegiado Activo. La colegiación deberá mantenerse en ese estatus durante la vigencia del CONTRATO.				



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Experiencia de al menos dos (2) años de trabajo como nefrólogo, experiencia de un (1) año en DPCA o DPA.				
Cuenta con una certificación de parte del Proveedor de capacitación sobre la gestión de Pacientes en DPA y DPCA o certificación de la OPS/OMS sobre el curso en diálisis peritoneal para atención primaria en salud (APS).				
Médico y Cirujano con especialidad en Cirugía				
Título de Médico y Cirujano.				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Título que acredite la especialidad en Cirugía.				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Certificación de Colegiado Activo. La colegiación deberá mantenerse en ese estatus durante la vigencia del CONTRATO.				
Experiencia de Colocación de catéteres para Pacientes de DPA y DPCA.				
Cuenta con una certificación de parte del Proveedor de capacitación sobre la gestión de Pacientes en DPA y DPCA o certificación de la OPS/OMS sobre el curso en diálisis peritoneal para atención primaria en salud (APS).				
Licenciado en Nutrición o Médico y Cirujano con especialidad en Nutrición o Maestría en Alimentación y Nutrición				
Título de la Licenciatura en Nutrición.				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Título que acredite la especialidad en Nutrición.				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Título que acredite la Maestría en Alimentación y Nutrición.				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Certificación de Colegiado Activo. La colegiación deberá mantenerse en ese estatus durante la vigencia del CONTRATO.				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Experiencia de al menos un (1) año de trabajo como nutricionista, experiencia con pacientes ERC.				
Cuenta con una certificación de parte del Proveedor de capacitación sobre la gestión de Pacientes en DPA y DPCA o certificación de la OPS/OMS sobre el curso en diálisis peritoneal para atención primaria en salud (APS).				
Psicólogo/a				
Título de licenciatura en Psicología.				
Graduado/a de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o Diploma que le acredite como Licenciado/a Psicología.				
Cuenta con una certificación de parte del Proveedor de capacitación sobre la gestión de Pacientes en DPA y DPCA o certificación de la OPS/OMS sobre el curso en diálisis peritoneal para atención primaria en salud (APS).				
Enfermera/o coordinador/a				
Enfermera/o graduada/o con los siguientes requisitos:				
Título de Enfermera/o				
Graduada/o de Universidad legalmente autorizada en Guatemala				
Acreditar experiencia mínima de tres (3) años tratando pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.				
Tarjeta de salud, vigente. (La Tarjeta deberá mantenerse en ese estatus durante la vigencia del CONTRATO).				
Cuenta con una certificación de parte del Proveedor de capacitación sobre la gestión de Pacientes en DPA y DPCA o certificación de la OPS/OMS sobre el curso en diálisis peritoneal para atención primaria en salud (APS).				
Trabajador/a social				
Título de licenciatura en Trabajo Social.				
Graduado/a de Universidad legalmente autorizada en Guatemala.				
Cuenta con una certificación de parte del Proveedor de capacitación sobre la gestión de Pacientes en DPA y DPCA o certificación de la OPS/OMS sobre el curso en diálisis peritoneal para atención primaria en salud (APS).				
Técnico de mantenimiento				
Perito en electrónica o técnico biomédico				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Título, Diploma o Constancia como Perito en Electrónica o Técnico Biomédico.				
Con experiencia mínima de uno (1) año en mantenimiento de máquinas cicladoras de DPA.				
Deberá presentar Constancia de capacitación del fabricante o Diploma del fabricante que lo acredite como técnico en máquinas cicladoras de DPA.				
En caso subcontrate el servicio deberá presentar fotocopia legalizada legible del contrato que se suscribió con la empresa prestadora de servicios.				
Cuenta con una certificación de parte del Proveedor de capacitación sobre la gestión de Pacientes en DPA y DPCA o certificación de la OPS/OMS sobre el curso en diálisis peritoneal para atención primaria en salud (APS).				
Otro Personal				
Administración				
Contabilidad				
Recepción				
Archivo				
Bodega				
Logística				
Informática				
Transporte de emergencia				
Mensajería				
Mantenimiento y limpieza				
PROTOCOLIZACIÓN				
Protocolo clínico asistencial				
Implantación y/o retirada del catéter peritoneal. Cuidados antes y después de su implantación y/o retirada				
Cuidados y evaluación del orificio de salida				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Técnica de DPCA				
Técnica de diálisis peritoneal automatizada				
Estudios de función peritoneal				
Evaluación del estado nutricional				
Diagnóstico y tratamiento de peritonitis				
Diagnóstico y tratamiento de la infección del orificio de salida				
Tratamiento de la anemia				
Sistema de registro de las Infecciones del punto de partida de acceso peritoneal				

Anexo No. 4. Supervisión de seguimiento de la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal en Centro Base

Después de la puesta en marcha del centro, se realiza la supervisión trimestral para la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal con la aplicación del siguiente instrumento.



Supervisión de seguimiento de la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal en Centro Base

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
ÁREAS				
Flujo de atención				
Flujo del paciente es adecuado al proceso de atención				
Área de almacenamiento para desechos infecciosos				
Área específica para almacenamiento temporal de desechos bioinfecciosos cuenta con lo siguiente:				
Utilización de los contenedores para desechos bioinfecciosos.				
Funcionamiento de drenaje adecuado para el descarte de líquido peritoneal.				
Implementación del manual operativo del manejo de los desechos bioinfecciosos.				
Bodega de insumos y farmacia				
Disposición de material suficiente para la cobertura inmediata de los pacientes en entrenamiento, complicaciones o urgencias específicas durante las sesiones de diálisis y procedimientos médico quirúrgicos.				
Cumplimiento del plan de entregas a nivel nacional de manera mensual y puntual a los pacientes en domicilio.				
AMBIENTE SALUDABLE				
El Centro Base proveerá un ambiente higiénico y seguro para pacientes, asistentes, personal y visitantes.				
GESTIÓN DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO				
Dispone de un registro detallado de los exámenes de laboratorio, cuyos resultados son anexados al informe clínico de cada paciente.				
Verificación del funcionamiento del laboratorio clínico				
Control de calidad a las muestras tomadas en un laboratorio externo de referencia de manera aleatoria.				
Verificar que el profesional del laboratorio cumple con las normas de Bioseguridad				



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
GESTIÓN OPERATIVA Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD				
Implementación de un sistema de mejora continua de la calidad.				
Disponen de un plan de acción e informes de seguimiento del mejoramiento continuo de la calidad				
Implementación de un registro de no conformidades y de las acciones correctivas implementadas.				
Informe de seguimiento de las acciones correctivas implementadas				
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN				
Presentación de Informes Mensuales escritos y electrónicos de los pacientes.				
Registro de ingresos y egresos de pacientes				
Informe de los egresos de los pacientes evidenciando la causa				
Registro de las visitas domiciliarias.				
Registro de las comunicaciones telefónicas a los pacientes.				
Registro de la realización y de los resultados de las pruebas de laboratorio.				
Informes estadísticos actualizados.				
Copia de expedientes clínicos para los casos requeridos.				
Libro de registro de procedimientos de colocación y recolocación de catéter desarrollados.				
Libro de registro de hojas de referencia al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.				
Libro de reportes especiales (quejas, denuncias, egresos contraindicados, agresiones personales y verbales, etc.).				
Registro de expedientes adversos (reportes por entrega de insumos o equipo defectuoso que deba ser sustituido)				
Expediente clínico electrónico con repositorio digital consultable por paciente.				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Informe mensual detallado sobre la evaluación de cada paciente desde el punto de vista clínico, nutricional, social (cuando se realice visita domiciliaria) y laboratorios según indicación médica.				
Informe mensual por paciente de Tasa de Peritonitis, Cinética de Urea, Albúmina, Potasio, HB/HT, Calcio, fósforo y PTH. Además, tipo de transporte Peritoneal, presión arterial media, Función renal residual, Morbimortalidad, abandono a la terapia, hospitalización y sus causas.				
Informe de los principales problemas detectados de tipo médico, administrativos y sociales.				
Utilización de la herramienta estadística.				
Remisión del informe durante los primeros quince (15) días del mes posterior al servicio				
Verificación del consentimiento informado, debidamente firmado por el paciente o persona responsable del mismo de procedimientos realizados,				
POSICIONAMIENTO DEL CATÉTER DE TENCKHOFF Y LÍNEA DE TRANSFERENCIA Y REVISIÓN PERIÓDICA				
Informe de colocación del catéter:				
Datos Generales				
• Nombre del afiliado				
• Edad				
• Sexo				
• Fecha				
• Número de afiliación				
• Unidad de procedencia				
• Médico que refiere				
• Procedimiento realizado				
• Indicación				
• Medicación				
• Fecha				
• Tolerancia				
• Plan (Describir cual es el plan a seguir con el paciente).				



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Registro del posicionamiento de la Línea de transferencia cada seis meses o cuando sea solicitado por el nefrólogo del IGSS a cargo del seguimiento del paciente.				
Copia de referencia al IGSS cuando el paciente no es elegible para la colocación del catéter Tenckhoff mediante un procedimiento ambulatorio.				
Informe de entrega y firma de los pacientes o familiares de los insumos para la asepsia personal, consistente en jabón líquido y toallas desechables con dispensador.				
MEDICAMENTOS				
Dispone actualmente la Farmacia al menos los siguientes medicamentos para su funcionamiento:				
5 ampollas de Heparina				
10 bolsa de 1,000 ml de Soluciones intravenosas al 0.9% NaCl.				
10 ampollas Tramadol (Clorhidrato)				
10 ampollas Metamizol magnésico				
10 frascos de Cefotaxima				
5 ampollas de Adrenalina				
5 ampollas de Atropina				
6 ampollas de Bicarbonato de Sodio				
2 ampollas de Aminofilina				
5 ampollas de Diazepan				
4 ampollas de Midazolam				
2 ampollas de Dobutamina				
5 ampollas de Dopamina				
4 ampollas de Difenilhidantoina sódica				
4 frascos Ampollas de Lidocaína al 2%				
2 ampollas de Metilprednisolona				
4 ampollas de Nitroglicerina				
2 ampollas de Nitroprusiato de sodio				
2 ampollas de Salbutamol				
2 solución para nebulizar de Bromuro de Ipratropio				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
4 ampollas de Gluconato de Calcio				
Antisépticos según necesidad				
GESTIÓN DE LA EMERGENCIA				
Verificación del registro de traslados de pacientes que sufrieron complicación de salud en ambulancia a la emergencia de la unidad médica del IGSS más cercana.				
Verificar el registro o bitácora de mantenimiento de las ambulancias.				
Verificación del contrato de servicios de tercerización de ambulancias.				
RECURSO HUMANOS				
Verificación de la presencia del Nefrólogo coordinador				
Verificación de la presencia del Médico y Cirujano con Especialidad en Nefrología				
Verificación de la presencia del Médico y Cirujano con especialidad en Cirugía				
Verificación de la presencia del Licenciado en Nutrición o Médico y Cirujano con especialidad en Nutrición o Maestría en Alimentación y Nutrición				
Verificación de la presencia del Psicólogo/a				
Verificación de la presencia de Enfermera/o coordinador/a				
Verificación de la presencia de Trabajador/a social				
Verificación de la presencia del Técnico de mantenimiento				
Verificación de la presencia del personal necesario para cubrir las siguientes áreas:				
Administración				
Contabilidad				
Recepción				
Archivo				
Bodega				
Logística				
Informática				



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Transporte de emergencia				
Mensajería				
Mantenimiento y limpieza				
Servicio de consulta telefónica				
Verificación del funcionamiento del servicio de consulta telefónica.				
PROTOCOLIZACIÓN				
Protocolo clínico asistencial				
Verificación del cumplimiento de los protocolos clínicos:				
Implantación y/o retirada del catéter peritoneal. Cuidados antes y después de su implantación y/o retirada				
Cuidados y evaluación del orificio de salida				
Técnica de DPCA				
Técnica de diálisis peritoneal automatizada				
Estudios de función peritoneal				
Evaluación del estado nutricional				
Diagnóstico y tratamiento de peritonitis				
Diagnóstico y tratamiento de la infección del orificio de salida				
Tratamiento de la anemia				
Sistema de registro de las Infecciones del punto de partida de acceso peritoneal				

Anexo No. 5. Supervisión inicial de la puesta en marcha del servicio de Diálisis Peritoneal en Centros Periféricos

Antes de la puesta en marcha de los centros periféricos, se realizará una inspección de los aspectos técnicos y funcionales requeridos para la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal.



Supervisión inicial de la puesta en marcha del servicio de Diálisis Peritoneal en Centros Periféricos

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
LICENCIAS				
Presenta Licencia Sanitaria del Ministerio de Salud y Asistencia Social.				
ENTORNO				
Los alrededores están libres de basuras, desperdicios, criaderos de vectores y estancamiento de agua				
No comparte espacio con focos de insalubridad o con edificaciones de actividades industriales.				
ACCESIBILIDAD				
Garantiza el acceso a vehículos, estacionamiento propio para empleados y pacientes y cuenta con transporte público cercano.				
Accesibilidad a la emergencia de la unidad médica del IGSS más cercana.				
Incorpora elementos inclusivos que permiten el acceso a personas con capacidades especiales o movilidad limitada, que se desplacen mediante el uso de bastones, andaderas, sillas de ruedas, entre otras.				
Las rutas de acceso externas e internas en el Centro Base son suficientemente amplias para permitir el desplazamiento en camillas y sillas de ruedas, así como la movilización del equipamiento médico.				
Sí la prestación del servicio no se encuentra todo localizado en el primer nivel, este deberá contar con la disponibilidad de ascensor con capacidad para camillas y/o rampa adecuada y en buen estado que facilite la movilización entre los niveles.				
AMBIENTE SALUDABLE				
El Centro proveerá un ambiente higiénico y seguro para pacientes, asistentes, personal y visitantes.				
INFRAESTRUCTURA				
Los pisos son impermeables, lisos sin juntas, de fácil limpieza, lavables, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.				
Las puertas, ventanas, paredes y muros son impermeables, lisos y resistentes a factores ambientales.				
Los lavamanos, mesones y superficies de trabajo, poseen acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.				
Los pasillos se encuentran libres de obstrucciones.				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Los estantes del establecimiento se encuentran anclados.				
El techo tiene aleros suficientemente amplios para proteger al paciente y evitar el humedecimiento de las paredes, ventanas y puertas de su establecimiento.				
No existen evidencias de filtraciones en el cielo falso del centro periférico.				
SEÑALÉTICA				
El logotipo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), como entidad financiadora de los servicios dialíticos debe estar visible siempre.				
Detalle de los horarios de atención del Centro para atención en Diálisis Peritoneal, además de los servicios que se brindan.				
Números telefónicos de emergencia, tales como el Hospital de referencia más cercano, bomberos, entidades de socorro, servicios de ambulancias y el número telefónico del nefrólogo tratante, entre otros.				
Se coloca en lugares visibles, incluyendo la sala de espera, los derechos y responsabilidades de los pacientes.				
La señalización es colocada (en color, descriptiva y con pictogramas) en áreas de circulación.				
ÁREAS				
Flujo de atención del paciente adecuado al proceso de atención				
Cuenta con área de recepción para informar y orientar al paciente.				
La sala de espera es un espacio para que los pacientes y acompañantes puedan esperar su atención.				
Servicios sanitarios para pacientes, acompañantes y personas con capacidades diferentes y/o en sillas de ruedas.				
Servicios sanitarios para el personal del centro				
EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO DE LAS ÁREAS				
Área de Espera				
Al menos 15 sillas para la sala de espera.				
Dispensador con agua y vasos desechables.				
Recipiente para desechos comunes.				
Televisión con servicio de cable o con medios de reproducción de video, garantizando el sano entretenimiento.				
Recepción				
Mobiliario para personal administrativo.				



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Archivos.				
Computadoras con impresora y UPS.				
Teléfono con una línea telefónica.				
Consultorio Médico				
Computadora con UPS				
Escritorio y silla para el médico.				
Silla para paciente y silla para el acompañante.				
Camilla de examen con gradilla.				
Mesa de Mayo.				
Carro de curaciones con rodos, equipado con insumos e instrumentos para asepsia.				
Anaquele fijo.				
Lámpara cuello de ganso.				
Recipiente para desechos comunes.				
Recipiente para desechos bioinfecciosos.				
Báscula con tallímetro				
Equipo médico básico para el diagnóstico:				
Estetoscopio				
Otorrino laringoscopio.				
Oftalmoscopio.				
Esfigmomanómetro.				
Martillo de reflejos.				
Termómetro digital.				
Lavabo.				
Dispensador de jabón.				
Dispensador de toallas desechables				
Resucitador manual tipo Ambú, para paciente adulto				
Cilindro de oxígeno con flujómetro				
Cubículos de entrenamiento individuales				
Báscula para paciente.				
Mesa lavable de demostración.				
Esfigmomanómetro				
Sillón para paciente.				
Silla para cuidador.				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Equipo audiovisual para el desarrollo de las capacitaciones:				
<ul style="list-style-type: none"> • Televisión. 				
<ul style="list-style-type: none"> • Reproductor de Video o cañonera. 				
Gabinete para insumos con material de curación.				
Atril de pedestal de altura ajustable.				
Estación con un (1) lavabo para entrenamiento, dispuesto de forma que facilite la capacitación				
Báscula de mesa para pesado de soluciones				
Dispensadores de jabón.				
Dispensadores de toallas desechables.				
Recipiente para desechos comunes.				
Recipiente para desechos bioinfecciosos.				
Un sistema de calor seco para entibiar las bolsas de solución de diálisis.				
Cubículo de toma de muestras para exámenes de laboratorio clínico				
Silla de toma de muestras con apoyabrazos ajustables				
Mesa auxiliar con gavetas, para el resguardo de insumos.				
Gradillas para tubos (para diferentes medidas)				
Hieleras para transporte de muestras				
Recipiente para desechos comunes.				
Recipiente para desechos bioinfecciosos.				
Guardian (depósito para recolección de material punzo cortante)				
Área de almacenamiento para desechos infecciosos				
Área específica para almacenamiento temporal de desechos bioinfecciosos.				
Contenedor para desechos bioinfecciosos.				
Dispone de drenaje adecuado para el descarte de líquido peritoneal.				
Dispone de manual operativo del manejo de los desechos bioinfecciosos.				
Bodega de insumos y farmacia				
Dispone de material suficiente para la cobertura inmediata de los pacientes en reentrenamiento.				
Dispone de estantería para insumos				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Dispone de vitrina con llave para medicamentos no refrigerados				
Medicamentos				
Dispone en la Farmacia al menos los siguientes medicamentos para su funcionamiento:				
• 3 ampollas de Heparina				
• 5 bolsa de 1,000 ml de Soluciones intravenosas al 0.9% NaCl.				
• 4 ampollas Tramadol (Clorhidrato)				
• 4 ampollas Metamizol magnésico				
• 5 frascos de Cefotaxima				
• 4 ampollas de Adrenalina				
• 2 ampollas de Atropina				
• 2 ampollas de Bicarbonato de Sodio				
• 2 ampollas de Aminofilina				
• 3 ampollas de Diazepan				
• 2 ampollas de Midazolam				
• 2 ampollas de Dobutamina				
• 2 ampollas de Dopamina				
• 2 ampollas de Difenilhidantoina sódica				
• 2 frascos Ampollas de Lidocaína al 2%				
• 2 ampollas de Metilprednisolona				
• 2 ampollas de Nitroglicerina				
• 2 ampollas de Nitroprusiato de sodio				
• 2 ampollas de Salbutamol				
• 2 solución para nebulizar de Bromuro de Ipratropio				
• 2 ampollas de Gluconato de Calcio				
• Antisépticos según necesidad				
Cafetería				
Dispone de área de cafetería.				
Gestión de los exámenes de laboratorio clínico				
El laboratorio clínico está debidamente autorizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.				
Servicio subcontratado se ubica un cubículo donde un profesional representante del laboratorio pueda realizar la toma de muestra correspondiente.				



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Gestión de la emergencia				
Brinda atención inmediata para estabilizar a los pacientes				
Cuenta con ambulancias para el transporte de pacientes.				
De no contar con los medios propios para traslado de pacientes en emergencia, podrá tercerizar el servicio de ambulancia, respaldado por un contrato de servicios.				
RECURSOS HUMANOS				
Médico y Cirujano con especialidad en Medicina Interna (Internista) o Nefrología				
Título de Médico y Cirujano.				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Título que acredite la especialidad en Medicina Interna o Nefrología				
Graduado de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o graduado de Universidad extranjera incorporado a la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
Certificación de Colegiado Activo. La colegiación deberá mantenerse en ese estatus durante la vigencia del CONTRATO.				
Experiencia de al menos un (1) año de trabajo como internista o nefrólogo				
Cuenta con una certificación de parte del Proveedor de capacitación sobre la gestión de Pacientes en DPA y DPCA o certificación de la OPS/OMS sobre el curso en diálisis peritoneal para atención primaria en salud (APS).				
Enfermera/o graduada/o o Enfermera/o Auxiliar o Técnico en Hemodiálisis				
Título, Diploma o Constancia como Enfermera/o graduada/o Enfermera/o Auxiliar o Técnico en Hemodiálisis.				
Graduada/o de Universidad legalmente autorizada en Guatemala o de Institución de enseñanza para enfermería debidamente avalada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o con Diploma que le acredite como Auxiliar de enfermería, avalado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.				
Acreditar experiencia mínima de un (1) año tratando pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.				
Tarjeta de salud, vigente. (La Tarjeta deberá mantenerse en ese estatus durante la vigencia del CONTRATO).				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Cuenta con una certificación de parte del Proveedor de capacitación sobre la gestión de Pacientes en DPA y DPCA o certificación de la OPS/OMS sobre el curso en diálisis peritoneal para atención primaria en salud (APS).				
Otro Personal				
Administración				
Contabilidad				
Recepción				
Archivo				
Bodega				
Logística				
Informática				
Transporte de emergencia				
Mensajería				
Mantenimiento y limpieza				
Servicio de consulta telefónica				
Funcionamiento del servicio de consulta telefónica.				
PROTOCOLIZACIÓN				
Protocolo clínico asistencial				
Implantación y/o retirada del catéter peritoneal. Cuidados antes y después de su implantación y/o retirada				
Cuidados y evaluación del orificio de salida				
Técnica de DPCA				
Estudios de función peritoneal				
Evaluación del estado nutricional				
Diagnóstico y tratamiento de peritonitis				
Diagnóstico y tratamiento de la infección del orificio de salida				
Tratamiento de la anemia				
Sistema de registro de las Infecciones del punto de partida de acceso peritoneal				

Anexo No. 6. Supervisión de seguimiento de la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal en Centros Periféricos

Después de la puesta en marcha de los centros periféricos, se realiza la supervisión trimestral para la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal con la aplicación del siguiente instrumento.



Supervisión de seguimiento de la prestación del servicio de Diálisis Peritoneal en Centros Periféricos

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
ÁREAS				
Flujo de atención				
Verificar si el flujo del paciente es adecuado al proceso de atención				
Área de almacenamiento para desechos infecciosos				
Verificar si el área específica para almacenamiento temporal de desechos bioinfecciosos cuenta con lo siguiente:				
Utilización de los contenedores para desechos bioinfecciosos con tapadera y al menos dos (2) rodos.				
Funcionamiento de drenaje adecuado para el descarte de líquido peritoneal.				
Implementación del manual operativo del manejo de los desechos bioinfecciosos.				
Bodega de insumos y farmacia				
Revisión de la disposición de material suficiente para la cobertura inmediata de los pacientes en entrenamiento, complicaciones o urgencias específicas durante las sesiones de diálisis y procedimientos médico quirúrgicos.				
Verificación del cumplimiento de la entrega mensual y puntual a los pacientes en domicilio.				
AMBIENTE SALUDABLE				
El Centro Periférico proveerá un ambiente higiénico y seguro para pacientes, asistentes, personal y visitantes.				
GESTIÓN DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO				
Dispone de un registro detallado de los exámenes de laboratorio, cuyos resultados son anexados al informe clínico de cada paciente.				
Verificación del funcionamiento del laboratorio clínico				
Control de calidad a las muestras tomadas en un laboratorio externo de referencia de manera aleatoria.				
Verificar que el profesional del laboratorio cumple con las normas de Bioseguridad				



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
GESTIÓN OPERATIVA Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD				
Implementación de un sistema de mejora continua de la calidad.				
Disponen de un plan de acción e informes de seguimiento del mejoramiento continuo de la calidad				
Implementación de un registro de no conformidades y de las acciones correctivas implementadas.				
Informe de seguimiento de las acciones correctivas implementadas				
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN				
Presentación de Informes Mensuales escritos y electrónicos de los pacientes.				
Registro de ingresos y egresos de pacientes				
Informe de los egresos de los pacientes evidenciando la causa				
Registro de las visitas domiciliarias.				
Registro de las comunicaciones telefónicas a los pacientes.				
Registro de la realización y de los resultados de las pruebas de laboratorio.				
Informes estadísticos actualizados.				
Copia de expedientes clínicos para los casos requeridos.				
Libro de reportes especiales (quejas, denuncias, egresos contraindicados, agresiones personales y verbales, etc.).				
Informe de entrega y firma de los pacientes o familiares de los insumos para la asepsia personal, consistente en jabón líquido y toallas desechables con dispensador.				
Registro de expedientes adversos (reportes por entrega de insumos o equipo defectuoso que deba ser sustituido)				
Expediente clínico electrónico con repositorio digital consultable por paciente.				
Informe mensual detallado sobre la evaluación de cada paciente desde el punto de vista clínico, nutricional, social (cuando se realice visita domiciliaria) y laboratorios según indicación médica.				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Informe mensual por paciente de Tasa de Peritonitis, Cinética de Urea, Albúmina, Potasio, HB/HT, Calcio, fósforo y PTH. Además, tipo de transporte Peritoneal, presión arterial media, Función renal residual, Morbimortalidad, abandono a la terapia, hospitalización y sus causas.				
Informe de los principales problemas detectados de tipo médico, administrativos y sociales.				
Utilización de la herramienta estadística.				
Remisión del informe durante los primeros quince (15) días del mes posterior al servicio				
Verificación del consentimiento informado, debidamente firmado por el paciente o persona responsable del mismo en caso de realizar algún procedimiento.				
MEDICAMENTOS				
Dispone actualmente la Farmacia al menos los siguientes medicamentos para su funcionamiento:				
3 ampollas de Heparina				
5 bolsa de 1,000 ml de Soluciones intravenosas al 0.9% NaCl.				
4 ampollas Tramadol (Clorhidrato)				
4 ampollas Metamizol magnésico				
5 frascos de Cefotaxima				
4 ampollas de Adrenalina				
2 ampollas de Atropina				
2 ampollas de Bicarbonato de Sodio				
2 ampollas de Aminofilina				
3 ampollas de Diazepan				
2 ampollas de Midazolam				
2 ampollas de Dobutamina				
2 ampollas de Dopamina				
2 ampollas de Difenilhidantoina sódica				
2 frascos Ampollas de Lidocaína al 2%				
2 ampollas de Metilprednisolona				
2 ampollas de Nitroglicerina				
2 ampollas de Nitroprusiato de sodio				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
2 ampollas de Salbutamol				
2 solución para nebulizar de Bromuro de Ipratropio				
2 ampollas de Gluconato de Calcio				
Antisépticos según necesidad				
GESTIÓN DE LA EMERGENCIA				
Verificación del registro de traslados de pacientes que sufrieron complicación de salud en medios adecuados (ambulancia) a la emergencia de la unidad médica del IGSS más cercana.				
Verificar el registro o bitácora de mantenimiento de las ambulancias.				
Verificación del contrato de servicios de tercerización de ambulancias.				
RECURSOS HUMANOS				
Verificación de la presencia del Médico y Cirujano con Especialidad en Medicina Interna				
Verificación de la presencia de Enfermera/o técnico en Hemodiálisis				
Verificación de la presencia del personal necesario para cubrir las siguientes áreas:				
Administración				
Contabilidad				
Recepción				
Archivo				
Bodega				
Logística				
Informática				
Transporte de emergencia				
Mensajería				
Mantenimiento y limpieza				
Servicio de consulta telefónica				
Funcionamiento del servicio de consulta telefónica.				
PROTOCOLIZACIÓN				
Protocolo clínico asistencial				
Verificación del cumplimiento de los protocolos clínicos:				

ASPECTOS A EVALUAR	CRITERIOS			OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	N/A	
Implantación y/o retirada del catéter peritoneal. Cuidados antes y después de su implantación y/o retirada				
Cuidados y evaluación del orificio de salida				
Técnica de DPCA				
Estudios de función peritoneal				
Evaluación del estado nutricional				
Diagnóstico y tratamiento de peritonitis				
Diagnóstico y tratamiento de la infección del orificio de salida				
Tratamiento de la anemia				
Sistema de registro de las Infecciones del punto de partida de acceso peritoneal				

Anexo No. 7. Hoja de Evaluación de Enfermedad del Riñón y Calidad de Vida KD-QOL TM -36



HOJA DE EVALUACIÓN DE ENFERMEDAD DEL RIÑÓN Y CALIDAD DE VIDA (KDQOL TM – 36)

Afiliación No.	Nombres:	Apellidos:
Fecha:	Sexo:	Edad:

El objetivo de la evaluación es conocer la calidad de vida de los pacientes con enfermedad del riñón. Nos gustaría que llenara hoy el cuestionario sobre su salud, sobre cómo se ha sentido durante las últimas 4 semanas. Por favor, marque con una "X" la casilla bajo la respuesta elegida por cada pregunta. La información que usted nos facilite nos indicará lo que piensa sobre la atención y nos ayudará a comprender mejor los efectos del tratamiento sobre la salud de los pacientes. Esta información ayudará a valorar la atención médica.

SU SALUD

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.

1. En general, ¿diría que su salud es: (Marque con una cruz x la casilla que mejor corresponda con su respuesta).

EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	PASABLE	MALA
1	2	3	4	5

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿Cuánto? (Marque con una cruz x una casilla en cada línea).

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
2. <u>Actividades moderadas</u> , tales como mover una mesa, empujar una mesa.	1	2	3
3. Subir varios pisos por la escalera.	1	2	3

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física? (Marque con una cruz x la casilla que mejor corresponda con su respuesta).

	SI	NO
4. <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado.	1	2
5. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.	1	2

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)? (Marque con una cruz x la casilla que mejor corresponda con su respuesta).

	SI	NO
6. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	1	2
7. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual.	1	2

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)? (Marque con una cruz x la casilla que mejor corresponda con su respuesta).

NADA EN ABSOLUTO	UN POCO	MEDIANA - MENTE	BASTANTE	EXTREMADA - MENTE
1	2	3	4	5

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
9. ¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
11. ¿Se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? (Marque con una cruz x la casilla que mejor corresponda con su respuesta).

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1	2	3	4	5

SU ENFERMEDAD DEL RIÑÓN

¿En qué medida considera cierta o falsa en su caso cada una de las siguientes afirmaciones? (Marque con una cruz x la casilla que mejor corresponda con su respuesta).

	TOTALMEN- TE CIERTO	BASTANTE CIERTO	NO SÉ	BASTAN- TE FALSO	TOTALMEN- TE FALSO
13. Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida.	1	2	3	4	5
14. Mi enfermedad del riñón me ocupa demasiado tiempo.	1	2	3	4	5
15. Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón.	1	2	3	4	5
16. Me siento una carga para la familia.	1	2	3	4	5

Durante las cuatro últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas? (Marque con una cruz x la casilla que mejor corresponda con su respuesta).

	NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHÍSIMO
17. ¿Dolores musculares?	1	2	3	4	5
18. ¿Dolores en el pecho?	1	2	3	4	5
19. ¿Calambres?	1	2	3	4	5
20. ¿Picazón en la piel?	1	2	3	4	5
21. ¿Sequedad de piel?	1	2	3	4	5
22. ¿Falta de aire?	1	2	3	4	5
23. ¿Desmayos o mareo?	1	2	3	4	5
24. ¿Falta de apetito?	1	2	3	4	5
25. ¿Agotado/a, sin fuerzas?	1	2	3	4	5

26. ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?	1	2	3	4	5
27. ¿Náuseas o molestias de estómago?	1	2	3	4	5
28a. (Sólo para pacientes hemodiálisis) ¿Problemas con la fístula?	1	2	3	4	5
28b. (Sólo para pacientes en diálisis peritoneal) ¿Problemas con el catéter?	1	2	3	4	5

EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD DEL RIÑÓN EN SU VIDA

Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria, mientras que a otras no.

¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas? (Marque con una cruz x la casilla que mejor corresponda con su respuesta).

	NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHÍSIMO
¿Limitación de líquidos?.....	1	2	3	4	5
¿Limitaciones en la dieta?	1	2	3	4	5
¿Su capacidad para trabajar en la casa?	1	2	3	4	5
¿Su capacidad para viajar?	1	2	3	4	5
¿Depender de médicos y de otro personal sanitario?	1	2	3	4	5
¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón?	1	2	3	4	5
¿Su vida sexual?	1	2	3	4	5
¿Su aspecto físico?	1	2	3	4	5

PUNTUACIÓN DE EVALUACIÓN DE ENFERMEDAD DEL RIÑÓN Y CALIDAD DE VIDA (KDQOL TM – 36)

Conversiones para cada elemento agrupadas por el número de niveles posibles para ese elemento y si se requiere una puntuación inversa.

Respuestas	Preguntas No. 4 - 7
2 niveles	Puntuación
1	0
2	100

Respuestas	Preguntas No. 2 y 3
3 niveles	Puntuación
1	0
2	50
3	100

Respuestas	Preguntas No. 12 - 16
5 niveles	Puntuación
1	0
2	25
3	50
4	75
5	100

Respuestas	Preguntas No. 1, 8, 17 - 27, 28a, 28b, 29 - 36
5 niveles	Puntuación inversa
1	100
2	75
3	50
4	25
5	0

Respuesta	Pregunta 11
6 niveles	Puntuación
1	0
2	20
3	40
4	60
5	80
6	100

Respuesta	Preguntas No. 9 y 10
6 niveles	Puntuación inversa
1	100
2	80
3	60
4	40
5	20
6	0

El KDQOL- 36, disponible desde 2002, es una encuesta de 36 ítems con cinco subescalas:

- La medida SF-12 del funcionamiento físico y mental (ítems 1-12), con elementos sobre salud general, límites de actividad, capacidad para realizar las tareas deseadas, depresión y ansiedad, nivel de energía y actividades sociales.
- Subescala de la carga de la enfermedad renal (ítems 13-16), con elementos sobre la cantidad de enfermedad renal que interfiere con la vida diaria, toma tiempo, causa frustración o hace que el encuestado se sienta como una carga.
- Subescala de síntomas y problemas (ítems 17-28b), con elementos sobre la molestia que siente el entrevistado por dolor muscular, dolor en el pecho, calambres, picazón o piel seca, falta de aliento, desmayo / mareos, falta de apetito, sensación de lavado o drenaje, entumecimiento en las manos o los pies, náuseas o problemas con el acceso a diálisis.
- Efectos de la enfermedad renal en la subescala de la vida diaria (ítems 29-36), con elementos sobre cómo se molesta el encuestado por los límites de líquidos, las restricciones de dieta, la capacidad de trabajar en la casa o viajar, sentirse dependiente de los médicos y otro personal médico, el estrés o las preocupaciones, vida sexual y apariencia personal.

Referencias

1. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Desarrollo del instrumento de calidad de vida de la enfermedad renal (KDQOL). Qual Life Res 1994, Oct; 3 (5): 329-38

Las puntuaciones se informan por separado para cada una de las cinco subescalas KDQOL-36.

KDQOL TM – 36	
ESCALA	INTERPRETACIÓN
0 PUNTOS	Indica la peor calidad de vida
100 PUNTOS	Indica la mejor calidad de vida

INSTRUMENTOS DE SUPERVISIÓN BIOMÉDICA

Anexo No. 8. Instrumentos de verificación de almacenaje y entrega periódica de insumos para DPA

Instrumentos de verificación de almacenaje y entrega periódica de insumos para DPA

A. Verificación de dotación inicial de insumos y equipamiento auxiliar DPA

Es importante verificar que se cumpla con la dotación inicial tanto de insumos para las sesiones de Diálisis Peritoneal como del equipamiento auxiliar, incluyéndose el kit de emergencia y asegurarse que se cuente con un plan y registro de las entregas.

Así mismo, es necesario verificar tanto en las bodegas de cada centro de atención y eventualmente en las visitas domiciliarias los insumos que se requieren para llevar a cabo las sesiones de Diálisis Peritoneal, verificando la vigencia de sus respectivos registros sanitarios, fechas de vencimiento de productos según aplique y el tipo de bolsa por la concentración de su contenido.

DATOS GENERALES	
Proveedor:	
Verificación: Centro Base <input type="checkbox"/> Centro Periférico <input type="checkbox"/>	Verificación domiciliar <input type="checkbox"/>
Dirección:	
Departamento:	Municipio:
Representante del Proveedor:	
Paciente (si es visita domiciliar):	
Supervisor del IGSS:	
Supervisor de UNOPS:	
Fecha de supervisión: ____/____/____ DD MM AA	

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
DPA			
Insumos completos para el tratamiento de un (1) mes, más insumos para siete (7) días de reserva y el correspondiente kit de emergencia para paciente en DPA. Estos últimos serán entregados inicialmente y deberán ser repuestos en la proporción consumida (en situaciones de emergencia) en la siguiente entrega, previamente notificado al CONTRATISTA por el paciente y autorizado por el Centro Base.			

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Kit de emergencia: Son aquellos Insumos entregados al inicio del programa por el CONTRATISTA a cada uno de los pacientes en DPA, que garantizarán el desarrollo de sesiones de tratamiento en DPCA por un tiempo máximo de 48 horas, en aquellos casos imputables o no al CONTRATISTA en el que no se disponga de la Máquina Cicladora para el desarrollo de las sesiones de tratamiento.			
EQUIPAMIENTO AUXILIAR DPA			
El contratista deberá proveer a los pacientes en una entrega inicial para lo largo de la duración del contrato de servicios, el siguiente equipamiento:			
Un (1) atril metálico autosoportado al piso y estable, de altura ajustable aproximada de 1.40 a 2.00 metros y con al menos dos ganchos al extremo.			
Al menos dos (2) tarimas (plásticas o de madera) para la estiba de producto.			
REGISTRO DE ENTREGAS			
El CONTRATISTA será responsable de elaborar el plan de entregas a nivel nacional de manera mensual, asegurando siempre la dotación de insumos para el tratamiento de pacientes en DPCA y DPA. Para ello, su departamento de logística o empresa subcontratada, deberá reportar cada entrega al paciente mediante hoja de remisión la cual deberá contener como mínimo: firma y/o huella del paciente, cuidador o persona previamente autorizada para la recepción conforme, registro del documento de identificación de quien recibe, fecha, hora de entrega y el dato del inventario de suministros existente al momento de la entrega.			
También se deberá implementar un sistema o aplicación para el envío de un reporte digital, que incluya foto del domicilio de entrega y ubicación geográfica, lo cual deberá ser remitido al CONTRATANTE por medio de un portal web que permita la consulta y descarga de registros de cada paciente.			

B. Verificación de insumos necesarios para el desarrollo de la sesión de DPA

DETALLE DE INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Los insumos DPA, deberán tener una fecha de vencimiento no menor a un año.			
Los insumos y equipos auxiliares entregados en el domicilio del paciente que presenten daños en la integridad de sus respectivos empaques durante el envío o desperfectos de fabricación, son sustituidos por el CONTRATANTE sin ningún costo adicional.			

DETALLE DE INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
INSUMOS DPA			
1 Catéter Tenckhoff Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Catéter para diálisis peritoneal tipo Tenckhoff, terminación en espiral. 			
<ul style="list-style-type: none"> Para uso en pacientes adultos. 			
<ul style="list-style-type: none"> Fabricado en silicón, blando, con tira radiopaca. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con dos cojinetes de poliéster o dacrón, para fijación de este. 			
<ul style="list-style-type: none"> Estéril, en empaque hermético, individual. 			
<ul style="list-style-type: none"> Fecha de vencimiento del producto. 			
<ul style="list-style-type: none"> Número del lote. 			
Frecuencia de entrega: al inicio del tratamiento y cuando sea solicitado por el nefrólogo del IGSS a cargo del seguimiento del paciente.			
Presentación en Pieza			
2 Conector entre línea de transferencia y catéter Tenckhoff Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Adaptador de catéter Tenckhoff a línea de transferencia, compatible con las conexiones de ambos elementos. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema de seguridad que impida desconexiones accidentales. 			
<ul style="list-style-type: none"> Fecha de vencimiento del producto. 			
<ul style="list-style-type: none"> Número de lote. 			
Frecuencia de entrega: al inicio del tratamiento y cuando sea solicitado por el nefrólogo del IGSS a cargo del seguimiento del paciente.			
Presentación en Pieza			
3 Línea de transferencia Registro Sanitario: PMQ-862 Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Línea de transferencia de al menos seis (6) meses de duración. 			

DETALLE DE INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
<ul style="list-style-type: none"> Compatible con conector entre línea de transferencia y catéter Tenckhoff. 			
<ul style="list-style-type: none"> Compatible con sistema de conexión/desconexión para diálisis peritoneal, que garantice el mantenimiento de la esterilidad en la línea de transferencia. 			
4 Bandeja para cambio de línea de transferencia, en empaque estéril Registro Sanitario: Vigencia: ____/____/____ DD MM AA			
Un (1) campo estéril cerrado			
Un (1) campo estéril abierto			
Antiséptico y germicida			
Diez (10) gasas estériles de 4x4"			
Un (1) clamp (si el sistema lo requiere)			
Un (1) recipiente estéril para muestra			
Dos (2) mascarillas			
Tres (3) pares de guantes estériles			
<ul style="list-style-type: none"> Fecha de vencimiento del producto. 			
<ul style="list-style-type: none"> Número de lote. 			
Frecuencia de entrega: al inicio del tratamiento y cuando sea solicitado por el nefrólogo del IGSS a cargo del seguimiento del paciente.			
Presentación en Pieza			
5. Sistema de conexión múltiple Registro Sanitario: Vigencia: ____/____/____ DD MM AA			
En empaque estéril.			
<ul style="list-style-type: none"> Desechable. 			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema de cámaras, válvulas o canales controlados por el software de la cicladora. 			
<ul style="list-style-type: none"> Set organizador para instalación que orienta al paciente al sistema en la conexión. 			
<ul style="list-style-type: none"> Fecha de vencimiento del producto. 			
Número de lote.			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para cada sesión diaria durante el mes.			
Presentación en Pieza			

DETALLE DE INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
6. Set de desinfección a) Alcohol líquido Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA b) Alcohol en gel Registro Sanitario: PT-4885 Vigencia: ___/___/___ DD MM AA c) Jabón líquido Registro Sanitario: PT-24074 Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Antiséptico y germicida, si el diseño del sistema así lo requiere. 			
<ul style="list-style-type: none"> Toallas desechables y dispensador (1 por paciente) 			
Jabón líquido para lavado de manos con dispensador			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para cada sesión diaria durante el mes.			
Presentación en Set			
7. Solución para diálisis peritoneal al 1.5%: Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema con puerto para ingreso de medicamento y puerto para dispensación de líquido. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema que reduzca los riesgos de infección peritoneal durante la conexión / desconexión de las bolsas. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal de 5,000 a 6,000 ml de capacidad con la siguiente composición por cada 100 ml: 			
Dextrosa: 1.5% (1.5 g)			
pH: 5.0 a 5.6			
Sodio: 130 a 134 mEq/L			
Calcio: 1 a 3.5 mEq/L			
Magnesio: 0.25 a 0.5 mEq/L			
Cloruro: 96 a 100 mEq/L			
Lactato: 35 a 40 mEq/L			
Agua inyectable c.b.p.: 100 mL			
<ul style="list-style-type: none"> En empaque sellado que garantice esterilidad de la bolsa. 			

DETALLE DE INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
<ul style="list-style-type: none"> Código de colores para identificación de la concentración de glucosa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa debe mostrar al menos: 			
Composición química de la solución para diálisis.			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para cada sesión diaria durante el mes, de acuerdo a prescripción médica			
Presentación en Bolsa			
8. Solución para diálisis peritoneal al 2.5% Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema con puerto para ingreso de medicamento y puerto para dispensación de líquido. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema que reduzca los riesgos de infección peritoneal durante la conexión / desconexión de las bolsas. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal de 5,000 a 6,000 ml de capacidad con la siguiente composición por cada 100 ml: 			
Dextrosa: 2.5% (2.5 g)			
pH: 5.0 a 5.6			
Sodio: 130 a 134 mEq/L			
Calcio: 1 a 3.5 mEq/L			
Magnesio: 0.25 a 0.5 mEq/L			
Cloruro: 96 a 100 mEq/L			
Lactato: 35 a 40 mEq/L			
Agua inyectable c.b.p.: 100 mL			
<ul style="list-style-type: none"> En empaque sellado que garantice esterilidad de la bolsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Código de colores para identificación de la concentración de glucosa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa debe mostrar al menos: 			
Composición química de la solución para diálisis.			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote.			

DETALLE DE INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para cada sesión diaria durante el mes, de acuerdo a prescripción médica.			
Presentación en Bolsa			
9. Solución para diálisis peritoneal al 4.25% Registro Sanitario: Vigencia: ____/____/____ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema con puerto para ingreso de medicamento y puerto para dispensación de líquido. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema que reduzca los riesgos de infección peritoneal durante la conexión / desconexión de las bolsas. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal de 5,000 a 6,000 ml de capacidad con la siguiente composición por cada 100 ml: 			
Dextrosa: 4.25% (4.25 g)			
pH: 5.0 a 5.6			
Sodio: 130 a 134 mEq/L			
Calcio: 1 a 3.5 mEq/L			
Magnesio: 0.25 a 0.5 mEq/L			
Cloruro: 96 a 100 mEq/L			
Lactato: 35 a 40 mEq/L			
Agua inyectable c.b.p.: 100 mL			
<ul style="list-style-type: none"> En empaque sellado que garantice esterilidad de la bolsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Código de colores para identificación de la concentración de glucosa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa debe mostrar al menos: 			
Composición química de la solución para diálisis.			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote.			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para cada sesión diaria durante el mes, de acuerdo a prescripción médica.			
Presentación en Bolsa			
10. Tapón u obturador con solución desinfectante para la línea de transferencia. Registro Sanitario: Vigencia: ____/____/____ DD MM AA			

DETALLE DE INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
<ul style="list-style-type: none"> Empaque debe mostrar al menos: 			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote.			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para cada sesión diaria durante el mes.			
Presentación en Pieza			
11. Dispositivos de compresión de líneas de flujo Registro Sanitario: N/A Vigencia: N/A			
<ul style="list-style-type: none"> Dispositivo de forcipresión o de selección para los puertos de salida hacia el paciente desde bolsa de solución para diálisis y de salida del paciente hacia bolsa de drenaje. 			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para cada sesión diaria durante el mes.			
Presentación en Pieza			
12. Cinta adhesiva Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Esparadrapo microporoso e hipoalergénico. 			
<ul style="list-style-type: none"> Dimensiones mínimas: ½" de ancho por 9 metros de largo. 			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para cada sesión diaria durante el mes.			
Presentación en Pieza			
13. Mascarilla Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Para uso en área hospitalaria. 			
<ul style="list-style-type: none"> Desechable. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema de cintas o elástico que permita su fácil colocación y fijación. 			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para cada sesión diaria durante el mes.			
Presentación en Pieza			

C. Verificación de kit de emergencia para pacientes en DPA

INSUMO	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
KIT DE EMERGENCIA			
1. Solución para diálisis peritoneal al 1.5% Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema con puerto para ingreso de medicamento y puerto para dispensación de líquido. 			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema de bolsa doble. 			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema unido de fábrica a un sistema cerrado de líneas integrado, con tubería en "Y" que bifurque hacia bolsa de solución para diálisis peritoneal y hacia bolsa de drenaje. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema que reduzca los riesgos de infección peritoneal durante la conexión / desconexión de las bolsas. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema de desconexión con lavado antes del llenado. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal con orificio en la parte distal para poder colgar la bolsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal de 2,000 a 2,500 ml de capacidad con la siguiente composición por cada 100 ml: 			
Dextrosa: 1.5% (1.5 g)			
pH: 5.0 a 5.6			
Sodio: 130 a 134 mEq/L			
Calcio: 1 a 3.5 mEq/L			
Magnesio: 0.25 a 0.5 mEq/L			
Cloruro: 96 a 100 mEq/L			
Lactato: 35 a 40 mEq/L			
Agua inyectable c.b.p.: 100 mL			
En empaque sellado que garantice esterilidad de la bolsa.			
<ul style="list-style-type: none"> Código de colores para identificación de la concentración de glucosa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa debe mostrar al menos: 			
Composición química de la solución para diálisis.			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote			
Frecuencia de entrega: Entrega domiciliar inicial y cuando se requiera su reemplazo.			
Presentación en Bolsa			

INSUMO	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
KIT DE EMERGENCIA			
2. Solución para diálisis peritoneal al 2.5% Registro Sanitario: Vigencia: ____/____/____ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema con puerto para ingreso de medicamento y puerto para dispensación de líquido. 			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema de bolsa doble. 			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema unido de fábrica a un sistema cerrado de líneas integrado, con tubería en "Y" que bifurque hacia bolsa de solución para diálisis peritoneal y hacia bolsa de drenaje. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema que reduzca los riesgos de infección peritoneal durante la conexión / desconexión de las bolsas. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema de desconexión con lavado antes del llenado. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal con orificio en la parte distal para poder colgar la bolsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal de 2,000 a 2,500 ml de capacidad con la siguiente composición por cada 100 ml: 			
Dextrosa: 2.5% (2.5 g)			
pH: 5.0 a 5.6			
Sodio: 130 a 134 mEq/L			
Calcio: 1 a 3.5 mEq/L			
Magnesio: 0.25 a 0.5 mEq/L			
Cloruro: 96 a 100 mEq/L			
Lactato: 35 a 40 mEq/L			
Agua inyectable c.b.p.: 100 mL			
<ul style="list-style-type: none"> En empaque sellado que garantice esterilidad de la bolsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Código de colores para identificación de la concentración de glucosa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa debe mostrar al menos: 			
Composición química de la solución para diálisis.			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote.			
Frecuencia de entrega: Entrega domiciliar inicial y cuando se requiera su reemplazo.			
Presentación en Bolsa			

INSUMO	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
KIT DE EMERGENCIA			
3. Solución para diálisis peritoneal al 4.25% Registro Sanitario: Vigencia: ____/____/____ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema con puerto para ingreso de medicamento y puerto para dispensación de líquido. 			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema de bolsa doble. 			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema unido de fábrica a un sistema cerrado de líneas integrado, con tubería en "Y" que bifurque hacia bolsa de solución para diálisis peritoneal y hacia bolsa de drenaje. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema que reduzca los riesgos de infección peritoneal durante la conexión / desconexión de las bolsas. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema de desconexión con lavado antes del llenado. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal con orificio en la parte distal para poder colgar la bolsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal de 2,000 a 2,500 ml de capacidad con la siguiente composición por cada 100 ml: 			
Dextrosa: 4.5% (4.5 g)			
pH: 5.0 a 5.6			
Sodio: 130 a 134 mEq/L			
Calcio: 1 a 3.5 mEq/L			
Magnesio: 0.25 a 0.5 mEq/L			
Cloruro: 96 a 100 mEq/L			
Lactato: 35 a 40 mEq/L			
Agua inyectable c.b.p.: 100 mL			
<ul style="list-style-type: none"> En empaque sellado que garantice esterilidad de la bolsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Código de colores para identificación de la concentración de glucosa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa debe mostrar al menos: 			
Composición química de la solución para diálisis.			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote.			
Frecuencia de entrega: Entrega domiciliar inicial y cuando se requiera su reemplazo.			
Presentación en Bolsa			

INSUMO	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
KIT DE EMERGENCIA			
Tapón u obturador con solución desinfectante para la línea de transferencia.			
Empaque debe mostrar al menos:			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote.			
Frecuencia de entrega: Entrega domiciliar inicial y cuando se requiera su reemplazo.			
Presentación en Pieza			
CANTIDAD TOTAL DE REGISTROS SANITARIOS VIGENTES DPA (ALEATORIO)			
RESULTADO OBTENIDO	_____ %		
$\frac{\text{Registros sanitarios vigentes disponibles (específicos de cada insumo)}}{\text{Cantidad de tipos de insumos contratados}} \times 100$		CONCLUSIÓN	
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>	
	NO CONFORMIDAD GRAVE [<90%]	<input type="checkbox"/>	
Comentarios			

D. Inventario de componentes de la sesión de DPA

No	COMPONENTE DE LA SESIÓN DE DPA	CANTIDAD TOTAL VERIFICADA EN FÍSICO	CANTIDAD DE ACUERDO A INVENTARIO
1	Catéter Tenckhoff		
2	Conector entre línea de transferencia y catéter Tenckhoff		
3	Línea de transferencia		
4	Bandeja para cambio de línea de transferencia, en empaque estéril		
5	Sistema de conexión múltiple		
6	Set de desinfección:		
	Alcohol líquido		
	Alcohol gel		
	Jabón líquido para lavado de manos		
7	Solución para diálisis peritoneal al 1.5%		

8	Solución para diálisis peritoneal al 2.5%		
9	Solución para diálisis peritoneal al 4.25%		
10	Tapón u obturador con solución desinfectante para la línea de transferencia		
11	Dispositivos de compresión de líneas de flujo		
12	Cinta adhesiva		
13	Mascarilla		
CANTIDAD TOTAL DE INSUMOS (ALEATORIO)			
RESULTADO OBTENIDO		_____ %	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Bolsas para DPCA y DPA en físico}}{\text{N}^\circ \text{ de Bolsas para DPCA y DPA de acuerdo a Inventario}}$		CONCLUSIÓN	
		RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
		NO CONFORMIDAD GRAVE [<90 %]	<input type="checkbox"/>
Comentarios			
Bolsas: incluye todos los insumos para sesión			

E. Vigencia de los Insumos

No	COMPONENTES DE LA SESIÓN DE DPA	MUESTRA [Vigencia ___/___/___] AA DD MM				
		1	2	3	4	5
1	Catéter Tenckhoff	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
2	Conector entre línea de transferencia y catéter Tenckhoff	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
3	Línea de transferencia	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
4	Bandeja para cambio de línea de transferencia, en empaque estéril	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
5	Sistema de conexión múltiple	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
6	Set de desinfección:	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	Alcohol líquido	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	Alcohol gel	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	Jabón líquido para lavado de manos	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

7	Solución para diálisis peritoneal al 1.5%	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
8	Solución para diálisis peritoneal al 2.5%	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
9	Solución para diálisis peritoneal al 4.25%	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
10	Tapón u obturador con solución desinfectante para la línea de transferencia	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
11	Dispositivos de compresión de líneas de flujo	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
12	Cinta adhesiva	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
13	Mascarilla	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
CANTIDAD DE COMPONENTES CADUCADOS (ALEATORIO)						
RESULTADO OBTENIDO		_____ %				
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Insumos caducados}}{\text{N}^\circ \text{ de Insumos analizados}} \times 100$						CONCLUSIÓN
		RESULTADO ESPERADO [0 %]				<input type="checkbox"/>
		NO CONFORMIDAD GRAVE [$\geq 1\%$]				<input type="checkbox"/>
Comentarios						

F. Evaluación de la documentación técnica de las máquinas cicladoras

Se seleccionará hasta un máximo de cinco unidades tomadas como muestra para la revisión de los datos de identificación de los equipos, su documentación técnica, registros de instalación y mantenimiento, ya sean equipos de entrenamiento ubicados en centro base, o sean equipos prestando servicios en las casas de pacientes, durante las inspecciones domiciliarias.

No.	ASPECTO A EVALUAR	CUMPLIMIENTO									
		N/S:		N/S:		N/S:		N/S:		N/S:	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
MÁQUINA CICLADORA DPA											
1	Identificación del fabricante										
2	País de fabricación										
3	Modelo y código de modelo (si aplica)										

4	Número de serie																		
5	Características técnicas del equipo																		
6	Características eléctricas.																		
7	Características mecánicas.																		
8	Condiciones ambientales de operación.																		
9	Detalle de especificaciones técnicas.																		
10	Estado o condición actual de funcionamiento.																		
11	Fecha de puesta en marcha.																		
12	Registro de mantenimiento preventivo.																		
13	Registro de fallas y mantenimiento correctivo																		
Verificación del registro documental de las actividades de mantenimiento:																			
14	Ficha técnica de cada equipo																		
15	Planes anuales de mantenimiento preventivo (según recomendación del fabricante).																		
16	Rutinas de mantenimiento preventivo (según recomendación del fabricante).																		
17	Bitácoras individuales de Inspecciones periódicas, Mantenimiento Preventivo y Correctivo desarrolladas, Pruebas de seguridad eléctrica, pruebas funcionales recomendadas por el manual del fabricante.																		
18	Manuales de Operación y Servicio de cada uno de los equipos.																		
19	Documentación de los procedimientos estándar de operación de cada uno de los equipos o sistemas																		
OBSERVACIONES:																			

FICHAS TÉCNICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO		_____ %
$\frac{\text{Nº de fichas técnicas que cumplen con los datos de identificación de los equipos}}{\text{Total de fichas técnicas evaluadas}} \times 100$	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
		CONCLUSIÓN

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE USUARIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)	
RESULTADO OBTENIDO	_____ %
$\frac{\text{Tipos de manuales de usuario en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%] <input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%] <input type="checkbox"/>
DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE SERVICIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)	
RESULTADO OBTENIDO	_____ %
$\frac{\text{Tipos de manuales de servicio en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%] <input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%] <input type="checkbox"/>
Comentarios	

Anexo No. 9. Instrumento de verificación de almacenaje y entrega periódica de insumos para DPCA

Instrumento de verificación de almacenaje y entrega periódica de insumos para DPCA

A. Dotación inicial de insumos y equipamiento auxiliar DPCA

Al igual que en DPA, se debe verificar que se cumpla con la dotación inicial tanto de insumos para las sesiones de Diálisis Peritoneal como del equipamiento auxiliar.

Debe verificarse además que tanto en las bodegas de cada centro de atención y eventualmente en las visitas domiciliarias los insumos que se requieren para llevar a cabo las sesiones de Diálisis Peritoneal, verificando la vigencia de sus respectivos registros sanitarios, fechas de vencimiento de productos según aplique y el tipo de bolsa por la concentración de su contenido.

DATOS GENERALES	
Proveedor:	
Verificación: Centro Base <input type="checkbox"/>	Centro Periférico <input type="checkbox"/> Verificación domiciliar <input type="checkbox"/>
Dirección:	
Departamento:	Municipio:
Representante del Proveedor:	
Paciente (si es visita domiciliar):	
Supervisor del IGSS:	
Supervisor de UNOPS:	
Fecha de supervisión: ____/____/____	
	DD MM AA

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
DPCA			
Insumos completos para el tratamiento de un (1) mes, más insumos para siete (7) días de reserva. Estos últimos serán entregados inicialmente y deberán ser repuestos en la proporción consumida (en situaciones de emergencia) en la siguiente entrega, previamente notificado al CONTRATISTA por el paciente y autorizado por el Centro Base			
Insumos de reserva: Son aquellos Insumos entregados al inicio del programa por el CONTRATISTA a cada uno de los pacientes en DPCA y DPA, y que garantizarán el desarrollo de sesiones de tratamiento de la modalidad respectiva por un tiempo máximo de siete (7) días calendario, en aquellos casos en los que por causas de fuerza mayor no imputables al CONTRATISTA éste no haya podido entregar los insumos con la periodicidad y regularidad prevista.			

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
EQUIPAMIENTO AUXILIAR DPCA			
El contratista deberá proveer a los pacientes en una entrega inicial para lo largo de la duración del contrato de servicios, el siguiente equipamiento:			
Un (1) atril metálico autosoportado al piso y estable, de altura ajustable aproximada de 1.40 a 2.00 metros y con al menos dos ganchos al extremo.			
Una (1) báscula análoga de mesa para pesado de bolsas, al menos con capacidad de hasta 3 kg (sólo pacientes en DPCA)			
Al menos dos (2) tarimas (plásticas o de madera) para la estibación de producto.			
REGISTRO DE ENTREGAS			
El CONTRATISTA será responsable de elaborar el plan de entregas a nivel nacional de manera mensual, asegurando siempre la dotación de insumos para el tratamiento de pacientes en DPCA y DPA. Para ello, su departamento de logística o empresa subcontratada, deberá reportar cada entrega al paciente mediante hoja de remisión la cual deberá contener como mínimo: firma y/o huella del paciente, cuidador o persona previamente autorizada para la recepción conforme, registro del documento de identificación de quien recibe, fecha, hora de entrega y el dato del inventario de suministros existente al momento de la entrega.			
También se deberá implementar un sistema o aplicación para el envío de un reporte digital, que incluya foto del domicilio de entrega y ubicación geográfica, lo cual deberá ser remitido al CONTRATANTE por medio de un portal web que permita la consulta y descarga de registros de cada paciente.			

B. Verificación de insumos necesarios para el desarrollo de la sesión de DPCA

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Los insumos DPCA, deberán tener una fecha de vencimiento no menor a un año.			
Los insumos y equipos auxiliares entregados en el domicilio del paciente que presenten daños en la integridad de sus respectivos empaques durante el envío o desperfectos de fabricación, son sustituidos por el CONTRATANTE sin ningún costo adicional.			
INSUMOS DPCA			
1. Catéter Tenckhoff: Pieza Registro Sanitario: Vigencia: ____/____/____ DD MM AA			

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
<ul style="list-style-type: none"> Catéter para diálisis peritoneal tipo Tenckhoff, terminación en espiral. 			
<ul style="list-style-type: none"> Para uso en pacientes adultos. 			
<ul style="list-style-type: none"> Fabricado en silicón, blando, con tira radiopaca. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con dos cojinetes de poliéster o dacrón, para fijación de este. 			
<ul style="list-style-type: none"> Estéril, en empaque hermético, individual. 			
<ul style="list-style-type: none"> Fecha de vencimiento del producto. 			
<ul style="list-style-type: none"> Número del lote. 			
Frecuencia de entrega: al inicio del tratamiento y cuando sea solicitado por el nefrólogo del IGSS a cargo del seguimiento del paciente.			
Presentación en Pieza			
2. Conector entre línea de transferencia y catéter Tenckhoff Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Adaptador de catéter Tenckhoff a línea de transferencia, compatible con las conexiones de ambos elementos. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema de seguridad que impida desconexiones accidentales. 			
<ul style="list-style-type: none"> Fecha de vencimiento del producto. 			
<ul style="list-style-type: none"> Número de lote. 			
Frecuencia de entrega: al inicio del tratamiento y cuando sea solicitado por el nefrólogo del IGSS a cargo del seguimiento del paciente.			
Presentación en Pieza			
3. Línea de transferencia Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Línea de transferencia de al menos seis (6) meses de duración. 			
<ul style="list-style-type: none"> Compatible con conector entre línea de transferencia y catéter Tenckhoff. 			
<ul style="list-style-type: none"> Compatible con sistema de conexión/desconexión para diálisis peritoneal, que garantice el mantenimiento de la esterilidad en la línea de transferencia. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bandeja para cambio de línea de transferencia, en empaque estéril: 			
Un (1) campo estéril cerrado			
Un (1) campo estéril abierto			
Antiséptico y germicida			

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Diez (10) gasas estériles de 4x4"			
Un (1) clamp (si el sistema lo requiere)			
Un (1) recipiente estéril para muestra			
Dos (2) mascarillas			
Tres (3) pares de guantes estériles			
• Fecha de vencimiento del producto.			
• Número de lote.			
Frecuencia de entrega: al inicio del tratamiento y cuando sea solicitado por el nefrólogo del IGSS a cargo del seguimiento del paciente.			
Presentación en Pieza			
4. Set de desinfección Alcohol líquido Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA Alcohol en Gel Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA Jabón líquido Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
• Antiséptico y germicida, si el diseño del sistema así lo requiere.			
• Toallas desechables y dispensador (1 por paciente)			
• Jabón líquido para lavado de manos con dispensador			
Frecuencia de entrega: Mensualmente, que cubra para 4 cambios al día durante el mes.			
Presentación en Set			
5. Solución para diálisis peritoneal al 1.5% Registro Sanitario: Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
• Sistema con puerto para ingreso de medicamento y puerto para dispensación de líquido.			
• Sistema de bolsa doble.			
• Sistema unido de fábrica a un sistema cerrado de líneas integrado, con tubería en "Y" que bifurque hacia bolsa de solución para diálisis peritoneal y hacia bolsa de drenaje.			

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema que reduzca los riesgos de infección peritoneal durante la conexión / desconexión de las bolsas. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema de desconexión con lavado antes del llenado. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal con orificio en la parte distal para poder colgar la bolsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal de 2,000 a 2,500 ml de capacidad con la siguiente composición por cada 100 ml: 			
Dextrosa: 1.5% (1.5 g)			
pH: 5.0 a 5.6			
Sodio: 130 a 134 mEq/L			
Calcio: 1 a 3.5 mEq/L			
Magnesio: 0.25 a 0.5 mEq/L			
Cloruro: 96 a 100 mEq/L			
Lactato: 35 a 40 mEq/L			
Agua inyectable c.b.p.: 100 mL			
<ul style="list-style-type: none"> En empaque sellado que garantice esterilidad de la bolsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Código de colores para identificación de la concentración de glucosa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa debe mostrar al menos: 			
Composición química de la solución para diálisis.			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para 4 cambios al día durante el mes, de acuerdo a prescripción médica.			
Presentación en Bolsa			
6. Solución para diálisis peritoneal al 2.5% Registro Sanitario: Vigencia: ____/____/____ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema con puerto para ingreso de medicamento y puerto para dispensación de líquido. 			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema de bolsa doble. 			
<ul style="list-style-type: none"> Sistema unido de fábrica a un sistema cerrado de líneas integrado, con tubería en "Y" que bifurque hacia bolsa de solución para diálisis peritoneal y hacia bolsa de drenaje. 			
<ul style="list-style-type: none"> Con sistema que reduzca los riesgos de infección peritoneal durante la conexión / desconexión de las bolsas. 			

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
• Con sistema de desconexión con lavado antes del llenado.			
• Bolsa de solución para diálisis peritoneal con orificio en la parte distal para poder colgar la bolsa.			
• Bolsa de solución para diálisis peritoneal de 2,000 a 2,500 ml de capacidad con la siguiente composición por cada 100 ml:			
Dextrosa: 2.5% (2.5 g)			
pH: 5.0 a 5.6			
Sodio: 130 a 134 mEq/L			
Calcio: 1 a 3.5 mEq/L			
Magnesio: 0.25 a 0.5 mEq/L			
Cloruro: 96 a 100 mEq/L			
Lactato: 35 a 40 mEq/L			
Agua inyectable c.b.p.: 100 mL			
• En empaque sellado que garantice esterilidad de la bolsa.			
• Código de colores para identificación de la concentración de glucosa.			
• Bolsa debe mostrar al menos:			
Composición química de la solución para diálisis.			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote.			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para 4 cambios al día durante el mes, de acuerdo a prescripción médica.			
Presentación en Bolsa			
7. Solución para diálisis peritoneal al 4.25% Registro Sanitario: Vigencia: ____/____/____ DD MM AA			
• Sistema con puerto para ingreso de medicamento y puerto para dispensación de líquido.			
• Sistema de bolsa doble.			
• Sistema unido de fábrica a un sistema cerrado de líneas integrado, con tubería en "Y" que bifurque hacia bolsa de solución para diálisis peritoneal y hacia bolsa de drenaje.			
• Con sistema que reduzca los riesgos de infección peritoneal durante la conexión / desconexión de las bolsas.			
• Con sistema de desconexión con lavado antes del llenado.			
• Bolsa de solución para diálisis peritoneal con orificio en la parte distal para poder colgar la bolsa.			

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa de solución para diálisis peritoneal de 2,000 a 2,500 ml de capacidad con la siguiente composición por cada 100 ml: 			
Dextrosa: 4.25% (4.25 g)			
pH: 5.0 a 5.6			
Sodio: 130 a 134 mEq/L			
Calcio: 1 a 3.5 mEq/L			
Magnesio: 0.25 a 0.5 mEq/L			
Cloruro: 96 a 100 mEq/L			
Lactato: 35 a 40 mEq/L			
Agua inyectable c.b.p.: 100 mL			
<ul style="list-style-type: none"> En empaque sellado que garantice esterilidad de la bolsa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Código de colores para identificación de la concentración de glucosa. 			
<ul style="list-style-type: none"> Bolsa debe mostrar al menos: 			
Composición química de la solución para diálisis.			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote.			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para 4 cambios al día durante el mes, de acuerdo a prescripción médica.			
Presentación en Bolsa			
8. Tapón u obturador con solución desinfectante para la línea de transferencia. Registro Sanitario Vigencia: ___/___/___ DD MM AA			
<ul style="list-style-type: none"> Empaque debe mostrar al menos: 			
Fecha de vencimiento del producto.			
Número de lote.			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para 4 cambios al día durante el mes, de acuerdo a prescripción médica.			
Presentación en Pieza			
9. Dispositivos de compresión de líneas de flujo Registro Sanitario: N/A Vigencia: N/A			
<ul style="list-style-type: none"> Dispositivo de forcipresión o de selección para los puertos de salida hacia el paciente desde bolsa de solución para diálisis y de salida del paciente hacia bolsa de drenaje. 			

INSUMOS	CRITERIOS		OBSERVACIONES
	CUMPLE	NO CUMPLE	
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para 4 cambios al día durante el mes, de acuerdo a prescripción médica.			
Presentación en Pieza			
10. Cinta adhesiva Registro Sanitario: Vigencia: ____/____/____ DD MM AA			
• Esparadrapo microporoso e hipoalérgico.			
• Dimensiones mínimas: ½" de ancho por 9 metros de largo.			
Frecuencia de entrega: Entrega mensual domiciliar, que cubra para 4 cambios al día durante el mes, de acuerdo a prescripción médica.			
Presentación en Pieza			
CANTIDAD TOTAL DE REGISTROS SANITARIOS VIGENTES DPCA (ALEATORIOS)			
RESULTADO OBTENIDO	_____ %		
$\frac{\text{Registros sanitarios vigentes disponibles (específicos de cada insumo)}}{\text{Cantidad de tipos de insumos contratados}} \times 100$	CONCLUSIÓN		
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>	
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>	
Comentarios			

C. Inventario de componentes de la sesión de DPCA

No	COMPONENTE DE LA SESIÓN DE DPCA	CANTIDAD TOTAL VERIFICADA EN FÍSICO	CANTIDAD DE ACUERDO A INVENTARIO
1	Catéter Tenckhoff		
2	Conector entre línea de transferencia y catéter Tenckhoff		
3	Línea de transferencia		
4	Bandeja para cambio de línea de transferencia, en empaque estéril		

No	COMPONENTE DE LA SESIÓN DE DPCA	CANTIDAD TOTAL VERIFICADA EN FÍSICO	CANTIDAD DE ACUERDO A INVENTARIO
5	Set de desinfección:		
	• Alcohol líquido		
	• Alcohol gel		
	• Jabón líquido para lavado de manos		
6	Solución para diálisis peritoneal al 1.5%		
7	Solución para diálisis peritoneal al 2.5%		
8	Solución para diálisis peritoneal al 4.25%		
9	Tapón u obturador con solución desinfectante para la línea de transferencia		
10	Dispositivos de compresión de líneas de flujo		
11	Cinta adhesiva		
12	Mascarilla		
CANTIDAD TOTAL DE INSUMOS (ALEATORIO)			
RESULTADO OBTENIDO		_____ %	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Bolsas para DPCA y DPA en físico}}{\text{N}^\circ \text{ de Bolsas para DPCA y DPA de acuerdo a Inventario}}$		CONCLUSIÓN	
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>	
	NO CONFORMIDAD GRAVE [<90%]	<input type="checkbox"/>	
Comentarios			

D. Vigencia de los insumos

No	COMPONENTES DE LA SESIÓN DE DPCA	MUESTRA [Vigencia ____/____/____] DD MM AA				
		1	2	3	4	5
1	Catéter Tenckhoff	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
2	Conector entre línea de transferencia y catéter Tenckhoff	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
3	Línea de transferencia	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

No	COMPONENTES DE LA SESIÓN DE DPCA	MUESTRA [Vigencia ___/___/___] DD MM AA				
		1	2	3	4	5
4	Bandeja para cambio de línea de transferencia	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
5	Set de desinfección	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	Alcohol líquido	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	Alcohol gel	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	Jabón líquido para lavado de manos	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
6	Solución para diálisis peritoneal al 1.5%	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
7	Solución para diálisis peritoneal al 2.5%	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
8	Solución para diálisis peritoneal al 4.25%	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
9	Tapón u obturador con solución desinfectante para la línea de transferencia	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
10	Dispositivos de compresión de líneas de flujo	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
11	Cinta adhesiva	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
12	Mascarilla	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
CANTIDAD DE COMPONENTES CADUCADOS (ALEATORIO)						
RESULTADO OBTENIDO		_____ %				
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Insumos caducados}}{\text{N}^\circ \text{ de Insumos analizados}} \times 100$						CONCLUSIÓN
		RESULTADO ESPERADO [0 %]				<input type="checkbox"/>
		NO CONFORMIDAD GRAVE [$\geq 1\%$]				<input type="checkbox"/>
Comentarios						

Anexo No. 10. Instrumento de Supervisión Biomédica de la puesta en marcha del Equipamiento en Centro Base



Instrumento de Supervisión Biomédica de la puesta en marcha del Equipamiento en Centro Base

Las especificaciones técnicas de la Máquina cicladora para DPA, fueron evaluadas y aprobadas durante la licitación ITB/2019/8083, por lo que en la tabla siguiente verificarse que los equipos utilizados por el CONTRATISTA coincidan con la marca y modelo ofertados, así como también, con las condiciones requeridas.

DATOS GENERALES	
Proveedor:	
Dirección:	
Departamento:	Municipio:
Representante del Proveedor:	
Paciente (si es visita domiciliar):	
Supervisor del IGSS:	
Supervisor de UNOPS:	
Fecha de supervisión: ___/___/___ DD MM AA	

TABLA A. Equipo de Diálisis Peritoneal Automatizada (Cicladora)

Equipo	Máquina cicladora para DPA			
Marca				
Modelo		País de Origen		
No	Características técnicas	CUMPLE		OBSERVACIONES
Descripción				
1	Equipo para el tratamiento con diálisis peritoneal automatizada (DPA) como Terapia de Reemplazo Renal (TRR) a pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Fácil de transportar y utilizar (que no precise de calibración, instalación compleja o tiempo de espera para su puesta en funcionamiento).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

No	Características técnicas	CUMPLE		OBSERVACIONES
Descripción				
2	Conformado por:			
	• Calefactor	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Sistema de conexión múltiple	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Sistema de bolsa de dializado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	• Sistema de drenaje (bolsa o libre)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Opciones de terapia disponibles, programables y funcionales:			
	• Diálisis Peritoneal Cíclica Continua (DPCC)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Diálisis Peritoneal Cíclica Continua (DPCC+)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	• Diálisis Peritoneal Intermittente (DPI)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Diálisis Peritoneal Tidal (DPT)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Método de llenado/drenado por sistema hidroneumático	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Ciclo de cebado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Temperatura controlada al menos: 37 ± 2°C	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Tamaño de bolsas de solución aceptadas al menos entre el siguiente rango de capacidades: 2,000 a 6,000 mL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Tiempo de terapia programable.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Volumen de terapia programables	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Volumen de llenado o de infusión: Al menos en el rango de 500 a 3,000 mL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Número de intercambios programable	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Tiempo de permanencia programable, desde 0 hasta al menos 8 horas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Posibilidad de mantener y efectuar la última infusión para dejar el abdomen lleno con volumen y/o concentración diferenciados de los anteriores.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	No requiere técnico especializado en caso de transporte.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

No	Características técnicas	CUMPLE		OBSERVACIONES
Descripción				
15	Capacidad software y hardware que permita el manejo y la elaboración estadísticas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Suministro completo de todos los adaptadores, clamps y otros accesorios (no desechables) necesarios para operar.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Pantalla:				
17	Tecnología: LCD, LED, TFT o táctil	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	Parámetros mostrados:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Tratamiento seleccionado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Ciclos (No. ciclos, No. Pausas)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Volúmenes (Tratamiento, total, a infundir, remanente, última infusión, infusión inicial, tidal, volumen UF, drenado)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Tiempos (infusión, estancia o permanencia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Temperatura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Ultrafiltración	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	• Alarmas/Condición de error	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tecnología:				
19	Microprocesada	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	Capacidad de almacenamiento: Tratamientos e información de fallas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Alarmas audibles y visibles:				
21	Alarma de flujo lento o ausencia de flujo de infusión a paciente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
22	Alarma de flujo lento o ausencia de flujo a drenaje desde el paciente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
23	Alarma de temperatura (alta y baja en °C)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
24	Alarma de fallo en el suministro de energía eléctrica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Características Eléctricas:				
25	Voltaje de: 120 VAC, 60 Hertz, monofásico.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

No	Características técnicas	CUMPLE		OBSERVACIONES
Descripción				
26	Protección eléctrica de acuerdo a IEC 60601-1.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
27	Toma Polarizado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
28	Capacidad de almacenar datos de último paciente en caso de falla de suministro eléctrico de al menos 6 horas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Información Técnica Requerida:				
29	Con la Oferta:			
	a. Catálogo, hoja de datos técnicos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Manual de operación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Programa de mantenimiento con rutina de mantenimiento, lista de consumibles, herramientas y equipos recomendados para el desarrollo del mismo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garantía:				
30	Garantía de tener en existencia: máquinas, repuestos y partes al menos por el período de la vigencia del contrato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Capacitación:				
31	A operadores técnicos y pacientes:			
	a. Principio de operación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Uso y cuidado del equipo y calibraciones.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Resolución de problemas menores, gestión de alarmas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	d. Gestión de riesgos para pacientes y operadores.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	e. Chequeo del sistema diario y posterior a cada tratamiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	f. La capacitación debe formar parte de un proceso continuo, permanente y programado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Otras consideraciones:				
32	En caso de reemplazo de equipos, los equipos deben ser nuevos y no remanufacturados.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

FICHAS TÉCNICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO	_____ %	
$\frac{\text{Nº de fichas técnicas que cumplen con los datos de identificación de los equipos}}{\text{Total de fichas técnicas evaluadas}} \times 100$		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE USUARIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO	_____ %	
$\frac{\text{Tipos de manuales de usuario en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE SERVICIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO	_____ %	
$\frac{\text{Tipos de manuales de servicio en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

CORRELACIÓN ENTRE EQUIPOS CONTRATADOS E IDENTIFICADOS (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO	_____ %	
$\frac{\text{Nº de equipos identificados conforme a Contrato}}{\text{Nº de equipos bajo préstamo por consumo}} \times 100$		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO	_____ %	
$\frac{\text{Pruebas de seguridad eléctrica desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [$< 90\%$]	<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS FUNCIONALES (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO	_____ %	
$\frac{\text{Pruebas funcionales desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [$> 100\%$]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [$< 90\%$]	<input type="checkbox"/>
Comentarios:		

Especificaciones técnicas del Equipo de apoyo para la atención y el tratamiento de diálisis peritoneal en Centro Base

Para el equipamiento de apoyo que será utilizado para prestar servicios de atención a los pacientes y que tienen cierto nivel de complejidad, la SUPERVISIÓN debe realizar la evaluación y aprobación de los modelos propuestos por el CONTRATISTA previo a la puesta en marcha de los servicios en Centro Base.

TABLA B. Monitor de signos vitales de cinco (5) parámetros

Equipo	Monitor de signos vitales de cinco (5) parámetros			
Marca				
Modelo			País de Origen	
No	Descripción	CUMPLE		OBSERVACIONES
1	Catálogo técnico del producto actualizado (2013-2018), en original o fotocopia simple legible, con firma y sello de origen. El licitante debe indicar con claridad a qué número de código del catálogo pertenece el producto ofertado, la página donde se encuentra y señalar físicamente el código y/o imagen del insumo ofertado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Ficha técnica del producto actualizada, en original o fotocopia simple, con firma y sello de origen.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Documentos relacionados a la tecnología (Marca, modelo, procedencia y país de fabricación de todos los equipos y sus componentes): Monitor de signos vitales de 5 parámetros	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Certificado ISO 13485: Productos sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios. OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Certificado Comunidad Europea 93/42 CEE o equivalente (del fabricante de los equipos y componentes). OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Equipo	Monitor de signos vitales de cinco (5) parámetros			
Marca				
Modelo			País de Origen	
No	Descripción	CUMPLE		OBSERVACIONES
6	Los certificados arriba mencionados deben ser emitidos preferiblemente por un ente certificador acreditado por las autoridades regulatorias en uno de los países miembros del Global Harmonization Task Force (GHTF). Adicionalmente, los mismos deberán indicar al menos lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El estándar de calidad.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El nombre del ente certificador.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de emisión del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de expiración del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	En caso que las especificaciones técnicas sean equivalentes o superiores a lo que se requiere en el presente proceso, deberá incluirse un detalle en donde se describan las características de superioridad o equivalencia que deban considerarse en el proceso de evaluación de ofertas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

7	Certificación del personal técnico de mantenimiento para brindar soporte al equipo o contrato de mantenimiento con empresa tercerizada con personal certificado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
No	Descripción	CUMPLE		OBSERVACIONES
1	Pantalla con tecnología basada en cristal líquido-transistor de película delgada (TFT-LCD), cristal líquido (LCD), diodo emisor de luz (LED) o similar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
2	Pantalla a color.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
3	Pantalla 10 pulgadas (± 2) en diagonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
4	Pantalla con resolución de al menos 640 x 480 píxeles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
5	Presentación en pantalla de cinco curvas simultáneas como mínimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
6	Alarmas audio visuales de todos los parámetros monitorizados, con al menos tres niveles de prioridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
7	Tendencias tabulares (numéricas) y gráficas de 24 horas como mínimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
8	Para monitoreo de pacientes adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
9	Parámetros a monitorear:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
	a. Electrocardiografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
	b. Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
c. Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	SI	NO		
d. Saturación de oxígeno (SpO2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	SI	NO		
e. Presión sanguínea no invasiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	SI	NO		
Electrocardiografía				
10	Electrocardiografía de 3 electrodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	

11	Selección de al menos las siguientes derivaciones: I, II, III.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Presentación en pantalla de onda de electrocardiografía en al menos dos canales simultáneamente.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Rango de frecuencia cardíaca de 15 a 300 latidos por minuto o rango más amplio, con precisión de ± 5 latidos por minuto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Selección de límite superior e inferior para alarma de frecuencia cardíaca.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Detección de al menos dos tipos de arritmias.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Protección contra descarga de desfibrilador.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Frecuencia respiratoria				
17	Presentación en pantalla de forma de onda.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	Presentación en pantalla de valor medido.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
19	Rango de medición:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Adulto: 5 a 130 respiraciones por minuto o rango más amplio.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Con precisión de ± 2 respiraciones por minuto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	Selección de límite superior e inferior para alarma de frecuencia respiratoria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Presión sanguínea no invasiva				
21	Modo de medición manual.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
22	Modo de medición automático.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

23	Modo de medición continuo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
24	Presentación en pantalla de:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Medición de presión sistólica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Medición de presión diastólica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Medición de presión media.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
25	Rango de medición de presión 10 a 300mmHg o rango más amplio.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
26	Selección de límite superior e inferior para alarma de presión sanguínea no invasiva.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Temperatura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
27	Un canal.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
28	Presentación en pantalla de valor medido.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
29	Rango de medición de 15 a 45 grados centígrados o rango más amplio con precisión de $\pm 0.1^{\circ}\text{C}$.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
30	Selección de límite superior e inferior para alarma de temperatura.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
31	Rango de medición de 50 a 99% o rango más amplio.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
32	Rango de frecuencia cardíaca de 30 a 300 latidos por minuto o rango más amplio.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

33	Presentación en pantalla de:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a. Porcentaje de la saturación de oxígeno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Frecuencia cardíaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Onda pletismográfica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34	Precisión de la medición entre 70 y 99%: Al menos $\pm 2\%$.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35	Sensibilidad variable seleccionable o automática para forma de onda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36	Selección de límite superior e inferior para alarma de saturación de oxígeno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Características Eléctricas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37	Alimentación eléctrica: 120 VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38	Tomacorriente polarizado, grado hospitalario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39	Batería interna recargable con respaldo de 120 minutos como mínimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40	Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accesorios:				
41	Cables completos para electrocardiografía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42	Electrodos, autoadheribles, para ECG, descartables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43	Sensor de dedo para medición de saturación de oxígeno, reusable, para paciente adulto. Con su respectivo cable y conector al monitor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44	Brazalete reusable para paciente adulto tamaños. Con su respectiva manguera y conector al monitor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45	Sensor de piel, reusable para adulto, para medición de temperatura con su respectivo cable y conector al monitor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

46	Pedestal móvil, de la misma marca del equipo o recomendado expresamente por el fabricante.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Información Técnica Requerida:				
47	Pruebas de seguridad eléctrica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
48	Con la Oferta:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Catálogo, hoja de datos técnicos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Manual de operación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Programa de mantenimiento con rutina de mantenimiento, lista de consumibles, herramientas y equipos recomendados para el desarrollo del mismo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garantía:				
49	Los equipos utilizados en la prestación del Servicio, no deben ser reconstruidos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
50	Garantía contra desperfectos durante el período de vigencia del Contrato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Inspecciones y pruebas mínimas				
51	Inspección de la integridad física del bien.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
52	Pruebas de encendido y funcionamiento.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
FICHAS TÉCNICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (ANUAL)				
$\frac{\text{Nº de fichas técnicas que cumplen con los datos de identificación de los equipos}}{\text{Total de fichas técnicas evaluadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %		
		CONCLUSIÓN		
	RESULTADO ESPERADO [100%]			
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]			
DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE USUARIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)				
$\frac{\text{Tipos de manuales de usuario en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %		
		CONCLUSIÓN		
	RESULTADO ESPERADO [100%]			
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]			

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE SERVICIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
$\frac{\text{Tipos de manuales de servicio en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	
Comentarios		

CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO (ANUAL)		
$\frac{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo planificadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [> 95%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 80%]	<input type="checkbox"/>

CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas de seguridad eléctrica desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS FUNCIONALES (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas funcionales desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

TABLA C. Mesa para cirugía menor

Equipo	Mesa para cirugía menor			
Marca				
Modelo		País de Origen		
No.	DESCRIPCIÓN	CUMPLE		OBSERVACIONES
1	Catálogo técnico del producto actualizado (2013-2018), en original o fotocopia simple legible, con firma y sello de origen. El licitante debe indicar con claridad a qué número de código del catálogo pertenece el producto ofertado, la página donde se encuentra y señalar físicamente el código y/o imagen del insumo ofertado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Ficha técnica del producto actualizada, en original o fotocopia simple, con firma y sello de origen.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Documentos relacionados a la tecnología (Marca, modelo, procedencia y país de fabricación de todos los equipos y sus componentes):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Mesa para cirugía menor			
4	Certificado ISO 13485: Productos sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios. OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Certificado Comunidad Europea 93/42 CEE o equivalente (del fabricante de los equipos y componentes). OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Los certificados arriba mencionados deben ser emitidos preferiblemente por un ente certificador acreditado por las autoridades regulatorias en uno de los países miembros del Global Harmonization Task Force (GHTF). Adicionalmente, los mismos deberán indicar al menos lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El estándar de calidad.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El nombre del ente certificador.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de emisión del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	La fecha de expiración del certificado. En caso que las especificaciones técnicas sean equivalentes o superiores a lo que se requiere en el presente proceso, deberá incluirse un detalle en donde se describan las características de superioridad o equivalencia que deban considerarse en el proceso de evaluación de ofertas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Certificación del personal técnico de mantenimiento para brindar soporte al equipo o contrato de mantenimiento con empresa tercerizada con personal certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Equipo	Mesa para cirugía menor			
Marca				
Modelo				
No.	DESCRIPCIÓN	País de Origen		OBSERVACIONES
		CUMPLE		
1	Mesa de operaciones para Cirugía Menor, tipo universal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Accionamiento mecánico-hidráulico o electro hidráulico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	De cuatro (4) secciones:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Cabecero	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Respaldo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Sección pélvica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	d. Sección miembros inferiores	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Debe permitir al menos el siguiente rango de posiciones y movimientos por mecanismo mecánico-hidráulico o electro-hidráulico:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Ajuste de altura (sin colchoneta): 75-110 cm, +/- 10 cm. Con respecto al nivel del piso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Movimiento sección del respaldo hacia arriba/abajo: -25°/+55°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Movimiento sección de miembros inferiores hacia arriba/abajo, conformada por placas independientes, desmontables y abatibles de 10° a -90°, +/- 5°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	d. Trendelenburg (e inversa): Debe permitir un arco de desplazamiento de al menos 50° (+25° / - 25°) +/- 5°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Selección de movimientos por mecanismo mecánico-hidráulico o electro-hidráulico mediante control remoto de mano	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Características Eléctricas (en caso que la mesa sea de accionamiento electro hidráulico):				
6	Alimentación eléctrica: 120 VCA, 60 Hz, 1 Fase	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Conexión eléctrica correctamente polarizada, grado hospitalario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Sistema de respaldo por falta de energía y variación de nivel de voltaje con tiempo de respaldo de 30 minutos o de 100 movimientos como mínimo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

7	Características Mecánicas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Capacidad máxima de carga: Al menos 200kg	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Estructura de la superficie, columna y rieles laterales en acero inoxidable o acero al cromo níquel. Cubierta de base de la mesa en acero inoxidable, acero al cromo niqueo o polímero de alto impacto de uso médico, resistente a roturas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Secciones deberán ser radio-translúcidas, accesible al equipo de rayos x al menos en área de tórax y abdomen.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Dimensiones:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Ancho mínimo: 50cm (sin tomar en cuenta el ancho de los rieles porta accesorios)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Largo mínimo: 200 cm., incluyendo extensión de cabeza o cabecero.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Rodable de fácil desplazamiento, con sistema de bloqueo (frenos)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Información Técnica Requerida:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Con la Oferta:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Catálogo, hoja de datos técnicos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Manual de operación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Programa de mantenimiento con rutina de mantenimiento, lista de consumibles, herramientas y equipos recomendados para el desarrollo del mismo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Garantía:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Los equipos utilizados en la prestación del Servicio, no deben ser reconstruidos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Garantía contra desperfectos durante el período de vigencia del Contrato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Inspecciones y pruebas mínimas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Inspección de la integridad física del bien, de ajustes y movimientos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	



FICHAS TÉCNICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (ANUAL)

	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE USUARIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)

	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE SERVICIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)

	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

Comentarios

CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO (ANUAL)

	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [> 95%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 80%]	<input type="checkbox"/>

CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA (ANUAL)

	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS FUNCIONALES (ANUAL)

	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

Comentarios

TABLA D. Lámpara para cirugía menor

Equipo Lámpara para cirugía menor				
Marca				
Modelo		País de origen:		
No.	DESCRIPCIÓN	CUMPLE		OBSERVACIONES
1	Catálogo técnico del producto actualizado (2013-2018), en original o fotocopia simple legible, con firma y sello de origen. El licitante debe indicar con claridad a qué número de código del catálogo pertenece el producto ofertado, la página donde se encuentra y señalar físicamente el código y/o imagen del insumo ofertado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Ficha técnica del producto actualizada, en original o fotocopia simple, con firma y sello de origen.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Documentos relacionados a la tecnología (Marca, modelo, procedencia y país de fabricación de todos los equipos y sus componentes):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Lámpara para cirugía menor				
4	Certificado ISO 13485: Productos sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios. OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Certificado Comunidad Europea 93/42 CEE o equivalente (del fabricante de los equipos y componentes). OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Los certificados arriba mencionados deben ser emitidos preferiblemente por un ente certificador acreditado por las autoridades regulatorias en uno de los países miembros del Global Harmonization Task Force (GHTF). Adicionalmente, los mismos deberán indicar al menos lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El estándar de calidad.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El nombre del ente certificador.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de emisión del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de expiración del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	En caso que las especificaciones técnicas sean equivalentes o superiores a lo que se requiere en el presente proceso, deberá incluirse un detalle en donde se describan las características de superioridad o equivalencia que deban considerarse en el proceso de evaluación de ofertas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Certificación del personal técnico de mantenimiento para brindar soporte al equipo o contrato de mantenimiento con empresa tercerizada con personal certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO				
1	Lámpara para sala de operaciones para un cabezal, de montaje en techo, de luz halógena fría, para uso auxiliar en sala de operaciones, partos, emergencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
2	De montaje en techo, con rotación de satélite en eje vertical y horizontal ° e ilimitado número de posiciones en los tres planos de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
3	Reflector de al menos 60 centímetros de diámetro, proporcionando una luz de color corregido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
4	Intensidad de luz de 90,000 lux a una distancia de 1 metro en el campo operatorio. Con control de intensidad en el rango de 25,000 a 90,000 lux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
5	La iluminación del campo operatorio deberá ser lo más uniforme posible, sin sombras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
6	Con lámparas halógenas de 12 voltios, es aceptable tecnología LED blanca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
7	De construcción que proporcione estabilidad, fácil movilidad y posicionamiento, peso ligero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
8	Temperatura de color de 4000 Kelvin mínimo, preferible con filtro de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
9	Incremento de temperatura en el campo operatorio: 10 a 15 grados centígrados máximo. Pintura totalmente lavable y resistente a los productos utilizados en la desinfección de salas de operaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
10	Panel de mando eléctrico situado en brazo de lámpara, con control de encendido, apagado, intensidad de luz, alarma en caso de falla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
Características Eléctricas				
11	Alimentación eléctrica de 120-220 ± 10% VCA. Frecuencia de red de 60 Hz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
12	Sistema de respaldo por falta de energía y variación de nivel de voltaje con tiempo de respaldo de 30 minutos como mínimo, sistema (UPS) completo con regulador de voltaje. Es necesario adjuntar catálogo del equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
13	Con lámparas halógenas o tecnología LED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
14	Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1 (Anexar copia de certificado).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
Características Mecánicas				
15	Construida en materiales resistentes al calor y corrosión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
16	Pintura al horno, totalmente lavable y resistente a los productos utilizados en la desinfección de salas de operaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	

17	Dimensiones compatibles con altura del techo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
Información Técnica Requerida:				
18	Con la Oferta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a. Catálogo, hoja de datos técnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Manual de operación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Programa de mantenimiento con rutina de mantenimiento, lista de consumibles, herramientas y equipos recomendados para el desarrollo del mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
Garantía:				
19	Los equipos utilizados en la prestación del Servicio, no deben ser reconstruidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
20	Garantía contra desperfectos durante el período de vigencia del Contrato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
Inspecciones y pruebas mínimas				
21	Inspección de la integridad física del bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
22	Pruebas de encendido y funcionamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
23	Medición de luxes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	

FICHAS TÉCNICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (ANUAL)		
$\frac{\text{Nº de fichas técnicas que cumplen con los datos de identificación de los equipos}}{\text{Total de fichas técnicas evaluadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE USUARIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
$\frac{\text{Tipos de manuales de usuario en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE SERVICIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
$\frac{\text{Tipos de manuales de servicio en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO (ANUAL)		
$\frac{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo planificadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [> 95%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 80%]	<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas de seguridad eléctrica desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS FUNCIONALES (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas funcionales desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

TABLA E. Equipo para cardioversión y desfibrilación con monitoreo de trazo de electrocardiograma (ECG) portátil

Equipo	Equipo para cardioversión y desfibrilación con monitoreo de trazo de electrocardiograma (ECG) portátil			
Marca				
Modelo				
No.	DESCRIPCIÓN	País de Origen		OBSERVACIONES
		CUMPLE		
1	Catálogo técnico del producto actualizado (2013-2018), en original o fotocopia simple legible, con firma y sello de origen. El licitante debe indicar con claridad a qué número de código del catálogo pertenece el producto ofertado, la página donde se encuentra y señalar físicamente el código y/o imagen del insumo ofertado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Ficha técnica del producto actualizada, en original o fotocopia simple, con firma y sello de origen.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Documentos relacionados a la tecnología (Marca, modelo, procedencia y país de fabricación de todos los equipos y sus componentes):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Equipo para cardioversión y desfibrilación con monitoreo de trazo de Electrocardiograma (ECG) portátil	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Certificado ISO 13485: Productos sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios. OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Certificado Comunidad Europea 93/42 CEE o equivalente (del fabricante de los equipos y componentes). OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Los certificados arriba mencionados deben ser emitidos preferiblemente por un ente certificador acreditado por las autoridades regulatorias en uno de los países miembros del Global Harmonization Task Force (GHTF). Adicionalmente, los mismos deberán indicar al menos lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El estándar de calidad.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El nombre del ente certificador.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de emisión del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de expiración del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	En caso que las especificaciones técnicas sean equivalentes o superiores a lo que se requiere en el presente proceso, deberá incluirse un detalle en donde se describan las características de superioridad o equivalencia que deban considerarse en el proceso de evaluación de ofertas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Certificación del personal técnico de mantenimiento para brindar soporte al equipo o contrato de mantenimiento con empresa tercerizada con personal certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

No.	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO		
1	Equipo portátil, de soporte de vida para la descarga eléctrica sincrónica o asincrónica, con el fin de revertir alteraciones del ritmo y de la conducción, así como para la vigilancia de la actividad eléctrica del corazón.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2	Equipo Desfibrilador con monitor / graficador de ECG y saturación de oxígeno.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3	Controles, menú y software en idioma español.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4	Adquisición de ECG a través de cable de tres electrodos y a través de paletas de descarga.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5	Con selector de modo sincrónico (cardioversión), asincrónico (desfibrilación).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6	Tipo de onda: bifásica rectilínea.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7	Al menos los siguientes controles e indicadores:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	a. Selector de derivaciones de ECG y ganancia.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	b. Control para seleccionar niveles de energía desde 5 hasta 200 Joules, aplicables a través de las paletas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	c. Control de descarga desde el panel de control y desde las paletas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	d. Indicador de nivel de energía.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	e. Indicador de carga.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8	f. Indicador de sincronización.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Pantalla de al menos 5", de alta resolución y alto contraste, ajustable que al menos muestre:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	a. Frecuencia cardiaca en el rango aproximado de 20 a 300 lpm	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	b. ECG.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	c. Valor numérico de Saturación de Oxígeno.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9	d. Conexión del paciente.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	e. Carga de la batería.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Paletas externas reusables y esterilizables, para adulto integradas al equipo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

10	Alarmas visibles y audibles, ajustables por el usuario para alteraciones en:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a. Frecuencia cardiaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Conexión del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Carga de la batería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Características Eléctricas				
11	Alimentación eléctrica: 120 VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Tomacorriente polarizado, grado hospitalario, cable de al menos 3 metros de largo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Batería de reserva capaz de proveer al menos 35 descargas a máxima potencia o tres horas de monitoreo continuo luego de una carga plena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accesorios y consumibles				
15	Cable de paciente para ECG, reusable, 3 electrodos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Electrodos, autoadheribles, para ECG, descartables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Tubos de gel electro conductiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Papel térmico del tipo que requiera el equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Todos los accesorios y consumibles necesarios para su normal funcionamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Información Técnica Requerida:				
18	Pruebas de seguridad eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Con la Oferta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a. Catálogo, hoja de datos técnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Manual de operación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Programa de mantenimiento con rutina de mantenimiento, lista de consumibles, herramientas y equipos recomendados para el desarrollo del mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Garantía:				
19	Los equipos utilizados en la prestación del Servicio, no deben ser reconstruidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
20	Garantía contra desperfectos durante el período de vigencia del Contrato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	

TABLA F. Autoclave de mesa

FICHAS TÉCNICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (ANUAL)		
$\frac{\text{Nº de fichas técnicas que cumplen con los datos de identificación de los equipos}}{\text{Total de fichas técnicas evaluadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE USUARIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
$\frac{\text{Tipos de manuales de usuario en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE SERVICIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
$\frac{\text{Tipos de manuales de servicio en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO (ANUAL)		
$\frac{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo planificadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [> 95%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 80%]	<input type="checkbox"/>

CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas de seguridad eléctrica desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS FUNCIONALES (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas funcionales desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

Equipo	Autoclave de mesa			
Marca				
Modelo				
No.	DESCRIPCIÓN	País de Origen		OBSERVACIONES
		CUMPLE		
1	Catálogo técnico del producto actualizado (2013-2018), en original o fotocopia simple legible, con firma y sello de origen. El licitante debe indicar con claridad a qué número de código del catálogo pertenece el producto ofertado, la página donde se encuentra y señalar físicamente el código y/o imagen del insumo ofertado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Ficha técnica del producto actualizada, en original o fotocopia simple, con firma y sello de origen.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Documentos relacionados a la tecnología (Marca, modelo, procedencia y país de fabricación de todos los equipos y sus componentes):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Autoclave de mesa				
4	Certificado ISO 13485: Productos sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios. OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Certificado Comunidad Europea 93/42 CEE o equivalente (del fabricante de los equipos y componentes). OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

6	Los certificados arriba mencionados deben ser emitidos preferiblemente por un ente certificador acreditado por las autoridades regulatorias en uno de los países miembros del Global Harmonization Task Force (GHTF). Adicionalmente, los mismos deberán indicar al menos lo siguiente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	El estándar de calidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	El nombre del ente certificador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	La fecha de emisión del certificado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	La fecha de expiración del certificado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	En caso que las especificaciones técnicas sean equivalentes o superiores a lo que se requiere en el presente proceso, deberá incluirse un detalle en donde se describan las características de superioridad o equivalencia que deban considerarse en el proceso de evaluación de ofertas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Certificación del personal técnico de mantenimiento para brindar soporte al equipo o contrato de mantenimiento con empresa tercerizada con personal certificado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No.	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO	CUMPLE		OBSERVACIONES
Modelo:				
1	Equipo para esterilizar instrumental, material sólido, líquido y plástico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Operación de forma manual o automática por medio de vapor auto generado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Controlado por microprocesador, con panel de control, selector de ciclos y sistema de autodiagnóstico para detección de fallas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Capacidad de la cámara suficiente para procesar el volumen demandado por la clínica (presentar memoria de cálculo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Rango de presión de 0 a 30 PSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Llenado de cámara por gravedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Controles de ciclo de esterilización semi automáticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8	Programas preestablecidos para: vidrio, instrumental suelto, plástico, material poroso, líquidos y ciclo isotérmico o de baja temperatura.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Control de temperatura en un rango de 115 a 134°C.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Control de llenado de agua.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Control de tiempo de esterilización y ciclos estándar preprogramados que incluyan secado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Luces indicadoras de encendidos y procesos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Alarmas visuales y audibles de: puerta mal cerrada, falla de temperatura de operación del ciclo, falla de presión de operación, falla durante el ciclo, bajo nivel de agua, falla en el suministro de energía.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Indicador visual y audible de fin de ciclo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Monitoreo de presión y temperatura de esterilización.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Con pantalla digital para el despliegue de parámetros: tiempo, temperatura y presión como mínimo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Dispositivo de seguridad para evitar apertura de puerta con la cámara presurizada, debe poseer válvula de seguridad para evacuar la presión en la cámara.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	Generación de vapor por medio de resistencias eléctricas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
19	Función de paro de emergencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	El equipo podrá apagarse automáticamente en caso de sobrecalentamiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
21	Filtro HEPA o máximo 0.3 micrones para el ingreso de aire libre de partículas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Características Eléctricas				
22	Voltaje 208 ± 10% VAC, 60 Hz, monofásico.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

23	Tomacorriente polarizado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Características Mecánicas				
24	La unidad debe estar bien construida, cámara cilíndrica y puerta completamente de acero inoxidable, diseñada nominalmente para 50 PSI o mayor.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
25	Resistente y durable que permita limpieza típica hospitalaria.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Accesorios y consumibles	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
26	Charola o caja de acero inoxidable para colocar instrumental quirúrgico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
27	Cinta testigo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Instalación				
28	Circuito de alimentación eléctrica individual y con protección térmica, de acuerdo a recomendación del fabricante.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Información Técnica Requerida:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
29	Con la Oferta:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Catálogo, hoja de datos técnicos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Manual de operación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Programa de mantenimiento con rutina de mantenimiento, lista de consumibles, herramientas y equipos recomendados para el desarrollo del mismo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garantía:				
30	Los equipos utilizados en la prestación del Servicio, no deben ser reconstruidos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
31	Garantía contra desperfectos durante el período de vigencia del Contrato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Inspecciones y pruebas mínimas				
32	Verificación de efectividad del ciclo de esterilización haciendo uso de indicadores biológicos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

FICHAS TÉCNICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (ANUAL)		
$\frac{\text{Nº de fichas técnicas que cumplen con los datos de identificación de los equipos}}{\text{Total de fichas técnicas evaluadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE USUARIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
$\frac{\text{Tipos de manuales de usuario en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE SERVICIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
$\frac{\text{Tipos de manuales de servicio en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO (ANUAL)		
$\frac{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo planificadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [> 95%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 80%]	<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas de seguridad eléctrica desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS FUNCIONALES (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas funcionales desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [> 100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

Comentarios

TABLA G. Electrocardiógrafo

Equipo	Electrocardiógrafo			
Marca				
Modelo				
No.	DESCRIPCIÓN	País de Origen		OBSERVACIONES
		CUMPLE		
1	Catálogo técnico del producto actualizado (2013-2018), en original o fotocopia simple legible, con firma y sello de origen. El licitante debe indicar con claridad a qué número de código del catálogo pertenece el producto ofertado, la página donde se encuentra y señalar físicamente el código y/o imagen del insumo ofertado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Ficha técnica del producto actualizada, en original o fotocopia simple, con firma y sello de origen.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Documentos relacionados a la tecnología (Marca, modelo, procedencia y país de fabricación de todos los equipos y sus componentes):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Electrocardiógrafo				
4	Certificado ISO 13485: Productos sanitarios. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos para fines reglamentarios. OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Certificado Comunidad Europea 93/42 CEE o equivalente (del fabricante de los equipos y componentes). OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Los certificados arriba mencionados deben ser emitidos preferiblemente por un ente certificador acreditado por las autoridades regulatorias en uno de los países miembros del Global Harmonization Task Force (GHTF). Adicionalmente, los mismos deberán indicar al menos lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El estándar de calidad.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El nombre del ente certificador.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de emisión del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de expiración del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

7	En caso que las especificaciones técnicas sean equivalentes o superiores a lo que se requiere en el presente proceso, deberá incluirse un detalle en donde se describan las características de superioridad o equivalencia que deban considerarse en el proceso de evaluación de ofertas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Certificación del personal técnico de mantenimiento para brindar soporte al equipo o contrato de mantenimiento con empresa tercerizada con personal certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
No.	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO			
1	Electrocardiógrafo, multicanal, capaz de monitorear y generar un registro de las siguientes derivaciones: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5 y V6.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Pantalla de cristal líquido (LCD) o similar para visualizar mensajes y configuraciones.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Operación manual y automática.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Impresora térmica:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Con capacidad para imprimir en al menos dos formatos:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	i. Uno (1) Canal.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	ii. Tres (3) Canales.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Identificación en registro de:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	i. Fecha y hora.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	ii. Identificación numérica de paciente.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	iii. Derivación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	5	Velocidad de impresión: 25 y 50 mm por segundo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6	Selección de amplitud: 5, 10, 20 mm/mV.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Filtros:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Filtro de interferencia AC: 60Hz.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Muscular.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

8	Rango de frecuencia: 0.05 a 100 Hz.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Protección de entrada: Contra choque de desfibrilador.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Cumplir o superar los requisitos de la norma ANSI/AAMI EC11 en al menos los siguientes parámetros:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Rango dinámico de entrada.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Tolerancia a desviación de electrodos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Rechazo en modo común (CMRR).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	d. Impedancia de entrada.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Características Eléctricas				
11	Alimentación eléctrica: 120 VCA, 60 Hz, 1 Fase.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Tomacorriente polarizado, grado hospitalario, cable de al menos 3 metros de largo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Con soporte de suministro eléctrico a base de baterías por al menos 2 horas, para funcionamiento continuo y sin interrupción, al existir una falla en el suministro de energía.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Con indicador de la carga de las baterías en pantalla.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
15	Sistema cargador electrónico automático.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
16	Seguridad eléctrica conforme a IEC 60601-1, plenamente demostrada.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Características Mecánicas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
17	Portátil y compacto.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
18	Carcasa resistente a la corrosión y a la aplicación de líquidos de uso hospitalario.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Accesorios y consumibles				
19	Cable de paciente reusable para doce (12) derivaciones.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
20	Set de seis (6) electrodos tipo pera para pecho.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

21	Set de cuatro (4) unidades de electrodos tipo pinza para extremidades.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
22	Rollos o resmas de papel termosensible y milimetrado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
23	Tubos de gel conductiva.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
24	Electrodos descartables tipo disco.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
25	Todos los accesorios necesarios para su puesta en marcha y normal funcionamiento.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Información Técnica Requerida:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
26	Pruebas de seguridad eléctrica.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
27	Con la Oferta:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Catálogo, hoja de datos técnicos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Manual de operación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Programa de mantenimiento con rutina de mantenimiento, lista de consumibles, herramientas y equipos recomendados para el desarrollo del mismo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garantía:				
28	Los equipos utilizados en la prestación del Servicio, no deben ser reconstruidos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
29	Garantía contra desperfectos durante el período de vigencia del Contrato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

FICHAS TÉCNICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (ANUAL)

$\frac{\text{Nº de fichas técnicas que cumplen con los datos de identificación de los equipos}}{\text{Total de fichas técnicas evaluadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE USUARIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)

$\frac{\text{Tipos de manuales de usuario en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE SERVICIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO	_____ %	
$\frac{\text{Tipos de manuales de servicio en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$		CONCLUSIÓN
RESULTADO ESPERADO [100%]		<input type="checkbox"/>
NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]		<input type="checkbox"/>
Comentarios		

CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO	_____ %	
$\frac{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo planificadas}} \times 100$		CONCLUSIÓN
RESULTADO ESPERADO [> 95%]		<input type="checkbox"/>
NO CONFORMIDAD GRAVE [< 80%]		<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO	_____ %	
$\frac{\text{Pruebas de seguridad eléctrica desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$		CONCLUSIÓN
RESULTADO ESPERADO [100%]		<input type="checkbox"/>
NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]		<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS FUNCIONALES (ANUAL)		
RESULTADO OBTENIDO	_____ %	
$\frac{\text{Pruebas funcionales desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$		CONCLUSIÓN
RESULTADO ESPERADO [100%]		<input type="checkbox"/>
NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]		<input type="checkbox"/>
Comentarios		

TABLA H. Báscula de Plataforma

Equipo	Báscula de Plataforma			
Marca				
Modelo			País de Origen	
No.	DESCRIPCIÓN	CUMPLE		OBSERVACIONES
1	Catálogo técnico del producto actualizado (2013-2018), en original o fotocopia simple legible, con firma y sello de origen. El licitante debe indicar con claridad a qué número de código del catálogo pertenece el producto ofertado, la página donde se encuentra y señalar físicamente el código y/o imagen del insumo ofertado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Ficha técnica del producto actualizada, en original o fotocopia simple, con firma y sello de origen.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Certificado ISO 9001. OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Certificado Comunidad Europea 93/42 CEE o equivalente (del fabricante de los equipos y componentes). OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Los certificados arriba mencionados deben ser emitidos preferiblemente por un ente certificador acreditado por las autoridades regulatorias en uno de los países miembros del Global Harmonization Task Force (GHTF). Adicionalmente, los mismos deberán indicar al menos lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El estándar de calidad.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El nombre del ente certificador.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de emisión del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de expiración del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	En caso que las especificaciones técnicas sean equivalentes o superiores a lo que se requiere en el presente proceso, deberá incluirse un detalle en donde se describan las características de superioridad o equivalencia que deban considerarse en el proceso de evaluación de ofertas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
No.	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO			
1	Báscula para pesaje de pacientes en silla de ruedas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Capacidad máxima de al menos 500lbs (272.3 kg).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Lectura digital de peso en libras y kilogramos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

4	Función de tara incluida.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Características Eléctricas				
5	Alimentación eléctrica de 120 VAC. Frecuencia de red de 60 Hz.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Características Mecánicas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Plataforma resistente.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Con perfil bajo o rampa de acceso para facilitar el acceso de pacientes en silla de ruedas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Información Técnica Requerida:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Con la Oferta:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	a. Catálogo, hoja de datos técnicos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	b. Manual de operación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	c. Programa de mantenimiento con rutina de mantenimiento, lista de consumibles, herramientas y equipos recomendados para el desarrollo del mismo.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	d. Certificados UL e ISO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Garantía:				
9	Los equipos utilizados en la prestación del Servicio, no deben ser reconstruidos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Garantía contra desperfectos durante el período de vigencia del Contrato.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	Inspecciones y pruebas mínimas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Inspección de la integridad física del bien.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Pruebas de encendido y funcionamiento.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO (ANUAL)		
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de fichas técnicas que cumplen con los datos de identificación de los equipos}}{\text{Total de fichas técnicas evaluadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [$> 95\%$]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [$< 80\%$]	<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA (ANUAL)		
$\frac{\text{Tipos de manuales de usuario en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [$< 90\%$]	<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS FUNCIONALES (ANUAL)		
$\frac{\text{Tipos de manuales de servicio en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [$< 90\%$]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

FICHAS TÉCNICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (ANUAL)		
$\frac{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo planificadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [$< 90\%$]	<input type="checkbox"/>
DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE USUARIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas de seguridad eléctrica desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [$< 90\%$]	<input type="checkbox"/>
DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE SERVICIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas funcionales desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [$< 90\%$]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

TABLA I. Báscula para medición de IMC por Bioimpedancia

Equipo	Báscula para medición de IMC por Bioimpedancia			
Marca				
Modelo			País de Origen	
No.	DESCRIPCIÓN	CUMPLE		OBSERVACIONES
1	Catálogo técnico del producto actualizado (2013-2018), en original o fotocopia simple legible, con firma y sello de origen. El licitante debe indicar con claridad a qué número de código del catálogo pertenece el producto ofertado, la página donde se encuentra y señalar físicamente el código y/o imagen del insumo ofertado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Ficha técnica del producto actualizada, en original o fotocopia simple, con firma y sello de origen.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Certificado ISO 9001. OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Certificado Comunidad Europea 93/42 CEE o equivalente (del fabricante de los equipos y componentes). OBLIGATORIO.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Los certificados arriba mencionados deben ser emitidos preferiblemente por un ente certificador acreditado por las autoridades regulatorias en uno de los países miembros del Global Harmonization Task Force (GHTF). Adicionalmente, los mismos deberán indicar al menos lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El estándar de calidad.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	El nombre del ente certificador.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de emisión del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	La fecha de expiración del certificado.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	En caso que las especificaciones técnicas sean equivalentes o superiores a lo que se requiere en el presente proceso, deberá incluirse un detalle en donde se describan las características de superioridad o equivalencia que deban considerarse en el proceso de evaluación de ofertas.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
No.	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO			
1	Para proporcionar lecturas de composición corporal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

2	Que permita medir y calcular:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
	a) Porcentaje de grasa y agua corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
	b) Índice y cálculo de grasa visceral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
3	c) Peso óseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
	d) Masa muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		SI	NO	
	e) IMC (índice masa corporal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
4	Con electrodos para pies en la base y retráctiles para brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
5	Con capacidad de realizar lecturas segmentadas de brazos, piernas y tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
6	Con pantalla digital para mostrar valores de las mediciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
7	Con función de memorias para datos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
8	Capacidad de peso de al menos 150 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
9	Con interfaz que permita la comunicación en red	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
	Características Eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
10	Alimentación eléctrica de 120 VAC. Frecuencia de red de 60 Hz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
11	Capacidad de trabajar con baterías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
	Información Técnica Requerida:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		
	Con la Oferta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SI	NO		

	a. Catálogo, hoja de datos técnicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Manual de operación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Programa de mantenimiento con rutina de mantenimiento, lista de consumibles, herramientas y equipos recomendados para el desarrollo del mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d. Certificados UL e ISO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Garantía:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Los equipos utilizados en la prestación del Servicio, no deben ser reconstruidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Garantía contra desperfectos durante el período de vigencia del Contrato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Inspecciones y pruebas mínimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Inspección de la integridad física del bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Pruebas de encendido y funcionamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FICHAS TÉCNICAS QUE CUMPLEN CON LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (ANUAL)

$\frac{\text{Nº de fichas técnicas que cumplen con los datos de identificación de los equipos}}{\text{Total de fichas técnicas evaluadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE USUARIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)

$\frac{\text{Tipos de manuales de usuario en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	

DISPONIBILIDAD DE MANUAL DE SERVICIO EN CDT POR TIPO DE EQUIPO (ANUAL)		
$\frac{\text{Tipos de manuales de servicio en CDT}}{\text{Tipos de equipo contratados}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO (ANUAL)		
$\frac{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo planificadas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [> 95%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 80%]	<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS DE SEGURIDAD ELÉCTRICA (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas de seguridad eléctrica desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
CUMPLIMIENTO CON PRUEBAS FUNCIONALES (ANUAL)		
$\frac{\text{Pruebas funcionales desarrolladas}}{\text{Sesiones de mantenimiento preventivo desarrolladas}} \times 100$	RESULTADO OBTENIDO	_____ %
		CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [100%]	<input type="checkbox"/>
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]	<input type="checkbox"/>
Comentarios		

Anexo No. 11. Instrumento resumen de equipamiento verificado en Centro Base



Instrumento resumen de equipamiento verificado en Centro Base

No	TIPO DE EQUIPO	CANTIDAD TOTAL DE UNIDADES VERIFICADA EN FÍSICO	CANTIDAD TOTAL DE UNIDADES CONFORME AL ACUERDO
1	Máquina cicladora para DPA		
2	Monitor de signos vitales de cinco (5) parámetros		
3	Mesa para cirugía menor		
4	Lámpara para cirugía menor		
5	Equipo para cardioversión y desfibrilación con monitoreo de trazo de electrocardiograma (ECG)		
6	Autoclave de mesa		
7	Electrocardiógrafo		
8	Báscula de plataforma		
9	Báscula para medición de IMC por Bioimpedancia		
Comentarios			

Para dar fe de lo supervisado y descrito anteriormente firmamos:

NOMBRE	INSTITUCIÓN / EMPRESA	FIRMA

Para validar la presente supervisión todas las hojas deben llevar la rúbrica de los firmantes.

Anexo No. 12. Instrumento de Supervisión Biomédica de las actividades de capacitación a personal técnico y personal a cargo de almacenamiento de los insumos



Instrumento de Supervisión Biomédica de las actividades de capacitación a personal técnico y personal a cargo de almacenamiento de los insumos

DATOS GENERALES	
Proveedor:	
Dirección:	
Departamento:	Municipio:
Representante de la Clínica de Hemodiálisis:	
Supervisor del IGSS:	
Supervisor de UNOPS:	
Fecha de supervisión: ____/____/____ DD MM AA	

No.	INSUMO ENTREGADO	CUMPLIMIENTO		
		SI	NO	N/A
1	Plan de capacitación para el personal técnico			
2	Plan de capacitación para el personal a cargo del almacenamiento de los insumos en las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Distribución			
3	Registro de capacitación del personal técnico			
4	Registro de capacitación del personal a cargo del almacenamiento de los insumos en las Buenas Prácticas de Almacenamiento y Distribución			
5	Actualización de estado de Plan de capacitación para personal técnico			
6	Actualización de estado de Plan de capacitación para personal a cargo del almacenamiento de los insumos			

CAPACITACIONES A PERSONAL TÉCNICO (ANUAL)	
RESULTADO OBTENIDO	_____ %
$\frac{\text{Nº de sesiones de capacitación a personal técnico desarrolladas}}{\text{Nº de sesiones de capacitación programadas}} \times 100$	CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [> 90%]
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]
CAPACITACIONES A PERSONAL DE ALMACENAMIENTO (ANUAL)	
RESULTADO OBTENIDO	_____ %
$\frac{\text{Nº de sesiones de capacitación a personal de almacenamiento desarrolladas}}{\text{Nº de sesiones de capacitación programadas}} \times 100$	CONCLUSIÓN
	RESULTADO ESPERADO [> 90%]
	NO CONFORMIDAD GRAVE [< 90%]
Comentarios	

Anexo No. 13. Instrumento de Supervisión Biomédica al seguimiento por parte del Proveedor del almacenamiento de insumos



Instrumento de Supervisión Biomédica al seguimiento por parte del Proveedor del almacenamiento de insumos

DATOS GENERALES	
Proveedor:	
Dirección:	
Departamento:	Municipio:
Supervisor de UNOPS:	
Fecha de supervisión: ___/___/___ DD MM AA	

Fecha de inspección por parte del Proveedor: ___/___/___ DD MM AA				
No.	ASPECTO INSPECCIONADO	CUMPLIMIENTO		
		SI	NO	N/A
1	Verificación de condiciones de humedad			
2	Verificación de condiciones de temperatura			
3	Verificación de condiciones de iluminación			
4	Verificación de control de vectores infecciosos			
5	Verificación de estiba de unidades de almacenamiento			
6	Verificación de condiciones adecuadas de estanterías			
7	Verificación de áreas limpias y desinfectadas			
8	Seguimiento al sistema de almacenamiento			
9	Control averías, deterioros, vencimientos			
10	Verificación de la restricción de accesos			
Comentarios				

Para dar fe de lo supervisado y descrito anteriormente firmamos:

NOMBRE	INSTITUCIÓN/ EMPRESA	FIRMA

Para validar la presente supervisión todas las hojas deben llevar la rúbrica de los firmantes.

