

MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD DE LOS SANTOS
HOSPITAL REGIONAL DR. JOAQUÍN PABLO FRANCO
SAYAS

DOCUMENTACIÓN PARA LA NEGOCIACIÓN DEL
CONVENIO DE GESTIÓN 2009

Dr. Luís Olson Amaya
Director Médico

MARZO DE 2009

INTRODUCCIÓN

El Hospital Regional Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas, comprometido en el actual proceso de reforma y modernización, ha considerado consensuar el nuevo Convenio de Gestión para el periodo 2009, siguiendo su Plan Trienal de Estrategias y Líneas Estratégicas, dando soporte al proceso de Gestión Matricial que contempla los Procesos de Producción y Gestión en Salud para satisfacer las demandas de los usuarios y usuarias residentes y de la población contingente en la Provincia de Los Santos.

El presente trabajo busca identificar la continuidad de los procesos de modernización en la gestión y la producción según nuestra cartera de servicios, correspondientes a un Segundo Nivel de Complejidad de la Atención en Salud.

Contiene la caracterización geográfica y demográfica junto a la caracterización de nuestra situación epidemiológica de salud en la Provincia. Identifica los indicadores más relevantes de la producción de 2008 y la proyección en el nuevo convenio.

HOSPITAL REGIONAL DR. JOAQUIN PABLO FRANCO SAYAS

MISIÓN

- “INSTITUCIÓN ESTATAL HOSPITALARIA QUE BRINDA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A TRAVÉS DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, CURACIÓN, REHABILITACIÓN CON PERSONAL ALTAMENTE CALIFICADO Y FUNDAMENTADO EN LOS PRINCIPIOS DE CALIDAD, EFICIENCIA, EQUIDAD Y VALOR HUMANITARIO”.

VISIÓN

- SEREMOS UNA INSTITUCIÓN MODERNA TOMANDO DECISIONES OPORTUNAS, CON EXCELENCIA Y CAPACIDAD RESOLUTIVA, CONTRIBUYENDO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN EN NUESTRA REGIÓN.

VALORES

TRATO HUMANIZADO
HONESTIDAD
ETICA
RESPECTO
EDUCACION
EQUIDAD

LINEAS ESTRATEGICAS A 3 AÑOS

1. OPTIMIZACION EN LA GESTION DE LOS RECURSOS.
2. ORIENTACION PERMANENTE A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.
3. SISTEMAS DE INFORMACION INTEGRADOS.
4. EQUILIBRIO PRESUPUESTARIO.
5. PENETRACION SOCIAL Y ORIENTACION AL USUARIO.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

1. Mejorar la capacidad de gestión y la toma de decisiones de los gestores clínicos.
2. Desarrollar la organización y el funcionamiento del Programa de Mejora Continua de la Calidad.
3. Promover una atención de calidad fundamentada en protocolos de atención actualizados con la medicina basada en la evidencia, utilizando eficientemente los recursos disponibles.
4. Gestionar el servicio de mantenimiento de manera eficaz y eficiente asegurando un mayor grado de seguridad a los pacientes y profesionales.
5. Mejorar el proceso de programación, presupuestación y seguimiento del presupuesto del hospital

I. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO GEOGRÁFICO Y DEMOGRÁFICO DE LA PROVINCIA DE LOS SANTOS

▪ DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA PROVINCIA DE LOS SANTOS.

1. Datos Demográficos del Entorno.

La Provincia de los Santos pertenece al grupo de las llamadas provincias centrales. Esta situada en la Península de Azuero al sur del Istmo. Tiene una superficie de 3,805.4 Km² y por su tamaño ocupa el octavo lugar.

Al norte limita con la Provincia de Herrera y el Golfo de Parita, al este y al sur con el océano pacífico, al oeste con la provincia de Veraguas

Figura # 1. REPÚBLICA DE PANAMÁ.



Figura # 2. LA PROVINCIA DE LOS SANTOS.



Créditos adjuntos.

- **INDICADORES DEMOGRÁFICOS:** estructura de población por grupo de edad, pirámide poblacional (datos comparativos)

	CAUSA	No de casos
1	Infecciones de las vías urinarias	71(23%)
2	Diarrea	70 (22.6%)
3	Asma Bronquial	64 (21%)
4	Neumonía	54 (17%)
5	Apendicitis	50 (16%)

DATOS DEMOGRAFICOS PROVINCIA DE LOS SANTOS

	INDICADOR	VALOR
1	Extensión	3,805.4 Km
2	Población total	89,007
3	Población menor de 15 años (%)	23.0
4	Población mayor de 65 años (%)	10.9
5	Densidad poblacional Hab/Km ²	23.4
6	Población urbana %	21.1
7	Tasa de crecimiento anual (%)	0.45
8	Tasa de natalidad por 1000 Hab.	12.7
9	Tasa de fecundidad	1.7
10	Tasa de mortalidad general	6.0
11	Tasa de mortalidad infantil	11.5
12	Tasa de mortalidad materna	0.9

RECURSOS HUMANOS Y RED DE SERVICIOS SANITARIOS
 PROVINCIA DE LOS SANTOS
 EXISTENTES EN EL 2007

	INDICADOR	VALOR
1	Hospital Regional Hospital de área	1 (MINSa) 3 (Minsa)
2	Centros de salud	10
3	Puestos de salud + subcentros	21
4	Policlínicas	2 (CSS)
5	Médicos por 10,000 Hab.	14.5
6	Odontólogos por 10,000 Hab.	5.8
7	Enfermeras por 10,000 Hab.	15.2
8	Camas por 1,000 Hab.	4.8
9	Egresos por 1,000 Hab.	110.8
10	Porcentaje de ocupación	67.2%
11	Promedio de estancia	14.6
12	Giro cama	23.1
13	Consultas externas hospitalarias (Total)	259,285
14	Consultas hospitalarias de Urgencias (Total)	64,766

RECURSO HUMANO H.J.P.F.S. 2007.

RECURSO HUMANO	NUMERO	%
MEDICOS ESPECIALISTAS	28	10
MEDICOS GENERALES	11	4
ENFERMERAS	53	19
TECNICAS EN ENFERMERIA	48	17
PERSONAL ADMINISTRATIVO	84	29
PERSONAL TECNICO NO ADMISTRATIVO	57	20
ODONTLOGOS	1	0.3
TOTAL	282	100

DATOS POBLACIONALES DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE LOS SANTOS.

**Cuadro N° 1 Población por Sexo según Provincias.
República De Panamá. Año: 2004**

Región Comarca Indígena	Sexo		
	Total	Masculino	Femenino
Los Santos	88,606	45,084	43,522

Fuente: Documento Marco, Situación de Salud de Panamá. MINSA abril 2005.

La tasa de crecimiento natural se comporta de la siguiente manera: en el año 2003 se encontraba de un 8.2 a un 11.7 (tasa por 1000 hab.) La provincia de Los Santos presenta una tasa de crecimiento natural de apenas 1.25%, con una proporción de 25.8% de su población por debajo de los 15 años y una relación de dependencia de 55.7 %.

Crecimiento natural de la Provincia de Los Santos:

Indicador	Los Santos
1960	30.6
1970	25.0
1980	14.3
1990	12.9
2000	10.3
2003	8.2

Índice de natalidad Los Santos:

Indicador	Los Santos
1960	37.1
1970	31.6
1980	18.7
1990	17.6
2000	16.3
2003	14.2

Esperanza de vida:

Indicador	Los Santos
1960	
1970	68.0
1980	72.0
1990	73.8
2000	75.54
2003	75.95

Fuente: Documento Marco, Situación de Salud de Panamá. MINSA abril 2005

ESTIMADO DE LA POBLACIÓN PARA LA PROVINCIA DE LOS SANTOS.

La población media al 1° de julio de 2009¹ tiene las siguientes características.

<u>P1/2 al 1° de julio de 2009.</u>		
Hombres	Mujeres	total
45857	44786	90643

Gráfico # 1. PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES POR SEXO, PROVINCIA DE LOS SANTOS AL 1° DE JULIO DE 2009.

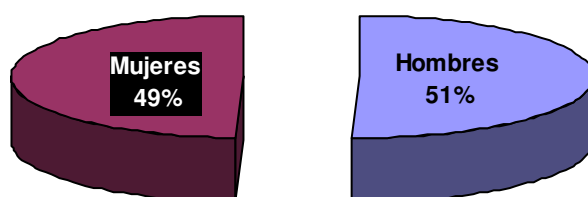
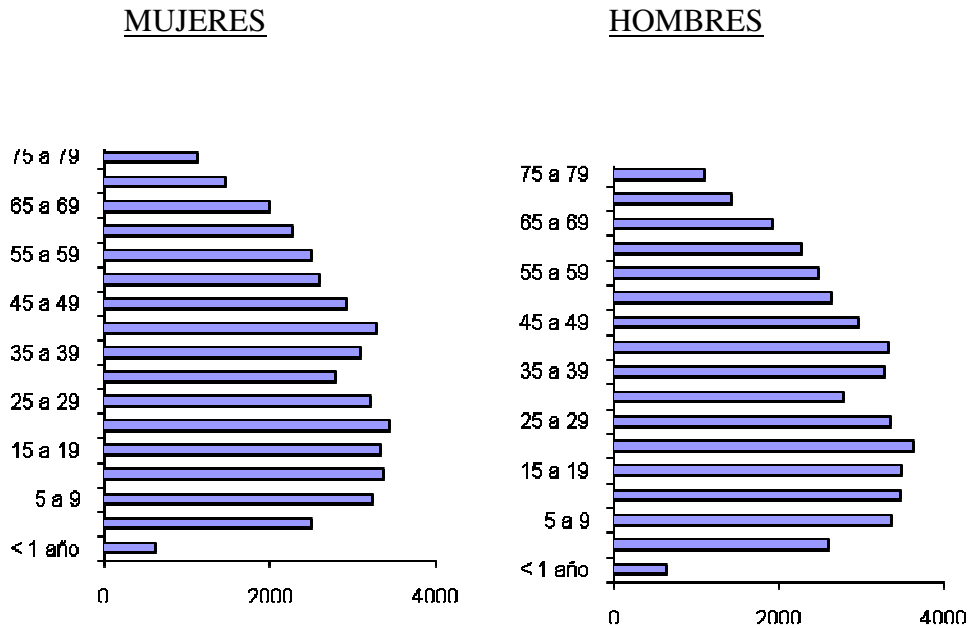


Tabla # 1. POBLACIÓN MEDIA ESTIMADA, POR GRUPO ETARIO Y SEXO, PARA LA PROVINCIA DE LOS SANTOS. AL 1° DE JULIO DE 2009

<u>Grupo</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>total</u>	<u>Grupo</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>total</u>
< 1 año	635	608	1243	40 a 44	3329	3276	6605
1 a 4	2608	2498	5106	45 a 49	2960	2904	5864
5 a 9	3369	3224	6593	50 a 54	2642	2577	5219
10 a 14	3480	3349	6829	55 a 59	2482	2500	4982
15 a 19	3487	3327	6814	60 a 64	2272	2257	4529
20 a 24	3623	3431	7054	65 a 69	1918	1991	3909
25 a 29	3343	3202	6545	70 a 74	1426	1465	2891
30 a 34	2794	2782	5576	75 a 79	1096	1116	2212
35 a 39	3291	3084	6375	80 y +	1102	1195	2297

¹ Registros Médicos y Estadísticas de Salud. R.S.L.S. 2009.

Gráfico #2. POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPO ETARIO DE LA PROVINCIA DE LOS SANTOS, SEGÚN LA P MEDIA AL 1° DE JULIO DE 2009.



Fuente: Datos obtenidos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. R.S.L.S. 2009.

La población de la Provincia de Los Santos permite vislumbrar de manera rápida el fenómeno demográfico de como envegece la población.

La pirámide poblacional santeña, al igual que la del país, muestra una forma rectangular típica de los países en desarrollo. Se puede observar que los cohortes entre 35 a 49 años hay una población casi paralela entre hombres y mujeres lo cual lleva a inferir que cuando estas poblaciones alcancen las edades de jubilación se producirá un notable aumento de la demanda de los servicios geriátricos.

Queda evidenciado que en ambos sexos la población de 25 a 39 años disminuye debido a la migración, posiblemente influenciada por buscar otras fuentes y oportunidades de trabajo.

- % de población urbana y rural.

▪ POBLACIÓN NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA.

La Población no económicamente activa corresponde al 39.3% de la Población total estimada. Comprende a los menores de 14 años y a los mayores de 60 años

<u>Grupo</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>total</u>
TOTAL	17906	17703	35609
< 1 año	635	608	1243
1 a 4	2608	2498	5106
5 a 9	3369	3224	6593
10 a 14	3480	3349	6829
60 a 64	2272	2257	4529
65 a 69	1918	1991	3909
70 a 74	1426	1465	2891
75 a 79	1096	1116	2212
80 y +	1102	1195	2297

- Tasa global de fecundidad, Tasa de natalidad, % de crecimiento anual de la población.
- Esperanza de Vida al nacer femenino y masculino.

II. INDICADORES ECONÓMICOS Y SOCIALES: población económicamente activa, tasa de desempleo, % de población asegurada, asegurados activos, pensionados, jubilados, beneficiarios, % de analfabetismo, escolaridad de la población (primaria completa, secundaria completa, universidad completa, déficit habitacional.

La densidad poblacional de la provincia de Los Santos se encuentra entre 22.2 a 41.0 h por K², según el Dep. Análisis de Situación de Salud y Tendencias de Salud, MINSa 2005.

“El grado de pobreza influye en la **utilización de los servicios de salud**, pues los pobre y los extremadamente pobres consultan con menor frecuencia los servicios médicos y emplean más la automedicación o las recomendaciones de familiares cuando sufre alteraciones de su condición de salud - enfermedad. Cuando demanda servicios formales de salud, los pobres, indígenas y residentes en áreas rurales utilizan los servicios estatales. Entre algunos de los factores que condicionan el nivel de utilización de estos servicios, están las distancias y la no disponibilidad y costo del transporte. También se mencionaron la falta de tiempo, los costos del servicio, la no credibilidad en el equipo de salud y la falta de recursos humanos”. Ibid
En la Provincia de Los Santos se concentran en los distritos de Macaracas y Tonosí.

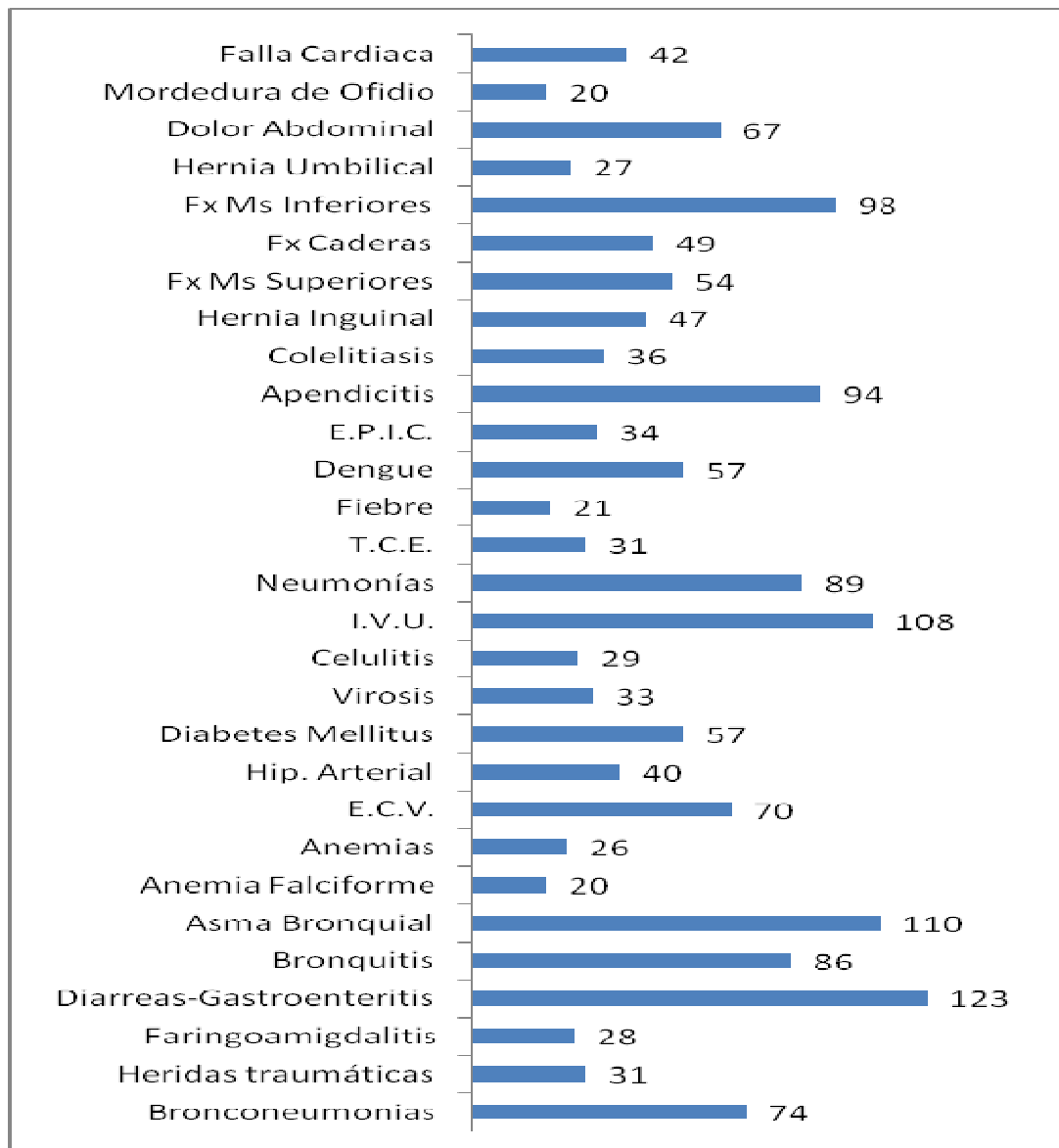
III. INDICADORES DE SALUD: Tasa de mortalidad general, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna,

IV. ACCESIBILIDAD.

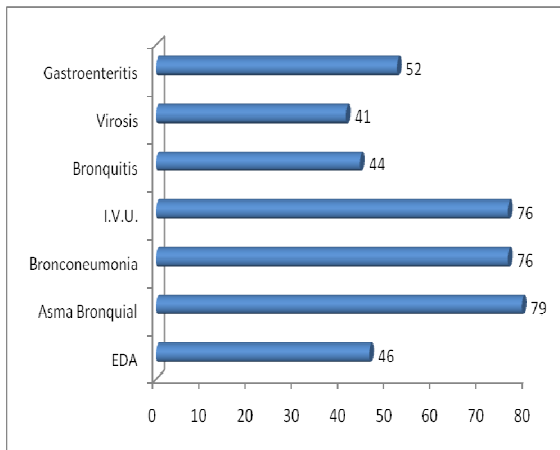
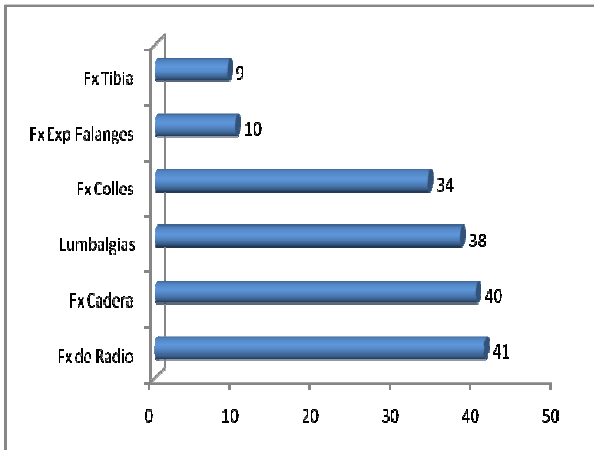
V. CARTERA DE SERVICIOS Y RECURSOS OFERTADOS
Indicadores de Servicios de Atención. Horas dedicadas a otras actividades

VI. RECURSO HUMANO (ESTRUCTURA DE PERSONAL)

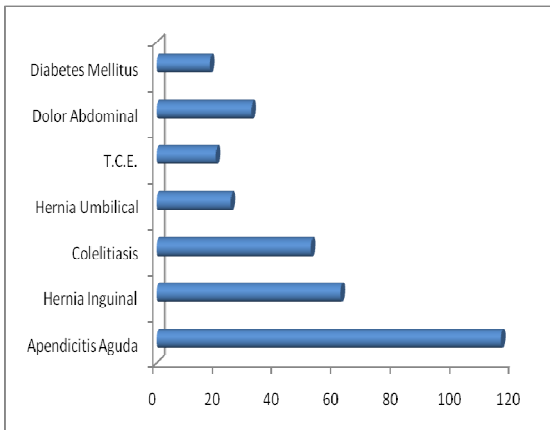
PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE LOS EGRESOS (general) EN EL AÑO 2007



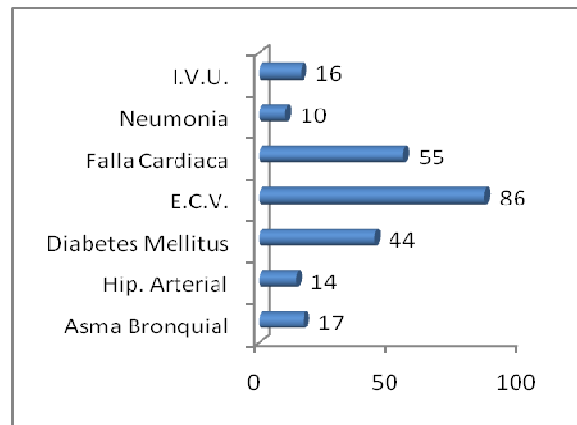
PRINCIPALES DIAGNÓSTICO DE EGRESOS POR SERVICIO EN EL AÑO 2008.
ORTOPEDIA. PEDIATRÍA



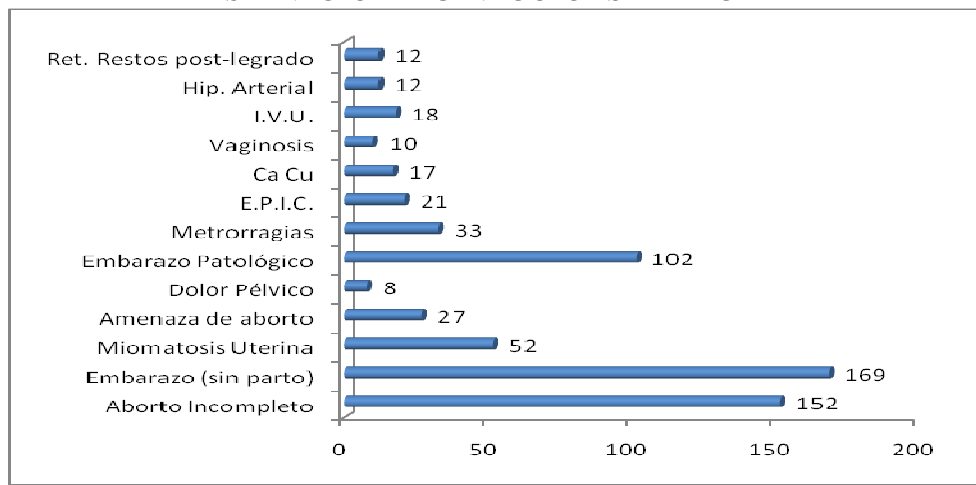
CIRUGÍA



MEDICINA



SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA



Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, H.J.P.F.S. 2008.

CARTERA DE SERVICIOS OFERTADOS EN EL H.J.P.F.S.

**SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN DE:**

CIRUGÍA GENERAL

- Urología
- Oftalmología
- Otorrino
- Clínica del Dolor

PEDIATRÍA

**GINECO-
OBSTETRICIA**

MEDICINA INTERNA

**CONSULTA EXTERNA
ESPECIALIZADA**

ORTOPEDIA

**UNIDADES ESPECIALES
DE:**

**SALÓN DE
OPERACIONES**

PARTOS

**CUIDADOS
INTENSIVOS**

SERVICIOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Servicio de Laboratorio Clínico
Banco de Sangre.
Servicio de Urgencias
Servicio de Citología y Patología
Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Servicio de Diagnóstico por Imagen
Servicio de Anestesiología

SERVICIOS DE APOYO.

Servicio de Enfermería
Servicio de Trabajo Social
Registro Médicos y Estadísticas
Servicio de Nutrición y Dietética
Central de Esterilización y Equipo
Servicio de Farmacia

NIVEL DE APOYO

Administración y Finanzas
 Presupuesto
 Contabilidad
 Tesorería
 Proveeduría y suministros
 Almacén Médico Quirúrgico
 Costo 20

Servicios Generales y Hostelería
 Transporte
 Aseo y Limpieza
 Lavandería y Costura

Oficina de RR HH
Mantenimiento y Conservación

ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA COMPARATIVA
Indicadores año 2008.

INDICADOR DE GESTIÓN	MEDIDA OBTENIDA	OBSERVACIONES
Distribución del número de consulta especializada		
Razón de retorno en la Consulta Externa Especializada	1.91	
Razón del recurso médico por camas hospitalaria	0.54	23 Médicos Especialistas 9 Médicos Generales 7 Médicos Internos
Razón del recurso enfermera por camas hospitalaria	1.36	53 Enfermeras-os 45 Técnicos en Enfermería.
Presión de Urgencia Hospitalaria	100 %	Todas las Admisiones ingresan vía Cuarto de Urgencias, esta por crearse la Oficina de Admisión Hospitalaria.
Porcentaje de ocupación o índice de ocupación	93.7%	
Promedio de días de estancia de los egresos	4.09	
Giro cama o índice de rotación	82.4	
Porcentaje de cumplimiento de programa quirúrgico		
Utilización de las horas quirófano	20.7%	El hospital cuenta con tres quirófanos, para cirugías electivas y urgencias las 24 horas, es decir 72 horas disponibles por día. Con 8 horas en horario regular y 16 horas cada uno de horario de turno; de lunes a viernes y 24 horas horario de turnos sábados, domingos y días feriados. Sólo se utilizan dos quirófanos para cirugías electivas en un horario regular de 7 a 3, de lunes a viernes. Se realizó 756 casos de Urgencias en horario de turnos con un promedio de mas o menos 2 horas por caso de uso de salón. Para este cálculo no se contabilizan los días feriados sábados ni domingos como horas utilizadas en estos días.
Mortalidad Hospitalaria	2.24 %	
Mortalidad materna hospitalaria.	0	
Porcentaje de infecciones nosocomiales.	0 %	
Porcentaje de cesáreas.	44.4 %	

Porcentajes de contra-referencias hospitalarias	9.2 %	
Porcentajes de contra-referencias hospitalarias por servicio		Debido a datos incompletos o poco legibles no es posible establecer por servicio las contra-referencias. Se están adoptando medidas para mejorar esta situación.
Porcentajes de referencias hospitalarias emitidas	12.8 %	
<i>Porcentaje de quejas recibidas y resueltas</i>	91.6 %	
Porcentajes de abastecimiento de medicamentos del cuadro básico	90.7 %	
<i>Porcentajes de abastecimiento de médico quirúrgico según cuadro básico Hospitalario</i>	76.5 %	
Porcentaje de Ejecución presupuestarias		

CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS REALIZADAS, Y POR SERVICIO
EN H.R.Dr.J.P.F.S. ENERO A DICIEMBRE DE 2008

TOTAL 22,148 consultas

<u>SERVICIOS</u>	Sub- Total	<u>SERVICIOS</u>	Sub- Total
<i>Oftalmología</i>	1084	<i>Pediatría</i>	4378
<i>Cirugía General</i>	1650	<i>Ortopedia</i>	3807
<i>Gineco- Obstetricia</i>	1495	<i>Medicina Interna</i>	3181
<i>Dermatología</i>	1302	<i>Medicina Física</i>	2701
<i>Odontología</i>	2550		

**CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE
LA REGIÓN DE SALUD DE LOS SANTOS
Y EL HOSPITAL REGIONAL DE LOS SANTOS JOAQUÍN PABLO FRANCO
PARA LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS
DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
AÑO 2009**

Los suscritos a saber: Doctora **Rosario E. Turner M**, Mujer, panameña, mayor de edad, Doctora en Medicina, con cédula de identidad personal N° **PE-5-475**, en su condición de Ministra de Salud, actuando en nombre y representación del Ministerio de Salud, el Director Doctor **Duilio Taylor**, varón, panameño, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal N° **8-233-838** en su condición de Director de la Región de Salud, actuando en nombre y representación de la Región de Salud de LOS SANTOS, por una parte; y por la otra, el Doctor **Luis Carlos Olson**, varón, panameño, mayor de edad, médico de profesión, con cédula de identidad personal N° **8-157-1068**, en su calidad de Director del Hospital Regional de Los Santos, han convenido en celebrar el presente CONVENIO DE GESTIÓN, que tiene como finalidad establecer objetivos, actividades y metas para la gestión eficiente de la provisión de servicios hospitalarios del segundo nivel y mejorar la calidad de atención de los usuarios de los servicios de salud. Para una mejor comprensión del presente documento, al Convenio de Gestión, se denominará CONVENIO, a la Región de Salud de Los Santos, la REGIÓN y al Hospital Regional de Los Santos Joaquín Pablo Franco, el HOSPITAL.

CONSIDERANDO

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

Que el proceso de modernización institucional tiene como objetivo básico, la búsqueda de la eficacia, eficiencia, equidad y calidad en la provisión de los servicios de salud mediante el fortalecimiento del proceso de planificación, funciones administrativas, financieras y operativas centrales, regionales y locales; se establece el principio de equidad de la gestión de los servicios públicos de salud mediante la adecuada asignación de recursos, según los problemas prioritarios necesidades de salud de las poblaciones, según perfil demográfico y epidemiológico.

Que conforme con la resolución de Gabinete No. 129 del 15 de mayo de 1995 se autoriza la descentralización administrativa y financiera del Hospital Joaquín Pablo Franco.

Que en el Plan de Gobierno 2004-2009 se señala claramente que se fortalecerá el Sistema Nacional de Salud con la participación sinérgica de los sectores públicos, privado y de la sociedad civil, bajo la rectoría del MINSA. De igual manera, se desarrollará un Sistema Único de Servicios Públicos de Atención a toda la Población (MINSA/CSS.).

Que la visión del actual gobierno, sobre salud en el desarrollo, aclara el papel a jugar por una población sana en el incremento del desarrollo económico y social de un país. Por esa razón, entre otras, el Estado y la sociedad panameña deben hacer un gran esfuerzo por asegurar la solución a sus problemas de salud y fortalecer la atención primaria por medio de una red de servicios públicos, sobre todo, con propósitos preventivos, con una atención priorizada a la población infantil, a las embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad.

Como marco referencial existen las Políticas de Salud que son el actuar de nuestro sistema y que las mismas tienen coherencia con las políticas públicas y Sociales.

Que existen ocho políticas de salud, que son la base de la elaboración de los planes operativos anuales y que se operativizan en este instrumento para la ejecución de las acciones de Salud Pública y de la Provisión de Servicios de salud.

Que los convenios de gestión, traducen estas actividades de Salud Pública y Provisión de servicios, en una forma ordenada.

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

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

Que el **objetivo** del presente CONVENIO es ir creando una nueva cultura hacia la calidad y la eficiencia, cambiando la forma de gestión de la red de proveedores públicos, a los que el Ministerio de Salud asignará recursos para brindar servicios de salud a la población bajo su responsabilidad de acuerdo a objetivos previamente pactados; en función al mejoramiento de la gestión en salud en el ámbito central y regional del Ministerio de Salud y en el ámbito del Hospital, condiciones básicas para optimizar el uso de los recursos y diseñar las estrategias dentro de la organización, con el fin de atender los principales problemas de salud de la población de su área de responsabilidad.

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

ACUERDAN

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

CLAUSULA I: DEL OBJETO DEL CONVENIO DE GESTIÓN

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

El HOSPITAL atenderá la población asignada, cumpliendo con las condiciones legalmente exigibles a la provisión de servicios hospitalarios, de conformidad con las estimaciones y la población adscrita directa del HOSPITAL.

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

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

Para el cumplimiento del objeto contractual el HOSPITAL deberá ejecutar las obligaciones enunciadas en este CONVENIO, sin perjuicio del resto de obligaciones a las que no se hace referencia, por reputarse inherentes y exigibles al HOSPITAL para la operación de los servicios hospitalarios, en razón del grado de complejidad y categoría funcional asignados por la legislación en salud vigente.

CLAUSULA II: DE LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

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

El HOSPITAL deberá asumir y facilitar los servicios de salud y provisión de servicios establecidos en la cartera de servicios que le son exigibles en razón de la capacidad resolutive y nivel de complejidad de la instalación. ANEXO 1.

CLAUSULA III. DE LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES

La REGION estará obligado a:

- Entregar al HOSPITAL los recursos financieros existentes para ejecutar el presupuesto del año 2008 que se derive de los acuerdos pactados en el presente CONVENIO, lo que permitirá al HOSPITAL asumir la cartera de servicios que se ofertará a la población del área de influencia.
- Tomar acciones necesarias para que el HOSPITAL pueda gestionar los recursos humanos y financieros conforme al gasto.
- Conciliar cuatrimestralmente con el HOSPITAL y facilitar la ejecución presupuestaria del hospital con todas sus fuentes de financiamiento, su cartera y producción de servicios, de acuerdo a lo pactado en el presente CONVENIO.
- Realizar las gestiones ante el Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República para facilitar el acceso de los fondos en la forma más conveniente de acuerdo al balance fiscal del Estado, para que estén a disposición del HOSPITAL en forma oportuna, de acuerdo a normas y procedimientos establecidos.
- La REGION realizará auditorías, en cualquier momento que lo estime conveniente al HOSPITAL
- La Región se compromete a fiscalizar y manejar apropiadamente lo pactado en el presente CONVENIO.

El HOSPITAL estará obligado a cumplir lo pactado en este Convenio.

CLAUSULA IV: MONTO DEL CONVENIO

La REGION asignará al HOSPITAL para financiar su cartera de servicios pactada en el ANEXO 1 hasta un máximo de **CUATRO MILLONES QUINIENTOS VEITISEIS MIL TRESCIENTOS DOS MIL BALBOAS (B/.4,526,302.00)**, para el periodo de vigencia fiscal 2008, el cual se ejecutará conforme la asignación presupuestaria por rubro. La ejecución presupuestaria se basa en las Normas Generales de Administración Presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas y las Políticas de Gasto del Ministerio de Salud.

CLAUSULA V: METODOLOGÍA DE LA FORMULACION PRESUPUESTARIA

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

CLAUSULA VI. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN DEL HOSPITAL

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

Queda a salvo el derecho que le asiste a la REGION, para el desarrollo de acciones correctivas y preventivas, de carácter excepcional o extraordinario, que deba ejecutar ante situaciones calificadas en salvaguarda del interés general.

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

Contra el resultado de las evaluaciones que se practiquen, únicamente cabrán los recursos de revocatoria ante la misma Dirección y de apelación ante la REGION, en el tiempo y forma establecidos en la metodología de evaluación del HOSPITAL, consignada en el ANEXO 3.

La REGION podrá tomar las acciones correctivas que estime necesarias ante cualquier desviación en los objetivos, metas y partidas deficitarias en el presupuesto asignado en el CONVENIO. Así mismo, podrá realizar la validación externa que considere oportuna sobre la información a que refiera el presente CONVENIO, solicitando al HOSPITAL toda aquella información adicional que se estime necesaria para aclarar, completar o confrontar lo pertinente, en lo que resulte omisa o confusa.

CLAUSULA VII. INCENTIVOS AL DESEMPEÑO

La REGION establecerá incentivos al buen desempeño, de conformidad con el resultado de la evaluación.

Estos incentivos consistirán en certificaciones, capacitaciones del recurso humano (Seminarios, Becas), compra de equipos, etc.

CLAUSULA VIII. DE LOS ANEXOS

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

1. Cartera de Servicio y Producción Pactada
2. Evaluación del Desempeño de las funciones del Hospital
3. Metodología de la evaluación del HOSPITAL

CLAUSULA IX. DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

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

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

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

CLAUSULA X. VIGENCIA

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

Estando conformes a lo antes establecido, las partes firman el presente CONVENIO, sin hacer modificación alguna.

Dado en la ciudad de Panamá, a los _____ días del mes de _____ de 2009.

DRA. ROSARIO E. TURNER M.
MINISTRA DE SALUD

DR. DUILIO TAYLOR
Director de la Región de Salud de Los Santos

DR. LUIS CARLOS OLSON
Director del Hospital Regional
Joaquín Pablo Franco

ANEXO 1
Cartera de Servicios y Producción Pactada

1. Cartera de Servicios del Hospital Regional
Dr. Joaquín Pablo Franco Suya

Servicios					
	Unidad de Producción	2007	PACTADO 2008	REALIZADAS	PACTADAS 2009
A. Consulta Externa		51,832	63,668	30,081	30,100
* Numero de consultas Especializadas	Consultas	16,776	32,029	19,598	20,000
* Consultas Técnicas	Consultas	9,618	31,639	10,483	11,000
<i>Promedio diario de Consultas</i>			307	82.4	83.
Consultas Medicas					
Oftalmología	Consultas	1769	2,624	1,084	1,200
Cirugía General	Consultas	1868	2,560	1,650	1,700
Ginecoobstetricia	Consultas	1,092	1,440	1,495	1,500
Dermatología	Consultas	1,178	2,624	1,302	1,350
Odontología	Consultas	2,317	2,624	2,550	2,600
Pediatría	Consultas	2,624	5,373	4,378	4,400
Ortopedia	Consultas	2,688	4,704	3,807	3,850
Medicina Interna	Consultas	2,997	6,720	3,181	3,200
Fisiatría	Consultas	2,560	3,360	2,701	2,750
Consultas Técnicas	Consultas	9,618	11,504	10,483	10,750
Fisioterapia	Sesiones	4,870	*4620	4,620	4,700
Nutrición	Consultas	366	*364	431	450
Fonoaudiología	Consultas	1631	*2000	1,867	1,900
Psicología	Consultas	1383	2,520	1,738	1,800
Trabajo Social	Tramites	1368	2,000	1,827	1,900
B.Hospitalización	Egresos	5096	5,264	5,901	6,073
* Medicina Interna	Egresos	671	769	702	750
* Cirugía General	Egresos	696	930	971	1,000
Ginecoobstetricia	Egresos	1592	1,749	2,342	2,400
* Pediatría	Egresos	1043	1,273	1,378	1,400
Ortopedia	Egresos	468	523	508	523
C. Servicios Quirúrgicos	Unidad de Producción				
* Total de Cirugías	Intervenciones	2374	2,088	1,977	2,000
* Ambulatorias Y Menor			455		
* Hospitalizados No Ambulatorios		458	1,633	935	1,000

	* Cirugía General	292	271	246	271
	Ortopedia	197	254	209	225
	* Ginecológicas	301	314	282	300
	* Obstétricas	132	198	188	198
Cirugías de urgencia					
	* Cirugía General	182	206	196	206
	Ortopedia	250	217	208	217
	* Ginecológicas	44	55	35	40
	* Obstétricas	227	305	316	320
	Urológica	1	5	1	5
ATENCION AL PARTO	PARTOS				
* Partos Vaginales	Nº partos vaginales	599	438	438	438
* Partos por Cesárea	Nº partos por cesáreas	236	363	351	363
	TOTAL		801	790	801
E. Laboratorio	Unidad de Producción				
Exámenes de Laboratorio	TOTAL				
Pacientes Ambulatorios	Exámenes		22,132	59,925	60,000
Pacientes Hospitalizados	Exámenes			114,513	115,000
Pacientes de Urgencias	Exámenes			188,434	190,000
Sección de Banco de Sangre	Unidad de Producción				
Donantes Atendidos	Pacientes	1,024	1,323	1,086	1,200
Donaciones	Pintas Extraídas	881	954	915	1,000
G.Farmacia	Unidad de Producción				
Medicamentos					
* Ambulatorio	Medicamentos dispen	22,224	22,132	30,058	35,000
* Urgencia	Medicamentos dispen	45,272	58,038	67,612	58,000
* Hospitalizados	Medicamentos dispen	125,855	138,367	150,055	152,000
* Unidosis Gine/ Obst, Medicina y Cirugía	Dosis				
I. Electrocardiograma	Estudios	450	3,858	5,762	5,800
J. Dietética	Unidad de Producción				

Total Raciones		20,289	35,398	38,633	39,000
* Raciones servidas a pacientes	Raciones servidas	8,432	22,931	24,659	25,000
* Raciones servidas al personal	Raciones servidas	469	10,467	11,016	11,100
* Raciones servidas a familiares y albergue	Raciones servidas	LB	2,000	2,959	3,000
K. Imagenología	Unidad de Producción				
<i>Total de pacientes atendidos</i>	Pacientes				
Total de placas tomadas	Placas	21,951	19,236	19,222	19,222
Ultrasonografía Ginecoobstetrico		669	646	847	900
Ultrasonografía estudios generales		1,553	2,014	2,815	2,900
Ultrasonografía Dopler		88	176	298	300
Procedimiento en arco en C		163	180	100	100
Mamografía		LB	1,050	500	1,000
Fluoroscopia		609	455	274	300
M. Patología	Unidad de Producción				
Citodiagnóstico	Estudios	6,570	6,218	7,117	7,200
Citología de Fluidos	Estudios	51	50	54	60
Biopsias		1,649	1,700	1,788	1,800
Servicios de Urgencias	Consultas				
Consultas de urgencias	Consultas	35,056	40,046	43,850	45,000

ANEXO 2

Evaluación del Desempeño de las Funciones del Proveedor

Función 01: Derechos del paciente y su familia
Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Definición y respeto a los derechos</p> <p>DPF. 1 La organización aprueba, difunde y respeta los derechos de los pacientes.</p>	<p>Propósito</p> <p>Se reconoce y respetan los derechos de los pacientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Creencias y valores personales, 2. Privacidad, 3. Protección de sus pertenencias, protección ante agresiones, 4. Confidencialidad de información y su protección ante su uso indebido y extravío, 5. participar en el proceso de su asistencia, consentimiento informado, 6. resucitación y mantenimiento vital, 7. dolor, 8. asistencia al final de la vida, 9. derechos y responsabilidades ante el rechazo o interrupción del tratamiento. <p>En todo caso respetar la Ley N° 68 y otras.</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • REVISION DEL POA PARA IDENTIFICAR ACTIVIDADES EN EL PLAN. • MONITOREAR LA EJECUCION DEL PLAN OPERATIVO META 75% <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Igualdad de derechos</p> <p>DPF.2 ♥En ningún caso existirán diferencias en los servicios de salud otorgados, ni en el trato brindado a los usuarios y a las usuarias, en razón del color, sexo, credo y procedencia.</p>	<p>Propósito</p> <p>Respeto de las garantías constitucionales expresadas en su artículo 109: No habrá fueros o privilegios personales ni discriminación por razón de raza, nacimiento, clase social, sexo, religión o ideas políticas.</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Murales, Boletines y charlas informativos con el Artículo 19 de la Constitución dentro de la Institución hospitalaria.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Consentimiento informado genérico al ingresar en la organización	
DPF. 3 Todo paciente que vaya a ser hospitalizado debe contar con un consentimiento informado.	<p>Propósito El consentimiento general se obtiene cuando el paciente entra en la organización. Los pacientes reciben información tanto de su alcance, como del diagnóstico y otras pruebas incluidas y de los tratamientos que se incluyen en el consentimiento.</p> <p>Cuando el paciente no pueda o no quiera tomar se informará y solicitará el consentimiento general a sus representantes de acuerdo a la Ley 68.</p> <p>No serán admisibles formulas jurídicamente nulas y atentatorias contra los derechos y libertades al exonerar genéricamente cualquier responsabilidad</p> <p>Elemento de medición Informe de Auditoria: Porcentaje de cumplimiento en los expedientes auditados. Meta 100% de cumplimiento.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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

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

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Acceso a otros procesos estratégicos para el MINSA	
ACA.1 Manejo estratégico a los procesos del hospital de accesos (TB, VIH, desnutrición, malaria, discapacidad, violencia doméstica)	<p>Propósito Desarrollar las acciones que fuesen necesarias, para mejorar la oportunidad de los servicios de atención a las personas, especialmente los prestados a problemas con TB, VIH, desnutrición, malaria, discapacidad, violencia doméstica.</p> <p>Elementos de medición Reporte mensual de estadística y auditoria de expedientes.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Información a pacientes sobre la sectorización	
ACA. 2 El Hospital contara con una cartera de servicios disponible. Incluyendo los horarios de atención.	<p>Propósito Actualizar la cartera de servicio disponible del hospital.</p> <p>Elementos de medición Verificar que la cartera de servicios y horarios estén a la vista del cliente, elaborar material informativo escrito al cliente.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Barreras de acceso	
ACA. 3 La institución hospitalaria intenta limitar las barreras físicas, de idioma, culturales y cualquier otra barrera en el acceso y asistencia.	<p>Propósito Las instituciones sanitarias como el MINSA atienden a menudo a comunidades con colectivos distintos. Puede tratarse de pacientes de edad avanzada, discapacitados, de hablas o dialectos distintos, de culturas diversas o presentar otras barreras que dificultan el proceso el acceso a los servicios sanitarios. La organización conoce esas barreras y ha introducido procesos que las eliminan o limitan durante el proceso de los servicios sanitarios. La organización persigue además, reducir el impacto de esas barreras en la provisión de servicios sanitarios.</p> <p>Elementos de medición Inclusión en el POA de mantenimiento el acceso al hospital y a los servicios que cuentan con la adecuación de las estructuras arquitectónicas Elaboración de un tríptico. Murales sobre el tema.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Estrategias para la ampliación de la cobertura de servicios	
ACA.5 Mejorar las estrategias de la cobertura de los servicios de salud.	<p>Propósito Mejorar la cobertura de los servicios de salud.(Nuevos horarios, adecuación de espacios físicos)</p> <p>Elementos de medición Evidencias de la ampliación de nuevos horarios y adecuación de espacio físico.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Acceso y Listas de espera	
ACA.6 Se registra la lista de espera total de pacientes para procesos médicos, quirúrgicos y productos intermedios	<p>Propósito Se registra la Lista de espera Total de la Instalación y s desagrega en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • total del hospital, • cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • cada procedimiento • cada producto intermedio <p>Elementos de medición Evidencia del registro de lista de espera por servicio y REMES Informes Mensuales con desagregación específica</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
ACA.7 Lista de espera superior a 3 meses en cada servicio/ unidad de la instalación	<p>Elementos de medición Número de paciente que esperan 3 meses como máximo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total de la servicios • Cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • cada procedimiento quirúrgico • Cada producto intermedio (Mamografías, tomografías, etc.) • Presentación mensual y estrategias realizadas en casos de mora. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
ACA.8 Espera quirúrgica superior a seis meses del hospital y cada servicio/ unidad	<p>Elementos de medición Número de paciente que esperan 6 meses como máximo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total de la servicios • Cada servicio/ unidad médica • Cada servicio/ unidad quirúrgica • cada procedimiento quirúrgico <p>Cada producto intermedio (Mamografías, tomografías, etc.) Presentación mensual y estrategias realizadas en caso de mora.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>ACA.19 ♥ La institución hospitalaria dispone de un informe de los servicios quirúrgicos sobre los tiempos de espera y acciones para mejorarlos.</p> <p>1. Cirugías por servicios.</p>	<p>Propósito Definir el tiempo máximo de espera máximo para los diferentes procesos y especialidades sanitarios. Tener en cuenta para ello la monitorización de la lista de espera que se recoge en la función Gestión de la Información y de la Utilización (GIU)</p> <p>Realizar las acciones oportunas para garantizar que el tiempo de demora no rebasa los límites establecidos por la organización</p> <p>Elementos de medición Informe semestral de los jefes de servicios quirúrgicos sobre las medidas tomadas para mejorar el tiempo de espera en cirugía.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>ACA.23 ♥ Utilización adecuada del formulario normado de SURCO dentro de la institución hospitalaria.</p>	<p>Propósito Cumplir correctamente el llenado del formulario de Referencia y Contra Referencia (SURCO)</p> <p>Elementos de medición <i>Informe mensual de la comisión hospitalaria de SURCO</i> <i>Aumentar utilización 50% en la variedad hospitalaria.</i></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Función 03: Evaluación del Paciente (EP)

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

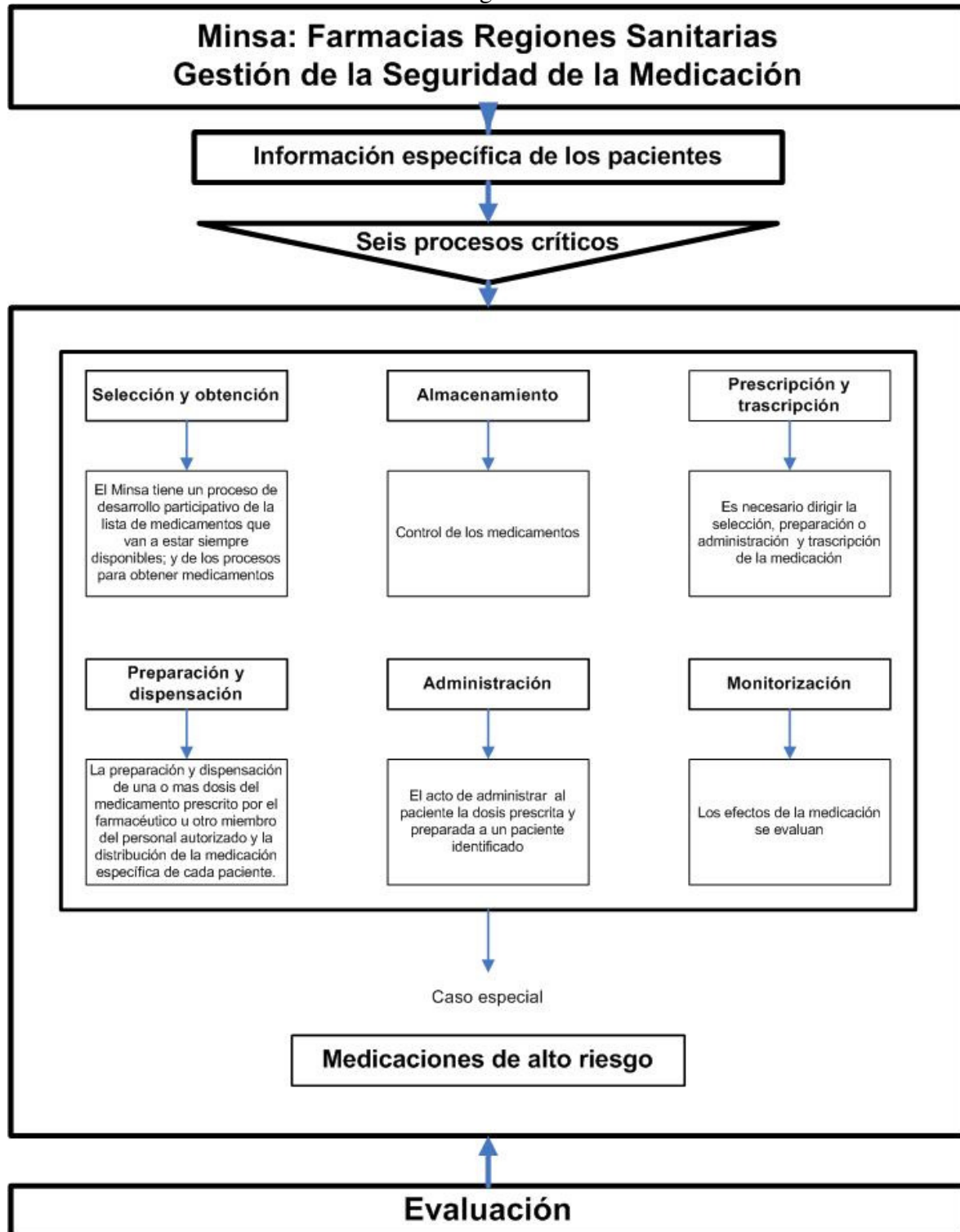
Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Evaluación inicial a todos los pacientes	
EP. 1 Evaluación inicial a todos los pacientes en el cuarto de urgencias.	<p>Propósito Detectar mediante la scrinig inicial los problemas físicos, psicológicos, sociales y nutricionales de todos los pacientes, tomando decisiones según el resultado de la evaluación inicial.</p> <p>Elementos de medición Auditoria de las hojas de evaluación inicial del cuarto de urgencias. Auditoras trimestrales evaluando la actividad en el llenado de las mismas, presentando informe ejecutivos de resultados.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Función 04: Asistencia a los Pacientes (AP)

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósito y Elementos de medición
Atención al paciente - VIH	
AP.3 Porcentaje de pacientes infectados con VIH que cumplen con el protocolo para recibir tratamiento antirretroviral	<p>Elementos de medición Numerador: Número pacientes con VIH que cumplen con el protocolo para recibir tratamiento antirretroviral × 100. Denominador: Total de pacientes con VIH</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Áreas y procesos de críticos o de especial riesgo	
Uso del medicamento	
Selección y Obtención de medicamentos	
AP.8 Existe un Plan de Gestión y Uso seguro de los medicamentos.	<p>Propósito: Gestionar el uso seguro de los medicamentos. La Gestión en el uso del medicamento uso de medicación se organiza de manera eficaz para atender las necesidades del paciente. El uso del medicamento por sus características debe protocolizarse en los siguiente puntos críticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selección y obtención 2. Almacenamiento 3. Prescripción y transcripción 4. Preparación y dispensación 5. Administración 6. Monitorización <p>Elemento de medición CONTROL ALEATORIOP TRIMESTRALMENTE DE LOS 6 PUNTOS CRÍTICOS.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

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



Función 05: Educación del Paciente y de su Familia y Ciudadanos (EPFC)
Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
Educación de los ciudadanos en Prevención de la enfermedad y Promoción de las Salud	N/A

Función 06: Gestión de la Mejora de la Calidad y de la Seguridad del Paciente (GMC)
Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Liderazgo de la calidad y de la seguridad	
<p>GMC.1 Los responsables del gobierno y dirección de la organización participan en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad.</p>	<p>Propósito El liderazgo y la planificación son imprescindibles en la Mejora Continua de la Calidad y la reducción de riesgos para pacientes y personal</p> <p>Elementos de medición Participación de los Líderes en la planificación y control del programa de gestión y mejora de la calidad.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>GMC.2 Existe un plan escrito para un programa de gestión y mejora de la calidad en el ámbito de todas las instalaciones</p>	<p>Propósito Existencia de un plan escrito</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan escrito y evaluación de su gerencia mayor a 60%</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC.3 Los líderes de la organización identifican medidas clave (indicadores) para supervisar las estructuras, procesos y resultados médicos y de gestión de la organización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de la gestión • satisfacción del paciente y de la familia • gestión financiera • Vigilancia epidemiológica y Tasas 	<p>Propósito Monitorizar (medir y Comparar) y con arreglo a ello tomar decisiones de mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión Clínica <ul style="list-style-type: none"> ○ evaluación del paciente. ○ control de calidad y seguridad en radiología y laboratorio. ○ procedimientos quirúrgicos. ○ uso de antibióticos y otros medicamentos y los errores de medicación. ○ empleo de anestesia. ○ utilización de sangre y derivados sanguíneos. ○ disponibilidad, contenido y uso de las historias de los pacientes. ○ control de la infección, la vigilancia y los informes. ○ investigación médica. • Monitorización de la gestión <ul style="list-style-type: none"> ○ Informar de las actividades con arreglo a la ley y normativa. ○ gestión del riesgo. ○ gestión de la utilización. ○ satisfacción del paciente y de la familia. ○ expectativas y el grado de satisfacción del personal. ○ diagnósticos y datos de los pacientes. ○ gestión financiera. • Monitorización de la Seguridad de los Pacientes, familias y personal: Vigilancia, control y prevención de incidentes que pongan en peligro la seguridad de los pacientes, las familias y el personal. • Vigilancia epidemiológica y Tasas <p>Elementos de medición EXISTENCIA DE INFORMES DE MONITOREO Encuesta satisfactoria, usuarios, informes mensuales de comités de trabajos.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Herramienta básica de calidad en el Convenio de Gestión: Ciclo DPCA</p> <p>GMC.4 ♥ El instrumento básico del convenio de gestión es el ciclo de mejora de la calidad</p>	<p>Propósito El objetivo del Convenio de Gestión es cumplir la misión del MINSA a través del cumplimiento de diferentes objetivos. La herramienta básica para alcanzar los objetivos es el ciclo de mejora continua PDCA</p> <p>Elementos de medición Uso del ciclo PDCA como herramienta de mejora continúa de la calidad. Informes, avances de comité de gestión de la calidad.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>La Comparación del ciclo PDCA</p>	
<p>GMC.4.1 ♥ El proceso de análisis incluye comparaciones internas, con otras organizaciones y con los estándares científicos y las prácticas deseadas.</p>	<p>Propósito Medir y Comparar los datos en el contexto del Ciclo de Mejora de la calidad DPCA permite tomar decisiones de mejora. La fase C (Check) pretende medir y con el resultado de esta medición evaluar. Para evaluar hay que comparar</p> <p>El objetivo del análisis de datos es poder comparar una organización de 4 maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consigo misma a través del tiempo, cada mes o de un año para otro; • con organizaciones similares como la CSS, a través de bases de datos de referencia; • con estándares internacionales • con prácticas adecuadas identificadas a través de bibliografía, como las directrices prácticas. <p>Estas comparaciones ayudan a la organización a comprender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y ayudan a centrar esfuerzos de mejora.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de las comparaciones. Uso de las comparaciones para la mejora</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Monitorización de cesáreas	
<p>GMC.6 Proporción de cesáreas según partos</p>	<p>Propósito La proporción de cesáreas mide la variabilidad en la partida clínica. Usar la evaluación de las cesáreas para la toma de decisiones La calidad exige estandarizar los criterios y pautas de atención entre los que se encuentra cuando hacer una cesárea.</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de nacimientos por cesárea x 100. Denominador: Total de partos ocurridos Elaboración de protocolos para indicación de cesare, con el fin de disminuir el porcentaje de las mismas en el hospital.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>Comisiones clínicas de calidad en Hospitales</p>	
<p>GMC 7 ♥ Comisión de mortalidad</p>	<p>Propósito Realizar ciclos DPCA en relación a la mortalidad del hospital y de los servicios / unidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mortalidad global y por servicios 2. Mortalidad ajustada por riesgo 3. Mortalidad centinela (Mortalidad indebida. Ej.: Muerte materna en parto, muerte por reacción transfusional, suicidio, etc.) <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la unidad • Actas de funcionamiento • Análisis de la mortalidad y propuestas de mejora <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GMC 8 ♥ Comisión de infecciones nosocomiales</p>	<p>Propósito Control y prevención de la infección nosocomial</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la unidad • Actas de funcionamiento • Cumplimiento de función CI. <p>1 2 3 4 5 NA</p>

<p>Objetivos GMC.10 Existencia de la Comisión de Calidad Hospitalaria (Comité de Atención al Cliente) funcionando activamente.</p>	<p>Propósitos y Elementos de medición</p> <p>Propósito Ver función GMC</p> <p>Elementos de medición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la unidad • Actas de funcionamiento • Cumplimiento de las funciones y derechos de los pacientes. <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>Auditorias de expedientes</p>	<p>Propósito Realización de auditorias de expedientes para mejorar</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de servicios que realizan auditorias de servicios sistemáticamente x 100. Denominador: Total de servicios hospitalarios programados Mostrar resultados de las auditorias Programas al menos dos auditorias en el año.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>GMC.12 Sistema de Atención al paciente</p>	<p>Propósito Establecer e implantar el Subsistema de Atención al Cliente del Sistema de Garantía de la Calidad y Mejoramiento Continuo, como mecanismo de información permanente al cliente, relacionado con los servicios que se ofrecen, horarios de atención y los instrumentos para la presentación de reclamos y sugerencias.</p> <p>Elementos de medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instalación de un Comité de Atención al Cliente de distrito y/o de la región. 2. Informes mensuales de la información contenida en los buzones de sugerencias. 3. Informes de la comisión de calidad y de los círculos de calidad. 4. Informes del Comité de Bioseguridad. 5. Informe de las instalaciones que realizan auditorias de expedientes sistemáticamente y sus resultados. 6. Informe de las instalaciones que realizan encuestas de satisfacción de los usuarios sistemáticamente y sus resultados. 7. Supervisión directa de la existencia de la cartera de servicios, buzones de sugerencias, horarios de atención a la vista del cliente. 8. Análisis del informe de las reuniones del Comité de Atención al Cliente. 9. Análisis de los informes de la Comisión de Calidad y de los Círculos de Calidad. 10. Análisis de los informes del Comité de Bioseguridad. Análisis del informe de las Auditorias de Expedientes. 11. Análisis del informe de las Encuestas de Satisfacción. <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Monitorización de la Vigilancia Epidemiológica y Tasas	
GMC.17 Se monitorizan las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)	<p>Propósito Las enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) permiten monitorizaciones estratégicas. Se usan las tasas para mejorar</p> <p>Elemento de medición Numerador: N° de declaraciones de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Denominador: Población de referencia de la zona en que se declaran. Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p>
GMC 19 Evidencia de tasa de incidencia de los recién nacidos con bajo peso al nacer	<p>Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GMC.20 Evidencia de tasa de incidencia de mortalidad materna	<p>Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GMC.21 Evidencia de tasa de incidencia de las cinco primeras causas de mortalidad infantil:	<p>Elementos de medición Evidencia de las tasas Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
< 1 año	<p>Elementos de medición Evidencia de la tasa</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
1-4 años	<p>Elementos de medición Evidencia de la tasa Evidencia del uso de las tasas para la mejora</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GMC.24.3 Porcentaje de partos con atención calificada	<p>Propósito Adecuar lo recursos humanos del parto a las necesidades</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de partos atendidos por personal capacitado. Denominador: Número Total de partos ocurridos en el año de vigencia del CONVENIO x 100. El desarrollo de este indicador exige desagregar los datos según las normas nacionales.</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Función 07: Control y Prevención de la Infección en Centros Sanitarios (CPI)
Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivo	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
<p>CPI.2 Todas las áreas de asistenciales, de personal y de visitas se incluyen en el programa de control de la infección</p>	<p>Propósito Las infecciones pueden entrar vía pacientes, familias, personal, voluntarios, visitas y otros. Todas las áreas donde se encuentran estas personas deben incluirse en el programa de vigilancia, prevención y control de la infección.</p> <p>Elementos de medición Evaluación de la inclusión de todas las áreas en el programa. Presentación mensual de Informes.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p>
Implementación del Plan	
<p>CPI.3 Se implementa el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial</p>	<p>Propósito Poner en funcionamiento el Plan de Prevención y Control de la Infección Nosocomial.</p> <p>Elementos de medición Evidencias de implementación del Plan. A. Elaboración de trípticos B. Presentación charlas docentes</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p>

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

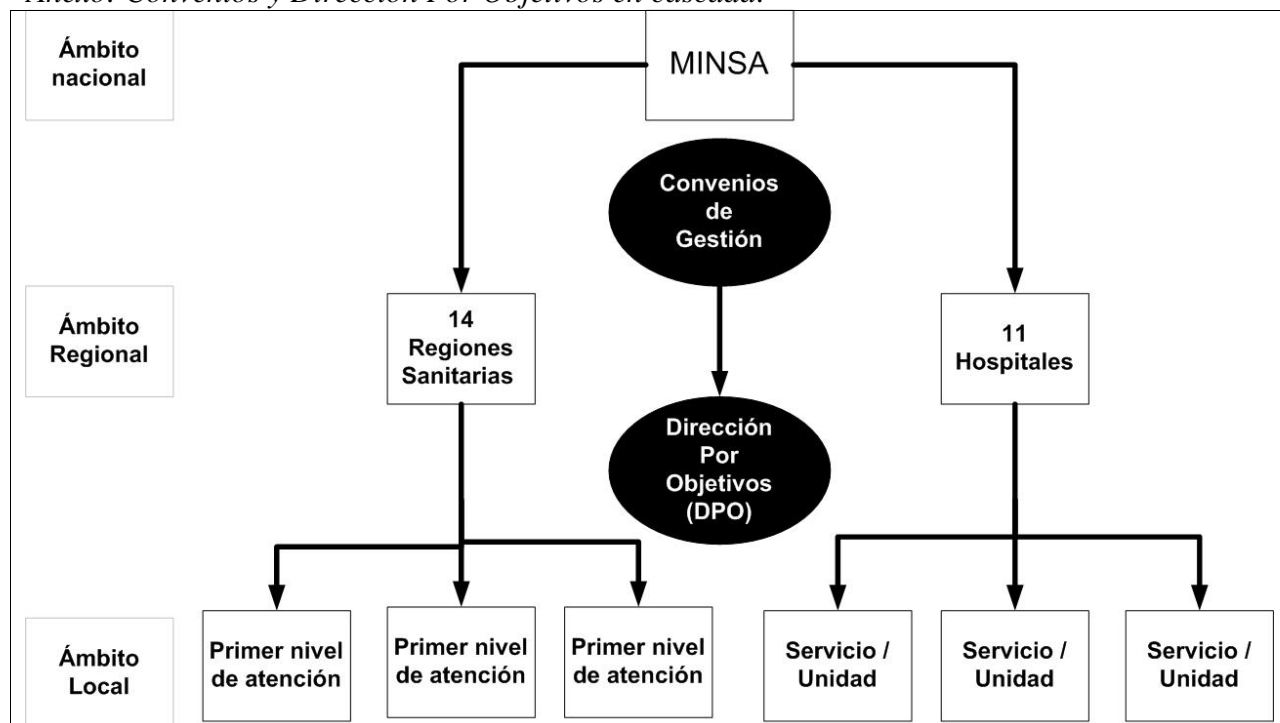
Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Convenio de Gestión	
<p>GLD.1 ♥ El líder cumple los objetivos del Convenio de Gestión.</p>	<p>Propósito El líder de la organización es el responsable del cumplimiento del Convenio de Gestión. Para ello facilita los recursos humanos, materiales necesarios, y fija las políticas y estrategias que lo facilitan. Mensualmente evalúa el estado de los objetivos, y en su caso adopta las medidas necesarias para el cumplimiento</p> <p>Elementos de medición Evidencia del cumplimiento Convenio de Gestión.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p>
<p>GLD. 2 ♥ Convenios de Gestión “en cascada” en toda la organización</p>	<p>Propósito El Convenio de Gestión es la base de la Dirección por Objetivos de toda la organización. El nivel Regional firmará y desarrollará Pactos de Objetivos (Convenios de Gestión) las unidades a su cargo.</p> <p>Desarrollar y mantener Convenios de Gestión con las instalaciones y los servicios de salud, tomando como referencia el presente convenio, a fin de lograr una interacción constante que favorezca la continuidad del proceso y permita incrementar la capacidad actual del recurso disponible. La descentralización, la asignación de responsabilidades es una herramienta clave para mejorar la eficiencia.</p> <p>Los Órganos de Gobierno y alta dirección son los responsables del Convenio de Gestión y del ciclo de mejora del mismo, es decir de su cumplimiento: Plan: Diseñar el Plan de implementación del Convenio de Gestión y su reproducción en cascada hasta: Unidades de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud, etc., primer nivel de atención (centros de salud) , servicios unidades hospitalarias, Do: Implantar el Convenio de Gestión de acuerdo al cronograma previsto. Check: Medir y evaluar el cumplimiento del Convenio de Gestión. Act: Realizar, en su caso, correcciones al Plan y seguir con otro ciclo.</p> <p>Elementos de medición. Porcentaje de convenios de gestión firmados, según las instalaciones de salud existentes. Numerador: Número de convenios de gestión firmados, según instalaciones de salud x 100. Denominador: Total de instalaciones existentes (centros de salud)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p>

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
GLD. 3 ♥ Plan Estratégico	<p>Propósito Los Órganos de Gobierno y alta dirección son los responsables del Plan Estratégico y el ciclo de mejora del mismo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan: Diseñar el Plan estratégico 2008 – 2011 2. Do: Implantar el Plan estratégico de acuerdo al cronograma previsto 3. Check: Medir y evaluar el cumplimiento del plan 4. Act: Realizar, en su caso, correcciones al Plan y seguir con otro ciclo. <p>Divulgar y difundir el plan estratégico a todos los profesionales.</p> <p>Elementos de medición Plan diseñado de acuerdo a las necesidades de la organización. Evidencia de implementación del plan y del seguimiento PDCA.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input style="border: 1px solid blue;" type="text" value="NA"/> </p>
GLD.4 Plan quinquenal de Inversiones en Salud 2004-2009	<p>Propósito Planificar quinquenalmente las inversiones necesarias para el cumplimiento de la estrategia diseñada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura, • Equipamiento, • Salud Nutricional, Ambiental y • otros. <p>Elementos de medición Existencia del Plan. Ejecución del Plan</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input style="border: 1px solid blue;" type="text" value="NA"/> </p>
GLD.5 Plan de Recursos humanos	<p>Propósito Los líderes son los responsables de planificar los recursos humanos necesarios, su titulación, y de las políticas relacionadas con los mismos como la evaluación del desempeño y capacitación</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dictar seminarios Capacitación <ul style="list-style-type: none"> Aseo Conductores Administrativos ▪ Establecer evaluación periódica del personal cada año en base al parámetro establecido. <p style="text-align: center;"> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input style="border: 1px solid blue;" type="text" value="NA"/> </p>

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

Anexo: Convenios y Dirección Por Objetivos en cascada:



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

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Seguridad de las instalaciones	
GSI.1.1 Plan de Seguridad	<p>Propósito Que los edificios, terrenos, equipo y sistemas no ponen en peligro a sus ocupantes y al ambiente.</p> <p>Elementos de medición Existencia del Plan</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Función 10 Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
<p>Evaluación del desempeño</p> <p>FCP.3 Se evalúa el desempeño de los profesionales de la organización</p>	<p>Propósito</p> <p>La evaluación del desempeño de los profesionales es básica para que las personas cumplan adecuadamente su papel en la organización. Los resultados de la evaluación se usan para mejorar.</p> <p>En todo caso se respetaran la normativa vigente</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Numerador: Numero de profesionales a los que se ha evaluado el desempeño × 100. Denominador: Numero total de profesionales. Obtener el 100% de personal evaluado en el hospital.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
<p>Capacitación en Convenio de Gestión</p> <p>FCP.6 ♥ Capacitación en Convenio de Gestión.</p>	<p>Propósito</p> <p>Capacitación en significado, contenido y alcance de los Convenio de Gestión a los profesionales sanitarios y no sanitarios. La capacitación incluye el ciclo de mejora de la calidad PDCA</p> <p>Elementos de medición</p> <p>Informe y listado de los participantes a la capacitación</p> <p>Convenios de gestión firmados entre las instalaciones y los servicios.</p> <p>Análisis de evaluaciones posteriores a la capacitación realizada.</p> <p>Verificación de los convenios de gestión firmados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizar seminarios ▪ Dictar charlas sobre el tema. <p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

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

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

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

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

Subsistemas de información	
GIU.7 Evidencia de un subsistema de información estadística clínico asistencial actualizado y acorde a las normas del MINSA	<p>Propósito Inventario de los instrumentos de registro que componen el subsistema clínico asistencial. Verificación de las 5 variables básicas de los instrumentos de registro. Presentación del Boletín Estadístico Anual del año anterior</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento Elaboración del Boletín anual</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Informes	
GIU.8.1 Evidencia de informes de gestión	<p>Propósito Presentación de informes de gestión</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GIU.8.2 Evidencia de informes de recursos humanos	<p>Propósito Presentación de evaluaciones del recurso humano</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GIU.8.3 Evidencia de informes financieros	<p>Propósito Presentación del sistema de información financiero</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
GIU.8.4 Evidencia de informes contables	<p>Propósito Presentación del sistema de información contable</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.9 Gestión de la utilización de las instalaciones sanitarias</p>	<p>Los objetivos de Gestión de la Utilización se refieren en algún caso a hospitales (egresos, altas, etc.) pero en otros pueden ser relacionarse con hospitales y con otros niveles asistenciales (Ejemplo: Consultas externas, emergencias, etc. Cada unidad cumplimentará aquellos que le correspondan</p>
<p>GIU.9.1 Pacientes ingresados en el hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p>Elementos de medición Nº de pacientes ingresados en el total del hospital y en cada servicio/ unidad. Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria.</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento _____</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.2 Egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Conocer el número de pacientes ingresados en el hospital y en cada Servicio/ Unidad</p> <p>Elementos de medición Nº de egresos en el hospital y en cada servicio/ unidad. Periodicidad diaria en el hospital y mensual para la Región Sanitaria.</p> <p>_____</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.3 Estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Número de estancias en el hospital y en cada servicio/ unidad. Periodicidad Mensual _____</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

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

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.9.9 Porcentaje de utilización de quirófanos de todo el centro y de y cada servicio/ unidad quirúrgica</p>	<p>Propósito Conocer la eficiencia en el uso de los quirófanos.</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de horas de quirófano utilizados en el total del centro y en cada servicio/ unidad. Denominador: Número total horas de quirófano disponibles en el total del centro y en cada servicio/ unidad.</p> <p><u> </u></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.10 Porcentaje de egresos programados en el total del hospital y cada servicio/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de egresos programados en el total el hospital y en cada servicio/ unidad X 100. Denominador: Número total de egresos</p> <p><u> </u></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.11 Presión de urgencias</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de ingresos por urgencia × 100. Denominador: Número total de ingresos</p> <p>▪ Creación de la oficina de admisión</p> <p><u> </u></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.12 Número de quirófanos</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elemento de medición N° de quirófanos</p> <p><u> </u></p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.9.13 Porcentaje de intervenciones de cirugía ambulatoria para todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica X 100. Denominador: intervenciones quirúrgicas ambulatorias en todo el hospital y cada servicio/ unidad</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.14 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de intervenciones quirúrgicas de urgencias en todo el hospital y cada servicio/ unidad quirúrgica X 100. Denominador: total intervenciones quirúrgicas</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.15 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas. Denominador: Número de intervenciones quirúrgicas programadas x 100</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recopilar información semanal sobre cirugías programadas y suspendidas. <p>1 2 3 4 5 NA</p>
<p>GIU.9.16 Número de locales destinados a Consultas Externas</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Nº de locales destinados a las consultas externas del total de la instalación y de cada servicio/ unidad</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

Objetivos, propósitos y Elementos de medición

<p>GIU.9.17 Consultas externas totales y sucesivas en el total de la instalación y en cada especialidad/ unidad</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Número de locales instalados</p> <p><u> </u></p> <p><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/></p>
<p>GIU.9.18 Tasa de retorno en consulta externa.</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Numerador: Número de consultas subsecuentes en el total del hospital y en cada servicio/ especialidad X 100. Denominador: Número total de primeras consultas.</p> <p><u> </u></p> <p><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/></p>
<p>Productos intermedios</p>	
<p>GIU.9.19 Numero de ecografías, Tomografías, etc.</p>	<p>Propósito Mejorar la Gestión de la Utilización</p> <p>Elementos de medición Informe con los datos solicitados</p> <p><u> </u></p> <p><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="NA"/></p>

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

Visión: Por su importancia de destaca como función con entidad propia la salud publica en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud (PPS)

Promoción de la Salud

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
<p>PPS I ♥ La organización dispone de un plan de Promoción de la Salud</p>	<p>Propósito La educación del paciente familiar y comunidad esta dentro de la atención al usuario de nuestra cartera de servicios al igual que el cliente interno. Nos proponemos gestionar la negociación de la función de Promoción con el fin de adecuar nuestro servicio a la actividad de docencia en servicio, docencia incidental, docencia de capacitación. Realización de un Plan de Promoción de Salud en base a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lineamientos estratégicos del MINSA ▪ Organizaciones internacionales ▪ Diagnostico inicial previo ▪ Necesidades de promoción de la salud con criterios ▪ Costo – Beneficio ▪ Epidemiológicos <p>Elementos de Medición Realización y aprobación del Plan</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p>
<p>Obejtivos</p>	<p>Propósito y Elementos de Medición</p>
<p>Desarrollo del Plan de Promocion de la Salud</p>	
<p>PPS. 2 ♥ Implementación de plan de promoción de la Salud</p>	<p>Propósito Desarrollar el plan de Promoción de la Salud, monitorizarlo. Sesiones Educativas: 48 sesiones educativas al paciente y familiar sobre estilos de vida saludable y clima familiar. Sesiones Educativas: 30 sesiones educativas al cliente interno sobre promoción de la salud laboral, ambiente laboral seguro, primeros auxilios, desalojo y ocupación en caso de desastres, distribución de desechos sólidos hospitalarios.</p> <p>Organizar equipos de apoyo en pacientes críticos.</p> <p>Elementos de Medición Evidencia de implementación del Plan</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input style="border: 1px solid blue;" type="checkbox"/> NA </p>

Función 13: Gestión Económico Financiera y Logística (GEF-L)
Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
GEF-L. 1 ♥ Plan del Sistema de Gestión Económico Financiero	<p>Propósito Diseñar e Implementar un Sistema de Gestión Económico Financiero</p> <p>Elementos de medición Sistema de Gestión Económico Financiera elaborado e implementado</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
Eficiencia	
Incentivos a la eficiencia	
GEF-L.3 ♥ La organización establece incentivos a la mejora de la eficiencia	<p>Propósito Los ahorros en los presupuestos sombra anuales de los diferentes servicio unidades de prevención, promoción o asistencia son reinvertidos en la misma con el fin de mejorar la misión. Se tienen en cuenta las indicaciones de los responsables de la mejora de la eficiencia (ahorro) en el destino de los recursos monetarios. Ejemplo: Capacitación, asistencia a Cursos y Congresos, Herramientas informáticas para cumplir mejor la misión, Libros relacionados con su función en la organización. Etc.</p> <p>Los recursos comprados por este método serán propiedad de la organización.</p> <p>En todo caso se cumplirán las leyes y normativas</p> <p>Elementos de medición Evidencia de cumplimiento de este objetivo, informe de asistencia del personal a eventos de capacitación.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>
Contabilidad analítica	
GEF-L.4 La organización usa la contabilidad analítica para la toma de decisiones	<p>Propósito La contabilidad analítica permite conocer los costes de cada unidad/ servicio. El conocimiento de los costes sirve para tomar decisiones y mejora la eficiencia.</p> <p>Elementos de medición Evidencia del uso de la Contabilidad Analítica para la toma de decisiones</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NA </p>

Gestión Logística

Objetivos, Propósitos y Elementos de medición

Objetivos	Propósitos y Elementos de medición
Planificación	
<p>GEF-L.7 ♥ Sistema de Gestión de Logística.</p>	<p>Propósito Diseñar un Sistema de Gestión de Logística (poner esquema fases logística)</p> <p>Elementos de medición Plan de Logística elaborado</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Mejora de la calidad	
<p>GEF-L.10 Información y datos agregados de la logística</p>	<p>Propósito Planificar e Implementar indicadores de cada uno de los procesos y funciones críticas de la logística.</p> <p>Elementos de medición Obtener información y datos agregados de la logística</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>
Control de stocks estratégicos	
<p>GEF-L.11 ♥ Los stocks se ajustan a las necesidades.</p>	<p>Propósito Adecuar los stocks a las necesidades. Tener en cuenta los suministros estratégicos o esenciales. Los stocks de medicamentos de acuerdo a las necesidades son estratégicos para la organización.</p> <p>Elementos de medición Evaluación de la adecuación de stocks a las necesidades</p> <p>1 2 3 4 5 NA</p>

ANEXO 3
Metodología de la Evaluación del PROVEEDOR

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR

Este ANEXO describe Metodología de la Evaluación del PROVEEDOR del presente CONVENIO.

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

Los objetivos del monitoreo son:

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

Proceso metodológico del monitoreo y evaluación del CONVENIO

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

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

La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud para la conformación del equipo evaluador, podrá requerir a cualesquiera de las unidades técnicas institucionales que resulten competentes en razón de la materia, para la verificación del cumplimiento de objetivos o producción pactada a cargo del PROVEEDOR, con el propósito de obtener criterios

especializados indispensables para el análisis y evaluación final de resultados y para fortalecer y dar carácter integral a las intervenciones.

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

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

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

Monitoreo de objetivos del PROVEEDOR

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

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

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

Elementos de puntuación

Objetivos con indicadores conceptuales:

Tendrán cinco intervalos de medición y posibilidad de No Aplicable (NA):

- 1: Nula o escasa evidencia de cumplimiento
- 2: Alguna evidencia de cumplimiento
- 3: Evidencia
- 4: Evidencia clara
- 5: Evidencia total
- NA: No Aplicable



Objetivos tipo numéricos (Tasas, etc.)

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

Tabla 1: Ejemplo de puntuación de un objetivo tipo tasa

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

Matriz común de equivalencias entre numéricos y conceptuales

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

Tabla 2: Equivalencias entre medición de indicadores y calificaciones

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

a) Calificación cualitativa global del Convenio de Gestión o de alguna de sus funciones

b) Calificación cuantitativa global del Convenio de Gestión o de alguna de sus funciones

c) Rango de puntuación cualitativa de los objetivos del Convenio de Gestión

d) Rango orientativo de puntuación de indicadores numéricos (debe adaptarse a cada caso)

Objetivos esenciales, núcleo o core:

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

Ponderación inicial de las funciones

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

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

Nivel requerido de esfuerzo según el tipo de indicadores:

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

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

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

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

Obligaciones, indicadores y Objetivos:

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

Puntuación final del Convenio de Gestión

Clasificación Inicial

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

- Excelente
- Muy Bueno
- Bueno
- Regular
- Deficiente

Puntuación	Criterios para obtener la puntuación
Excelente	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores $\geq 4,5$ puntos, y • Todas las funciones con una puntuación $\geq 2,5$ puntos, y • Promedio de puntuación de indicadores core $\geq 4,5$ puntos, y • Todos los indicadores core con puntuación $\geq 3,5$ puntos, y
Muy bueno	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores entre 3,5 y 4,4 puntos, y • Todas las funciones con una puntuación $\geq 2,5$ puntos, y • Promedio de puntuación de indicadores core $\geq 4,5$ puntos, y • Todos los indicadores core con puntuación $\geq 3,5$ puntos
Bueno	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores entre 2,5 y 3,4 puntos, y • Todas las funciones con una puntuación $\geq 2,5$ puntos, y • Promedio de puntuación de indicadores core $\geq 4,5$ puntos, y • Todos los indicadores core con puntuación $\geq 3,5$ puntos
Regular	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores entre 2,4 y 1,6 puntos, o • Una o dos funciones con una puntuación $\leq 2,4$ puntos, o • Promedio de puntuación de indicadores core $\leq 4,4$ puntos, o • Más del 10% de los indicadores core con un n° de puntos $\leq 3,5$.
Deficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio total de todos los indicadores $< 1,6$ puntos, o • Tres o mas funciones con una puntuación $< 1,6$ puntos, o • Promedio de puntuación de indicadores core $\leq 4,4$ puntos, o • Mas del 10% de los indicadores core con un n° de puntos $\leq 3,5$

Subclasificación dentro de cada grupo

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

Funciones o aspectos más relevantes

Son especialmente relevantes:

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

- Utilización de Servicios Sanitarios (Ej: demanda no satisfecha, no registro de casos de violencia intrafamiliar, etc). Es extremadamente importante desde varios puntos de vista, incluido el económico. Debido a la ausencia de datos, el objetivo para 2007 es casi “recoger datos”. Con los datos una vez analizados se pondrán marcar objetivos en 2008. Los resultados tendrán una alta ponderación.