

REPÚBLICA DE PANAMÁ

MINISTERIO DE SALUD



REGLAMENTO OPERATIVO

**PARA LA PROVISIÓN DE LA CARTERA DE PRESTACIONES PRIORIZADAS (CPP)
DE LA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE COBERTURAS (EFC)**

VERSIÓN 2.1 - Abril de 2015

Este Reglamento establece los términos y condiciones que regirán la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas - CPP a través de Unidades Básicas de Salud – UBA's de Red Fija, Red Itinerante y Combinada.

CONTENIDO

CAPÍTULO	TEMA	PÁGINA
1	Glosario	4
2	Descripción de la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas (EFC)	7
	A. ¿Qué es la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura (EFC)?	7
	B. Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (2012-2017)	9
	C. Programa Iniciativa Salud Mesoamérica Panamá 2015	10
3	Reglamento Operativo para la Provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)	12
	A- Propósito del Reglamento Operativo	12
	B- Alcance del Reglamento Operativo	12
	C- Documentos Normativos del Reglamento Operativo	12
	D- Mecanismos de Ajustes y Aprobaciones del Reglamento Operativo	13
4	Estructura Organizacional para la Provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)	14
	A- Organigrama	14
	B- Responsabilidades	15
	1- Comité Directivo del Programa (CODIPRO)	15
	2- Unidad de Gestión de Salud Administrativa y Financiera (UGSAF)	15
	3- Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud (DPSS)	16
	4- Dirección General de Salud Pública (DIGESA)	17
	5- Dirección Nacional de Planificación de Salud (DIPLAN)	17
	6- Dirección Regional de Salud (DRS)	17
	7- Unidad Básica de Atención (UBA)	19
5	Población Beneficiaria de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)	21
	A- Selección	21
	B- Nominalización	22
	C- Padrón de Beneficiarios	22
	1- Generación, Gestión y Distribución del PPB	22
	2- Registro, Alta de la Población y Depuración de los Padrones	23
	3- Certificación del Padrón de Beneficiarios	27
6	Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)	28
	A- Descripción de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)	28
	B- Administración de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)	30
	C- Cumplimiento de las Normas Técnicas y Administrativas de la Cartera de Prestaciones Priorizadas por las Direcciones Regionales de Salud y sus Unidades Básicas de Atención	30
	D- Modificación de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)	31
7	Unidad Básica de Atención (UBA)	32
	A- Equipo de Gestión	32
	B- Equipo Básico de Salud (EBS)	33
	C- Equipo Comunitario	34
8	Modalidades de Prestación de los Servicios de Salud de la EFC	36
	A- Red Fija	36
	1- Red Fija Institucional	36
	2- Red Fija Combinada	36
	B- Red Itinerante	36
	1- Red Itinerante Institucional	36
	2- Red Itinerante Extraintitucional	36

CAPÍTULO	TEMA	PÁGINA
9	Mecanismos de Gestión	37
	A- Programación de las Rondas / Bimestres	37
	B- Sistema de Información	39
	1- Informe Inicial	39
	2- Informes Mensuales	40
	3- Informes por Rondas / Bimestres	41
	4- Informes Cuatrimestral	42
	5- Informes Anuales	42
10	Sistema de Monitoreo y Supervisión	43
	A- Sistema de Monitoreo	43
	B- Sistema de Supervisión	43
	1- Supervisión del Ministerio de Salud	44
	2- Supervisión Interna de la UBA	44
11	Sistema de Evaluación	45
	A- Logros en Coberturas por Ronda / Bimestre	45
	1- Logros en la Atención de las Comunidades	45
	2- Logros en la Población Protegida	45
	3- Logros en la Población Atendida General	46
	4- Logros en la Población Atendida Menor de 24 Meses	46
	5- Logros en Días de Atención	46
	B- Logros en las Metas de Indicadores de Evaluación Cuatrimestral	46
	1- Logros en las Metas para la Red Itinerante	47
	2- Logros en las Metas para la Red Fija	50
	C- Indicadores de Monitoreo de Desempeño de la Gestión para la Red Fija	53
	D- Logros en Indicadores de Impacto	54
12	Sistema de Auditoría Técnica y Auditoría Social	55
	A- Auditoría Técnica (ATE)	55
	B- Auditoría Social (AS)	56
13	Financiamiento	58
	A- Cápita	58
	B- Sistema de Pago	65
	1- Pago Inicial (anticipo)	65
	2- Pagos por Ronda / Bimestre	65
	3- Pago por Logros en Indicadores de Evaluación Cuatrimestral	68
	4- Pago por Auditoría Social	69
	C- Normas para Acceder a las Transferencias	69
	1- Norma para Acceder a la Transferencia por Ronda (bimestral)	69
	2- Norma para Acceder a la Transferencia Complementaria	70
	3- Uso de las Transferencias Capitadas	71
	4- Cuenta de la Cartera de Prestaciones Priorizadas	72
	5- Débitos Sobre las Transferencias Capitadas, Medidas Cautelares y de Sanciones	72
14	Programa de Apoyo Comunitario (PACO)	75
	1- Inducción de la Demanda de Servicios Materno Infantil	75
15	Anexos	77

N°	TERMINO	SIGLA	DEFINICIÓN
1	Atención Integral de la Niñez en la Comunidad	AIN-C	Es una nueva estrategia para cuidar la salud y nutrición de la niñez basada en los “auto cuidados” para niños en la familia, mediante el monitoreo y promoción del crecimiento a nivel comunitario, y para mujeres embarazadas, mediante consejería individualizada, suplementación con hierro y la referencia oportuna desde la comunidad a las unidades básicas de atención para los controles prenatales.
2	Auditoría Social	AS	Es un mecanismo de seguimiento y evaluación a través del cual las comunidades podrán valorar el grado de satisfacción en cuanto a los servicios entregados por los Equipos Básicos de Salud.
3	Auditoría Técnica Externa	ATE	Revisión de los principales aspectos de la provisión de la CPP que incluye, como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> A- Comprobar la integridad, veracidad y consistencia del padrón de población beneficiaria y su consistencia en el sistema de información. B- Verificar el alcance de los resultados de los indicadores de cobertura de ronda y monitoreo y evaluación. C- Verificar el uso y administración de las transferencias de fondos realizadas a las Regiones de Salud para la provisión de la CPP por las UBA's de la red fija e itinerante. D- Verificar la integridad, veracidad y consistencia de los pagos realizados por la provisión de la CPP a las UBA's de la red fija e itinerante y que correspondan con los resultados alcanzados. E- Comprobar la conformidad de la provisión de los servicios de salud prestados con la CPP, los manuales, reglamentos, guías y protocolos por parte de las UBA's de la red fija e itinerante. F- Certificar el cumplimiento de los compromisos de gestión y coadyuvar a la mejora continua del funcionamiento de la estrategia de extensión de cobertura y de la estrategia de fortalecimiento de las coberturas de atención primaria en salud. G- Certificar el cumplimiento de los términos contractuales por parte de las OE prestadoras de la CPP en las UBA's de la red fija e itinerante. H- Certificar cualquier acto, hecho o indicio u omisión que pueda configurarse como una práctica prohibida en el cumplimiento de las disposiciones de los Bancos.
4	Cartera de Prestaciones Priorizadas	CPP	Es el conjunto de prestaciones (servicios de promoción, prevención y atención de la salud) que se otorgarán a los beneficiarios que se encuentran protegidos por la estrategia de extensión de cobertura (red itinerante) y la estrategia de fortalecimiento de las coberturas de atención primaria en salud (red fija).
5	Comunidad Beneficiaria	-	Es aquella comunidad que recibirá la CPP de la estrategia de extensión de cobertura (red itinerante) y de la estrategia de fortalecimiento de las coberturas de atención primaria en salud (red fija). Es seleccionada mediante el proceso de focalización, el cual está basado en criterios técnicos aprobados por el MINSA.
6	Comunidad Céntrica	-	Es aquella comunidad geográficamente accesible desde la cual se atiende a la población de dicha comunidad y a la población beneficiaria de un grupo de comunidades aledañas, que en su conjunto no agrupe a más de 600 personas.
7	Comunidad Periférica	-	Es aquella comunidad geográficamente cercana a una comunidad céntrica donde se ejecuta el proceso de atención de los beneficiarios de las estrategias.
8	Comunidad Atendida o Visitada	-	Es aquella que aparece registrada en el expediente de atención, prevención o promoción de un individuo y/o en la Hoja de Registro Diario de Actividades, como su comunidad de origen durante una misma ronda.
9	Costo Unitario Promedio Per Cápita	-	Es el monto promedio unitario de recursos monetarios que se empleará como base de pago asociado a cada beneficiario.
10	Días de Atención	-	Días dedicados a la atención directa de la población.

N°	TERMINO	SIGLA	DEFINICIÓN
11	Días de Traslado	-	Tiempo destinado para la movilización del EBS entre las comunidades beneficiarias o entre la sede de la UBA y las comunidades beneficiarias.
12	Embarazada Capitada:	-	Embarazada que ha sido ingresada al Programa de Control Prenatal.
13	Equipo Básico de Salud	EBS	Recurso humano nuclear que el MINSA destina para la provisión de la CPP. Los EBS pueden ser Institucionales o Extraintitucionales; es decir, contratados directamente por el MINSA o a través de Organizaciones Extraintitucionales, respectivamente. Los EBS están adscritos a UBA's que pueden ser de la red itinerante o de la red fija.
14	Equipo Comunitario de Salud	ECS	Miembros de la comunidad capacitados por el MINSA para que apoyen la provisión de la CPP y dar el seguimiento de las intervenciones en salud en la comunidad.
15	Equipo de Gestión	EG	Recurso humano que integra la unidad de apoyo para la gestión, monitoreo y evaluación de la CPP de las UBA's.
16	Fondo Comunitario	FC	Es el otorgamiento de subsidios, en calidad de anticipo de fondos, para el transporte de mujeres embarazadas y para la atención de emergencias obstétricas y neonatales que serán administrados por organizaciones comunitarias con base en las definiciones establecidas en los planes de parto. Estos fondos se destinarán exclusivamente para el transporte de la embarazada a las casas maternas y a las instalaciones de salud de la Red Fija aptas para la atención del parto y para el caso del traslado de la embarazada, puérpera y/o neonato en casos de emergencia. El reporte del uso de este fondo comunitario lo hará el comité comunitario a las UBA de la Red Fija con base en reportes del uso del fondo.
17	Gira	-	Conjunto de visitas que se realizan a una o varias comunidades beneficiarias pertenecientes a un grupo poblacional.
18	Gira Institucional	GI	Denominación genérica que se le otorga a la provisión de la CPP a través de prestadores institucionales, es decir, las Direcciones Regionales de Salud (DRS).
19	Grupo Poblacional	GP	Conjunto de comunidades que conforman un sector sanitario beneficiario de las estrategias. Constituye el resultado del proceso de sectorización al agrupar comunidades previamente focalizadas que mantienen características de accesibilidad y vías de comunicación en común en función del flujo de la demanda. A cada grupo poblacional se le asigna una UBA.
20	Listado de Población Beneficiaria Estimada	LPBE	Población beneficiaria total de la estrategia de extensión de cobertura (red itinerante) y la estrategia de fortalecimiento de coberturas (red fija) estimada según datos del último Censo de Población y Vivienda con base en la metodología de focalización geográfica empleada por el MINSA.
21	Nominalización de la Atención	-	Proceso que consiste en el conocimiento acabado de toda la población beneficiaria de la estrategia de extensión de cobertura (red itinerante) y la estrategia de fortalecimiento de coberturas (red fija) para el seguimiento continuo de cada beneficiario y su condición de salud.
22	Organización Extraintitucional	OE	Son organizaciones de carácter social, autónomas, jurídicamente aptas para ser contratadas por el MINSA, mediante concurso público, para proveer la CPP.
23	Padrón Inicial de Beneficiarios	-	Listado nominalizado de personas residentes en comunidades focalizadas por el MINSA que han sido registradas por las UBA's prestadoras de la CPP y el cual es entregado por el MINSA al inicio de cada año de prestación.
24	Padrón de Población Beneficiaria	PPB	Listado nominalizado del total de personas residentes en comunidades focalizadas por el MINSA e inscritas por las UBA's como beneficiarios de la CPP, previo a la certificación del proceso de inscripción que corresponde a la ATE.
25	Padrón de Población Beneficiaria Certificada	PPBC	Listado nominalizado del total de personas residentes en comunidades focalizadas por el MINSA e inscritas por las UBA's como beneficiarios de la CPP cuya integridad, confiabilidad y consistencia han sido certificados por la ATE.
26	Pago Capitado	-	Expresión monetaria del monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo incorporado como beneficiario, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio per cápita de la provisión de la CPP.

N°	TERMINO	SIGLA	DEFINICIÓN
27	Plan de Mejoramiento del Saneamiento Comunitario y Calidad del Agua	-	Documento escrito y acordado entre la UBA y la comunidad en el que se identifique el problema y se propongan soluciones a corto y largo plazo atendiendo como mínimo lo indicado en los protocolos de Educación en Saneamiento Ambiental.
28	Plan de Parto	-	Documento en el que la mujer expresa sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento, incluye entre otros aspectos: A- El tipo de parto que desea la mujer B- Los registros de los controles prenatales C- Los tomadores de decisión para el parto institucional D- El reconocimiento de signos de alarma E- Los medios para salir de la comunidad (medios de transporte) ya sea programados o por emergencias F- El tiempo de viaje G- El acompañante H- Cuidados y atención al recién nacido
29	Población Atendida General	-	Número de personas que han recibido una (1) actividad de atención, prevención y/o promoción durante una (1) ronda de atención.
30	Población Atendida Menor de 24 Meses	-	Número de niños/as de 0 a 24 meses que han recibido un (1) control de crecimiento y desarrollo por el EBS y al menos un (1) monitoreo de crecimiento por la monitorea capacitada durante una (1) ronda de atención.
31	Población Beneficiaria	-	Las personas que pertenecen a las comunidades beneficiarias de la estrategia de extensión de cobertura (red itinerante) y/o la estrategia de fortalecimiento de coberturas (red fija) y que son definidas y agrupadas en grupos poblacionales mediante criterios técnicos establecidos por el MINSA para la entrega de la CPP.
32	Población Protegida	-	Número de personas que residen en una comunidad que ha sido visitada o atendida durante una ronda de atención.
33	Programa de Apoyo Comunitario	PACO	Estrategia que busca reforzar y mejorar la cobertura en cuanto al parto institucional en las áreas que presentan elevados niveles de mortalidad infantil y materna.
34	Ronda de Atención	-	Período de tiempo destinado para que las Unidades Básicas de Atención, ya sean de modalidad itinerante, fija o combinada; realicen la atención a todas las comunidades beneficiarias pertenecientes a un grupo poblacional. La duración de una ronda será de un mínimo de cincuenta (50) días y máximo de sesenta (60) días; y deben realizarse seis (6) Rondas / Bimestre de prestación de servicios por año.
35	Sistema de Información de Fortalecimiento de Coberturas	EFC	Conjunto de elementos entre los que se incluyen la población beneficiaria, las UBA's, la CPP, los formularios de registro, herramientas informáticas y los informes entregables los cuales interactúan entre sí para el procesamiento de los datos y la generación de información que permita verificar el alcance de los objetivos de las estrategias entre los que se destaca la nominalización de la atención de cada individuo inscrito como beneficiario de la CPP y los resultados de cobertura, desempeño e impacto de cada UBA.
36	Unidad Básica de Atención	UBA	Denominación genérica de los distintos tipos de proveedores de servicios de las estrategias: A- Red Itinerante: giras de salud con equipos básicos institucionales o extrainstitucionales encargados de proveer la CPP a la población beneficiaria. B- Red Fija: centros de salud, sub centros de salud y puestos de salud. C- Una combinación de las dos anteriores.

A - ¿Qué es la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura (EFC)?**ANTECEDENTES**

El Gobierno de Panamá ha implementado en las últimas décadas acciones dirigidas a generar mayores y mejores oportunidades para potenciar el capital humano mediante un acceso cada vez más equitativo a la oferta de servicios sociales que redunde en el bienestar de la población.

En materia de salud, las acciones se han encaminado a acercar los servicios de salud a la población. De esta forma, desde 1995 el Gobierno, a través, del Ministerio de Salud (MINSa) viene implementando la Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud y Nutrición (EEC) que consiste en un conjunto de mecanismos basados en la atención primaria en salud (APS), mediante el cual se busca mejorar la accesibilidad de la población rural pobre a los servicios de salud y nutrición reduciendo las inequidades y favoreciendo a los grupos más vulnerables.

Desde sus inicios, el MINSa ha contado con el apoyo técnico y financiero de organismos internacionales como el BIRF y BID para diseñar y ejecutar la EEC, adecuándola al cambiante entorno social y matizándola con los avances y lecciones aprendidas de otras experiencias.

Es así como desde 1995 al 2012, se identifican claramente tres (3) etapas de la EEC, cada una caracterizada por el momento, histórico, político y social en que fueron diseñadas e implementadas, a saber:



Periodo (1995-2002): Entrega del Paquete Básico de Salud Integral y Nutrición (PBSIN) gestionado a través del Proyecto de Salud Rural (Fase 1 y 2).



Periodo (2003-2008): Provisión del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) gestionado a través del Programa Multifase de Transformación Institucional del Sector Salud (Fase 1).



Periodo (2009-2012): Provisión del Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud fortalecido con AIN-C (PAISS+N) en las áreas indígenas gestionado a través del Programa de Protección Social – Apoyo a la Red de Oportunidades y la Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables (PSPV) en las áreas rurales no indígenas gestionado con el Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud (PMES).

La Estrategia de Extensión de Coberturas en sus etapas iniciales con la Red de atención itinerante, ha evidenciado de forma paulatina, las ventajas de un Modelo de Atención nominalizado, un Modelo de Gestión por Resultados, un Modelo Organizacional Integral y un Modelo de Financiamiento capitado ligado a la nominalización y los resultados. Tomando esa experiencia, Panamá decide dar los primeros pasos para extrapolar estos modelos a la red fija de instalaciones de salud, iniciando en paralelo una etapa de preparación (2011-2012) de una estrategia denominada “**Fortalecimiento de Coberturas de APS**” (red fija) que inició su implementación en el marco de la cuarta etapa de la EEC (2013-2014).

ETAPAS DE PREPARACIÓN (2011-2012) EFC-APS

En el marco del PMES a partir del 2011 se impulsa la implementación del modelo de fortalecimiento de coberturas de APS, inicialmente en 8 Regiones de Salud (se exceptúan Bocas del Toro, Darién, Kuna Yala y Panamá Este) y del 2012 en adelante, en las 12 Regiones de Salud beneficiarias del proyecto. Esta etapa del modelo de fortalecimiento se fundamenta en:

- a** El desarrollo de competencias.
- b** Utilización de los sistemas de información, monitoreo y evaluación vigentes.
- c** Elaboración de herramientas “domésticas” de apoyo gerencial.
- d** Implementación de mecanismos de coordinación entre las unidades básicas de salud (UBA’s), prestadoras de la Cartera de Prestaciones Priorizada (CPP), y la Dirección Regional de Salud como gestora de la red de servicios.
- e** Incorporación de un esquema nominalizado de la atención (migrado de la división política al flujo real de la demanda).
- f** Ajuste al esquema de evaluación tradicional, para migrarlo a un esquema de evaluación por resultados basado en la nominalización de la población beneficiaria. Esta etapa no incluye el financiamiento capitado, se refuerza financieramente con Planes Operativos para desarrollar el Modelo de Atención Nominalizado y de Gestión por Resultados (en un esquema cuatrimestral, solo, de indicadores de desempeño, no así de procesos) que incluye el apoyo básico para la habilitación de las instalaciones. Los principales resultados esperados son: un padrón de población beneficiaria de la red fija de instalaciones, adaptación al Modelo de Gestión por Resultados con una introducción paulatina (semestral a cuatrimestral), rediseño de la red de servicios de acuerdo al flujo real de la demanda y el proceso de habilitación de los establecimientos de salud en marcha.

A finales del 2012 y con miras a seguir mejorando la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en comarcas indígenas y sus áreas rurales limítrofes, mediante el fortalecimiento de la APS, el reforzamiento de la CPP y la adecuación de las redes de salud, el MINSA con apoyo del BID inicia el **Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud** (2563/OC-PN) que incorpora, principalmente, el modelo de financiamiento capitado vinculado al de gestión por resultados y el de atención nominalizada en la red fija.

En esta etapa, se incorpora también la **Iniciativa Salud Mesoamérica** (ISM 2015) con fondos de un grupo de donantes y administrado por el BID, con el cual se busca mejorar el acceso, cobertura, uso y calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal e infantil en las comarcas indígenas de Kuna Yala y Emberá-Wounaan. Esta iniciativa aporta impulsos importantes en partes de los procesos que se llevan dentro de los modelos de atención, gestión y financiamiento capitado y por resultados; por lo cual, su contribución será importante en el alcance de los objetivos planteados.

La preparación de la EFC-APS a partir del 2012 se lleva en paralelo y su implementación diferenciada principalmente por el Programa que las financia y el alcance de la asistencia técnica que brinda cada uno.

Ambas operaciones iniciaron en 2013 y con la continuidad del PMES (hasta 2014) se da paso así a la **cuarta etapa de la EEC y primera etapa de la EFC-APS**, con un alcance ampliado e innovador, mediante la introducción de la modalidad de pago por desempeño en las redes locales de atención primaria, unificando así los servicios de la red fija e itinerante bajo el concepto de UBA y con los principios de reconversión y habilitación de instalaciones del nivel de atención.

B - Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud. PMEFS (2012-2017)

El Gobierno de la República de Panamá suscribió contrato de préstamo N°2563/OC-PN con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la implementación del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud con el objetivo de mejorar la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en comarcas indígenas y sus áreas limítrofes.

El Programa está estructurado en cuatro (4) componentes a saber:

- | | |
|--------------|--|
| Componente 1 | Fortalecimiento de la atención primaria en salud |
| Componente 2 | Mejoramiento de la atención especializada materna y neonatal |
| Componente 3 | Adecuación de las redes del sistema de salud |
| Componente 4 | Gestión, auditoría y evaluación del programa |

A través del Componente 1 se busca garantizar y fortalecer los servicios de prevención, promoción y atención primaria en salud a nivel comunitario en las Unidades Básicas de Atención (UBA) de la red fija e itinerante. Este componente financiará la cartera de prestaciones priorizadas (CPP) por medio de mecanismos de pago per cápita y por desempeño a los prestadores de salud.

Los pagos per cápita se definen como el monto que se destina al aseguramiento de la provisión de la CPP para cada individuo incorporado como beneficiario del programa, el cual corresponde al cálculo del costo unitario promedio de recursos monetarios de la provisión de la CPP asociado a cada beneficiario por un (1) año.

Este Programa afianza la articulación entre la red fija y la itinerante y consolida la introducción de los modelos de:

- a** Gestión por resultados.
- b** Financiamiento capitado.
- c** Atención nominalizada en la red fija de establecimientos.

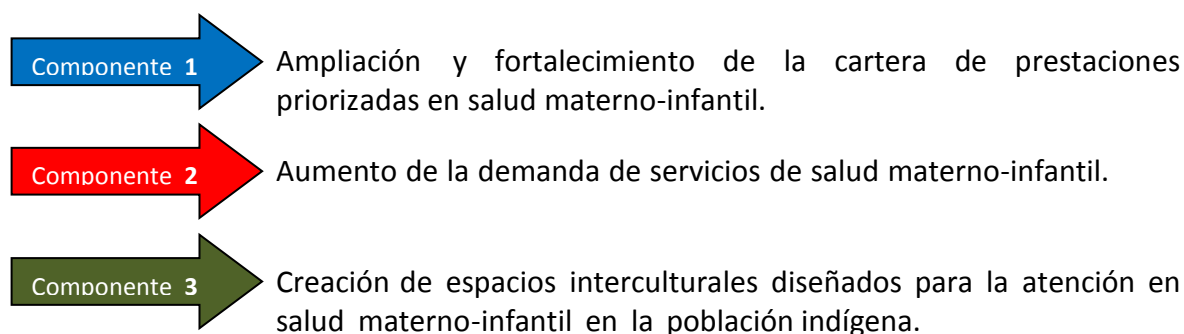
Entre los resultados que persigue el Programa se encuentran:

- a** Reducción de la mortalidad materna e infantil.
- b** Reducción de la desnutrición crónica en menores de cinco años.
- c** Incremento de UBA en la red fija y de su población beneficiaria.
- d** Abastecimiento de medicamentos e insumos sanitarios en las UBA.
- e** Cartera de Prestaciones actualizada y adaptada.
- f** Estrategia de AIN-C implementada en la red fija.
- g** Reducción de brechas de cobertura de embarazadas, menores de cinco años, mujeres en edad fértil, hipertensos y diabéticos.
- h** Sistema de incentivos a la demanda y a la oferta fortalecido.

C - Programa Iniciativa Salud Mesoamérica Panamá 2015

El Gobierno de Panamá suscribió el Convenio Marco N° PN-G1001 y los Convenios Individuales N° GRT/HE-13116-PN y GRT/HE/13117-PN para la implementación del Programa Iniciativa Salud Mesoamérica Panamá 2015 con el objetivo de mejorar el acceso, cobertura, uso y calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal e infantil en las comarcas indígenas de Kuna Yala y Emberá Wounaan, con miras a contribuir con la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil y la reducción de la desnutrición crónica.

El Programa se estructura en tres (3) componentes a saber:



A través del Componente 1 se propone mejorar el acceso y la calidad de los servicios en el primer y segundo nivel de atención dirigidos a mujeres en edad fértil y a niños menores de 5 años, a través del financiamiento de intervenciones costo-efectivas que fortalezcan la provisión existente de la CPP en las UBA de la red fija e itinerante, específicamente, intervenciones dirigidas a aumentar la cobertura y calidad de:

- a** Servicios de planificación familiar.
- b** Atención durante el embarazo, parto, post-parto y del recién nacido.
- c** Servicios de nutrición que serán integrados al primer nivel de atención (red fija e itinerante).

Además, se financiarán acciones para reducir el riesgo de enfermedades diarreicas, a través, del mejoramiento de la calidad del agua a nivel del hogar y la comunidad.

El conjunto de los indicadores de la Iniciativa persigue evaluar el incremento de la capacidad resolutoria de las UBA mediante: recurso humano en horario 24/7, abastecimiento de medicamentos e insumos, seguimiento de menores de 24 meses, interrelación con las comunidades mediante planes de parto, planes de mejoramiento del saneamiento comunitario y sistema de incentivos a la demanda, reducción de brechas de cobertura en embarazadas y menores de cinco años.

A – Propósito del Reglamento Operativo (RO)

Establecer los términos y condiciones que regirán la Ejecución de la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas.

Su objetivo central es establecer los criterios que deben tener en cuenta los actores involucrados en la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP), garantizando la aplicación de criterios estandarizados que permitan la ejecución eficiente de la EFC-APS.

B – Alcance del Reglamento Operativo

Este Reglamento es aplicable a la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas mediante UBA's itinerantes y fijas; a través de las cuales el MINSA busca proteger a residentes de comunidades rurales indígenas y no indígenas que requieren incrementar el acceso a la red de servicios de salud.

C – Documentos Normativos del Reglamento Operativo

La provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) por las UBA's se rige por los siguientes documentos normativos:

Programa de Mejoramiento
de la Equidad y
Fortalecimiento de los
Servicios de Salud

- Contrato de Préstamo N°2563/OC-PN suscrito entre el Gobierno de la República de Panamá y el BID.
- Documento de proyecto PN-L1068.
- Manual Operativo del Programa 2563/OC-PN.
- Convenio de Gestión.

Iniciativa Salud
Mesoamérica 2015

- Convenio Marco N° PN-G1001 y los Convenios Individuales N° GRT/HE-13116-PN y GRT/HE/13117-PN entre Panamá y el BID.
- Manual Operativo del Programa PN-G1001.
- Convenio de Gestión.

En caso de discrepancias entre estos documentos y el Reglamento Operativo, prevalece en este orden de prelación, lo establecido en:

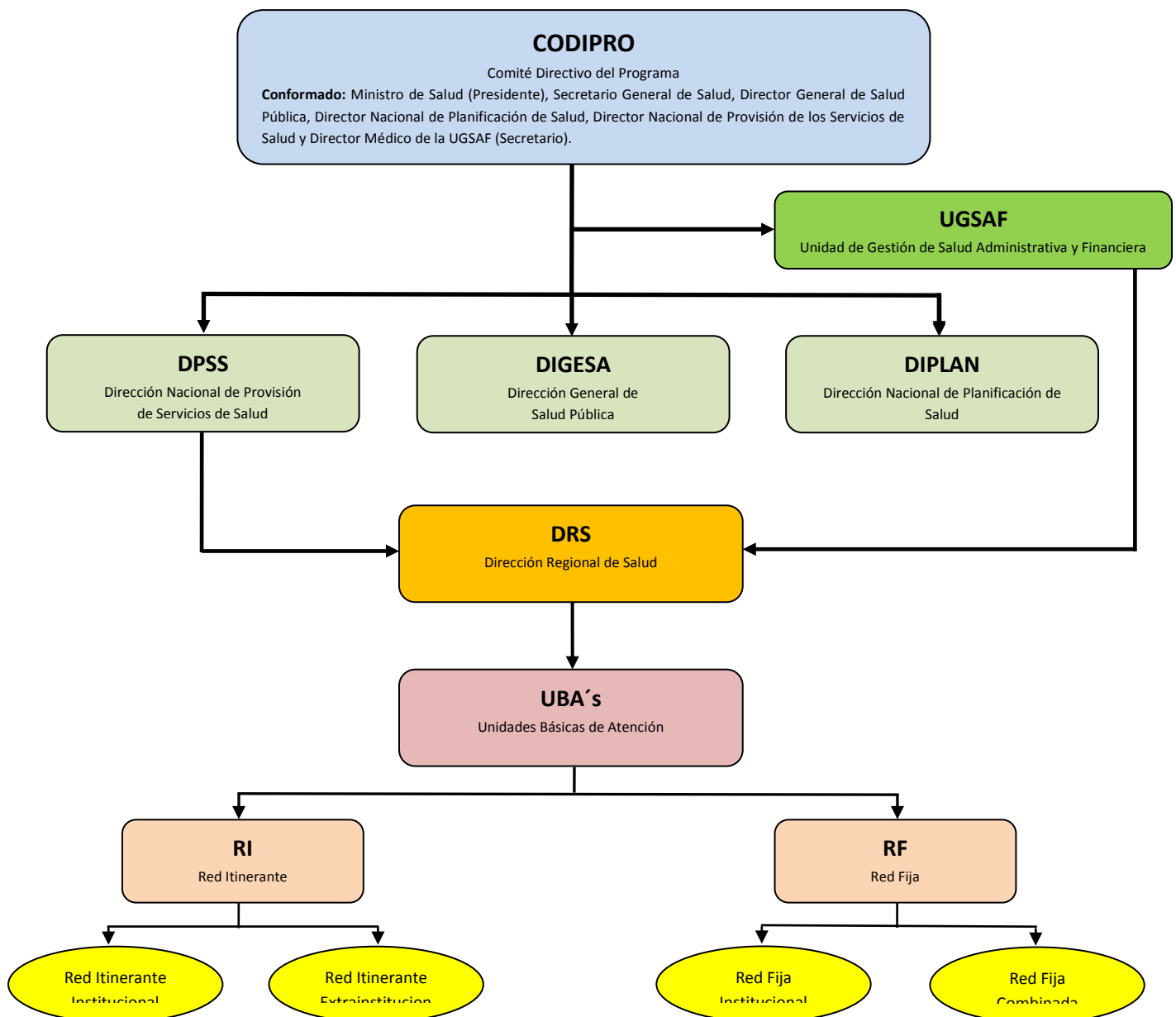
- a** Contratos de Préstamo.
- b** Documentos de Proyecto.
- c** Manual Operativo del Programa correspondiente.
- d** Convenio de Gestión.
- e** Reglamento Operativo.

D – Mecanismos de Ajustes y Aprobaciones del Reglamento Operativo

El Reglamento Operativo para la provisión de la CPP a través de las UBA's será objeto de aprobación del CODIPRO y la no objeción del Banco (BID), según el Programa de que se trate, como requisitos para iniciar su aplicación, así como las modificaciones que se requieran.

A – Organigrama

La Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas (EFC) es desarrollada por unidades ejecutoras del MINSA, las cuales tienen diferentes funciones y responsabilidades de acuerdo a su nivel de acción.



B – Responsabilidades

COMITÉ DIRECTIVO DEL PROGRAMA (CODIPRO)	
1	Velar por la armonía de la EFC con las políticas y estrategias del MINSA.
2	Determinar la gradualidad de la entrada de las UBA's al modelo capitado.
3	Garantizar la sostenibilidad financiera y técnica de la EFC.
4	Dictar los lineamientos estratégicos para el desarrollo de la EFC.
5	Establecer la articulación organizacional de la EFC.
6	Aprobar el RO y sus modificaciones.
7	Analizar informes de resultados de EFC, consolidados por Región de Salud o segregados según UBA's.
8	Solicitar información adicional sobre el desempeño de las UBA's.
9	Velar por la coordinación de las redes itinerante y fija.

UNIDAD DE GESTIÓN DE SALUD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (UGSAF)	
1	Colaborar con la DPSS y las DRS en velar que la provisión de la CPP se ciña a las disposiciones establecidas en el presente RO.
2	Velar por el cumplimiento de los contratos y dar seguimiento a las cláusulas establecidas para el logro de las metas del programa
3	Gestionar en conjunto con la DPSS el proceso de negociación y renovación de convenios de gestión con las DRS para la provisión de la CPP.
4	Asegurar en coordinación con DPSS el cumplimiento de las condiciones establecidas en los respectivos convenios de gestión con las DRS.
5	Gestionar las solicitudes de nombramientos de los miembros de la UBA's realizadas por las DRS de conformidad con lo establecido en los convenios de gestión y las disposiciones del presente RO.
6	Garantizar la implementación de las disposiciones del presente RO.
7	Apoyar los procesos de auditoría social de la provisión de la CPP.
8	Coordinar la auditoría técnica externa de la provisión de la CPP.
9	Tomar las medidas adecuadas para asegurar la eficiencia en el uso de los recursos que han sido confiados a las UBA's y la eficacia de sus acciones en conjunto con DPSS
10	Gestionar la revisión del costo unitario promedio per cápita de la provisión de la CPP.
11	Gestionar las solicitudes de transferencia de la cápita a las UBA's de las DRS de conformidad con lo establecido en los convenios de gestión y las disposiciones del presente RO.
12	Procesar las transferencias de la cápita a las DRS de acuerdo a los resultados alcanzados por las UBA's encargadas de la provisión del CPP por GI, según los mecanismos consignados en este RO.
13	Calcular las multas y penalidades correspondientes a las transferencias de las cápitaa las UBA's, de acuerdo con las faltas tipificadas por la DPSS, la DRS y lo establecido en los convenios de gestión.
14	Procesar la transferencia de fondos del sistema de incentivos a la demanda de acuerdo a lo establecido en el presente RO.
15	Presentar informes periódicos al CODIPRO sobre la ejecución de la EFC y al Banco cuando así lo requiera.
16	Agilizar los procesos administrativos y financieros para el desarrollo oportuno de las actividades de la EFC.
17	Realizar los procesos de adquisiciones requeridos para el desarrollo de las actividades de la EFC.
18	Colaborar en el diseño, validación e implementación de los instrumentos técnicos de la EFC.

	DIRECCIÓN NACIONAL DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (DPSS)
1	Asegurar que las Regiones de Salud supervisen la EFC.
2	Monitorear que las Direcciones Regionales de Salud (DRS) implementen la EFC en conjunto con los programas de salud (regionales), niveles distritales (si aplica) y locales (instalaciones de salud).
3	Velar porque la provisión de la CPP se ciña a las disposiciones establecidas en el presente RO.
4	Supervisar la correcta administración de la CPP por sus prestadores.
5	Participar en conjunto con la UGSAF del proceso de negociación y suscripción de convenios de gestión anuales para la provisión de la CPP entre el MINSA y sus prestadores.
6	Exigir a todos los prestadores de servicios el cumplimiento de todas sus obligaciones y responsabilidades establecidas en el presente RO.
7	Divulgar, capacitar y brindar asistencia técnica sobre la EFC a los diferentes prestadores de servicios.
8	Velar por la nominalización de la población beneficiaria de la EFC.
9	Supervisar la conformación y administración de los padrones de beneficiarios de la EFC segregados por la RS y UBA.
10	Monitorear el cumplimiento de los perfiles establecidos para el EBS de acuerdo a lo dispuesto en el RO.
11	Evaluar la ejecución de la EFC con miras a asegurar el cumplimiento de las metas de cobertura y desempeño establecidas por el MINSA.
12	Evaluar los informes presentados por las UBA's, asociados al financiamiento de la provisión de la CPP establecidos en los convenios de gestión. La evaluación del cumplimiento se realizará conforme a lo dispuesto en el presente RO.
13	Exigir a las UBA's, por intermedio de la DRS, la aplicación de correctivos en los casos en que se adviertan irregularidades o deficiencias en la realización de las actividades de administración y provisión de los servicios de la CPP.
14	Garantizar que se cumpla con el suministro de los insumos a las UBA's para el correcto funcionamiento y provisión de la CPP.
15	Garantizar que se cumpla con los parámetros de asistencia técnica para el correcto funcionamiento y provisión de la CPP.
16	Facilitar en conjunto con la UGSAF los procesos de auditoría social de la provisión de la CPP.
17	Desarrollar con las DRS y sus UBA's la negociación de las metas de los indicadores de la provisión de la CPP.
18	Realizar la evaluación de los informes de rendición de cuentas de la provisión de la CPP.
19	Solicitar a las UBA's información, aclaraciones y explicaciones sobre la gestión de la provisión del CPP.
20	Notificar a la UGSAF el incumplimiento en la provisión de la CPP por parte de las UBA's, de acuerdo con lo establecido en los convenios de gestión respectivos.
21	Solicitar a la UGSAF la suspensión de la provisión del servicio de la CPP de aquellas UBA's que incumplan con las disposiciones establecidas en sus convenios y/o contratos.
22	Coordinar la evaluación de impacto de la EFC.
23	Presentar informes al CODIPRO y a la UGSAF sobre la ejecución de la EFC cuando sean solicitados.
24	Velar por mantener actualizadas las disposiciones del presente RO.
25	Apoyar y evaluar los informes del programa de apoyo comunitario para incentivar la demanda de la captación, atención prenatal y parto institucional, posterior a su implementación (Promotores de Salud y Monitoras de AIN-C). La evaluación se realizará conforme a lo dispuesto en el presente RO.
26	Dar seguimiento a los planes iniciales entregados por las UBA's, garantizando su cumplimiento.
27	Notificar a UGSAF los cambios realizados a los planes iniciales con la debida sustentación de los mismos emitidos por las UBA's.
28	Supervisar la aplicación de los planes de incentivos a los miembros de los equipos de gestión, equipos básicos y equipos comunitarios que prestan los servicios de la CPP a satisfacción de acuerdo a los parámetros establecidos en dichos planes, los cuales deberán responder a los alcances de coberturas e indicadores de desempeño.
29	Garantizar la implementación de las disposiciones técnicas del presente RO.
30	Diseñar, validar e implementar los instrumentos técnicos de la EFC.
31	Tomar las medidas adecuadas para asegurar la eficiencia en el uso de los recursos que han sido confiados a las UBA's y la eficacia de sus acciones en conjunto con UGSAF.
32	Monitorear y supervisar la implementación de los modelos de rediseño de las redes CONE y/o de redes integradas de salud en las instalaciones de salud.

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA (DIGESA)	
1	Revisar y validar la implementación los modelos de rediseño de las redes CONE.
2	Revisar y validar la implementación paulatina de redes integradas en los servicios de salud.
3	Velar que se brinden las capacitaciones de actualización a los técnicos de saneamiento ambiental en coordinación con la Subdirección de Ambiente, DISAPAS, Regiones de Salud con sus DAPOS a los prestadores de servicios de la CPP.
4	Velar que las Direcciones Regionales de Salud (DRS) implementen la EFC siguiendo los lineamientos de las políticas de salud pública.
5	Apoyar y evaluar la implementación del programa de apoyo comunitario para incentivar la demanda de la captación, atención prenatal y parto institucional (Embarazadas). La evaluación se realizará conforme a lo dispuesto en el presente RO.
6	Apoyar procesos de la auditoría social de la provisión de la CPP.

DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE SALUD (DIPLAN)	
1	Apoyar la sustentación ante el MEF de la propuesta presupuestaria, requerida para la ejecución de la EFC.
2	Coordinar el enlace que permita el acceso de datos estadísticos con el INEC.
3	Fortalecer los procesos de capacitación en las herramientas de registro a través del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud a los prestadores de servicios de la CPP.
4	Ejecutar las políticas de salud del MINSA en las regiones beneficiarias de la EFC y vigilar periódicamente sus indicadores de salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD (DRS) (Parte 1)	
1	Garantizar el cumplimiento de los perfiles establecidos para el EBS y Equipo de Gestión conforme el RO.
2	Asumir el comando técnico y administrativo de la ejecución de la EFC a nivel regional, apoyándose en el equipo técnico del Departamento de Provisión de Servicios de Salud, cuyo jefe o técnico que éste delegue fungirá como enlace técnico con las UBA's, el nivel local, nivel distrital y el nivel nacional y del equipo administrativo de la UGSAF.
3	Garantizar la implementación de la EFC a través de la estructura organizacional regional integrando al nivel distrital y local.
4	Participar en el proceso de focalización, sectorización y adscripción de la población beneficiaria de la EFC.
5	Solicitar y justificar la inclusión o exclusión de UBA's y/o comunidades beneficiarias de la EFC.
6	Suscribir Convenios de Gestión con cada UBA's perteneciente a la Región de Salud.
7	Monitorear y supervisar la entrega de la CPP a los beneficiarios de acuerdo a los mecanismos contemplados en este RO, incluyendo: a) Cronograma de ronda / bimestre , b) Conformación e identificación de los EBS, c) Cumplimiento de los protocolos de atención, d) Observancia sobre las normas y costumbres de la población beneficiaria, especialmente la población indígena, e) Adecuado manejo y disposición de desechos biomédicos, f) Adecuado manejo y disposición de los formularios y expedientes, g) Disposición de materiales didácticos y demás empleados en las actividades de promoción de la salud, h) Disposición de medicamentos, insumos y equipos en cantidad suficiente y condiciones adecuadas, i) Empleo de logotipos del MINSA en la papelería, anuncios, avisos, publicaciones, carpas/toldas, vehículos y demás equipos y/o recursos que sean empleados por las UBA's para la provisión de la CPP.
8	Notificar a la DPSS el incumplimiento en la provisión de la CPP por parte de las UBA's convenidas, de acuerdo con lo establecido en el presente RO.
9	Velar por la articulación de las redes fija e itinerante.
10	Implementar el rediseño de la red de servicios de APS de acuerdo al resultado del proceso de focalización, sectorización y adscripción.
11	Evaluar los resultados de la implementación del rediseño de la red de servicios de APS de acuerdo al proceso de nominalización.
12	Revisar, aprobar y acreditar al personal del EBS de acuerdo a lo establecido en el RO.
13	Supervisar el cumplimiento de las normas y leyes sanitarias vigentes en Panamá. Esto incluye las normas de vigilancia epidemiológica y utilización del sistema de información del MINSA y la EFC.

	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD (DRS) (Parte 2)
14	Coordinar con las UBA's la administración de los padrones de beneficiarios de la EFC segregados por cada UBA.
15	Brindar a las UBA's inducción sobre la gestión de la EFC, incluyendo el Programa de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia de la OPS (AIEPI).
16	Brindar capacitación a los EBS con el fin de fortalecer sus competencias y conocimientos.
17	Coordinar con las UBA's las necesidades de abastecimiento de insumos que corresponda suministrar al MINSA para la provisión de la CPP y garantizar su entrega.
18	Entregar a la DPSS el cronograma por ronda y anual para las seis (6) Rondas / Bimestre de prestación de la CPP de cada UBA de acuerdo a los tiempos estipulados en el RO.
19	Velar por la presentación y cumplimiento de planes de acción en los casos que se requiera mejorar la provisión de la CPP por los prestadores de servicios.
20	Supervisar la ejecución de la EFC con miras a asegurar el cumplimiento de las metas de cobertura y desempeño establecidas por el MINSA.
21	Evaluar y entregar a las jefaturas de los programas correspondientes, los informes mensuales presentados por las UBA's asociados a la producción de servicios, vigilancia epidemiológica y el consumo de insumos entregados por el MINSA para la provisión y remitir las evaluaciones a la DPSS.
22	Suministrar a la DPSS y a la UGSAF los informes establecidos en este RO, para que se realicen los procesos de evaluación y pagos correspondientes.
23	Suministrar a la DPSS y a la UGSAF los informes del programa de apoyo comunitario para incentivar la demanda de la captación, atención prenatal y parto institucional, posterior a su implementación (Promotores de Salud, Monitoras de AIN-C y Embarazadas). La evaluación se realizará conforme a lo dispuesto en el presente RO.
24	Solicitar las transferencias de cápita para las UBA's de acuerdo a los resultados presentados por ellas en los informes de ronda y cuatrimestrales.
25	Asignar los fondos transferidos en concepto de cápita con las finalidades y restricciones previstas en el Manual Operativo del Programa correspondiente, Convenio de Gestión y las normas de administración del MINSA.
26	Participar en la revisión, ajuste, negociación de las metas y evaluación cuatrimestral de los indicadores de desempeño de la provisión de la CPP, de ser necesario.
27	Verificar que el EBS corresponda al acreditado para la provisión de la CPP.
28	Coadyuvar con la DPSS y la UGSAF, en la toma de medidas adecuadas para asegurar la eficiencia en el uso de los recursos que le han sido confiados y la eficacia de las acciones de las UBA's.
29	Solicitar a DPSS la suspensión de la provisión del servicio de la CPP de aquellas UBA's que incumplan con las disposiciones establecidas en sus convenios y/o contratos
30	Suministrar a la DPSS y a la UGSAF la documentación e información que requieran para la realización del monitoreo y evaluación de la EFC.
31	Participa en las reuniones convocadas por la DPSS y UGSAF para tratar aspectos relacionados a la ejecución de la EFC.
32	Coordinar en conjunto con DPSS Y DIGESA los procesos de la auditoría social de la provisión de la CPP.
33	Apoyar los procesos de auditoría técnica de la provisión de la CPP.
34	Apoyar la evaluación de impacto de la EFC.
35	Contribuir en mantener actualizadas las disposiciones del presente RO.
36	Dar seguimiento a los planes iniciales entregados por las UBA's, garantizando su cumplimiento.
37	Entregar a DPSS los cambios realizados a los planes iniciales con la debida sustentación de los mismos emitidos por las UBA's
38	Garantizar el cumplimiento de la aplicación de los planes de incentivos a los miembros de los equipos de gestión, EBS y equipos comunitarios que prestan los servicios de la CPP a satisfacción de acuerdo a los parámetros establecidos en dichos planes, los cuales deberán responder a los alcances de coberturas e indicadores de desempeño.
39	Solicitar los fondos para la supervisión interna a la UGSAF.
40	Solicitar a las UBA's información, aclaraciones y explicaciones sobre la gestión de la provisión de la CPP
41	Autoevaluar el desempeño de la EFC en la región de la salud, segregada por distrito y UBA.
42	Coordinar con las UBA's las estrategias de comunicación para informar y convocar a los beneficiarios de la EFC y la programación de las actividades extramurales.
43	Notificar a DPSS, a más tardar (5) cinco días hábiles, cuando sea reemplazado y/o acreditado a nuevo personal técnico del EBS y se haya realizado la evaluación de conocimientos del nuevo personal propuesto. Los nuevos miembros del equipo básico deben haber recibido la inducción de la EFC por el nivel regional del MINSA al que corresponda el grupo poblacional donde brindará sus servicios.

UNIDADES BASICAS DE ATENCIÓN (UBA's) (Parte 1)	
1	Gestionar la provisión de los servicios de la CPP con eficacia, eficiencia, calidad, calidez, equidad y humanismo dentro de los términos y condiciones del presente RO.
2	Coordinar y asegurar la nominalización de su población beneficiaria de la EFC.
3	Conformar y administrar el padrón de beneficiarios de la EFC de su área de cobertura.
4	Monitorear y supervisar la entrega de la CPP a los beneficiarios de acuerdo a los mecanismos contemplados en este RO, incluyendo: a) Cronograma de ronda, b) Conformación e identificación de los EBS, c) Cumplimiento de los protocolos de atención, d) Observancia sobre las normas y costumbres de la población beneficiaria, especialmente la población indígena, e) Adecuado manejo y disposición de desechos biomédicos, f) Adecuado manejo y disposición de los formularios y expedientes, g) Disposición de materiales didácticos y demás empleados en las actividades de promoción de la salud, h) Disposición de medicamentos, insumos y equipos en cantidad suficiente y condiciones adecuadas, i) Empleo de logotipos del MINSA en la papelería, anuncios, avisos, publicaciones, carpas/toldas, vehículos y demás equipos y/o recursos que sean empleados por las UBA's para la provisión de la CPP.
5	Garantizar el mecanismo de control de entrada y salida para el manejo adecuado de los expedientes clínicos cumpliendo con la normativa establecida por REGES.
6	Contar con una estructura de comunicaciones e informática de acuerdo a los lineamientos establecidos por el MINSA para la implementación de los sistemas de información que le sean suministrados.
7	Facilitar el registro y captura de la información de las actividades ejecutadas por los equipos básicos de salud, en las herramientas informáticas que suministre el MINSA, incluyendo la suministrada para la EFC (SIREGES).
8	Mantener actualizado el Sistema de información de la EFC que facilite la identificación oportuna de desviaciones en los indicadores de cobertura y desempeño definidos en este RO.
9	Cumplir con la entrega de los informes establecidos en el presente RO.
10	Presentar a la Dirección Regional de salud el cronograma por ronda (15 días calendario antes del inicio de cada ronda) y anual para las seis (6) Rondas / Bimestre de prestación de la CPP.
11	Brindar atención médica en cualquier caso de emergencia de salud pública que afecte las poblaciones beneficiarias del servicio de la UBA en tales casos, será preciso presentar las evidencias de los servicios de atención brindados, mediante los registros primarios establecidos para ello.
12	Aplicar el sistema de referencias y contra referencias (SURCO) del MINSA.
13	Cumplir fielmente con todas las disposiciones sanitarias y legales vigentes, tanto nacionales como locales.
14	Suministrar la documentación e información y brindar las facilidades que se requieran para la realización del monitoreo y supervisión por DPSS, DRS, UGSAF y auditorías técnicas externas, como establece el RO.
15	Suministrar la información relacionada a la ejecución de la EFC que la DRS, DPSS y la UGSAF soliciten formalmente por escrito, dentro de un término no superior a cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la solicitud.
16	Participar en las reuniones que convoquen las unidades ejecutoras para la discusión de aspectos relacionados con la ejecución de la EFC de acuerdo a lo establecido en el RO.
17	Entregar los informes que surjan de la implementación del programa de apoyo comunitario para incentivar la demanda de la captación, atención prenatal y parto institucional (Embarazadas, Monitoras de AIN-C y Promotores de Salud). La evaluación se realizará conforme a lo dispuesto en el presente RO.
18	Garantizar que los EBS reciban la inducción sobre la ejecución de la EFC.
19	Brindar capacitación a los EBS con el fin de fortalecer sus competencias y conocimientos, incluyendo el Programa de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia de la OPS (AIEPI) antes de iniciar la prestación de la CPP.
20	Implementar una estrategia de comunicación en las comunidades adscritas para informar y convocar a los beneficiarios de la CPP, para garantizar una adecuada asistencia y el mayor aprovechamiento de los servicios ofrecidos. La estrategia debe contemplar los aspectos de: a) Plan de medios de comunicación, b) Estrategias de promoción de los servicios de la CPP y c) Sitios y formatos de afiches, avisos y anuncios.

UNIDADES BASICAS DE ATENCIÓN (UBA's) (Parte 2)	
21	Establecer y mantener sistemas de información financiero - contable de los recursos económicos recibidos e invertidos en la prestación de los servicios de la CPP. Igualmente deberá mantener esta información disponible y actualizada a disposición de la auditoría técnica externa y la UGSAF.
22	Notificar a la Dirección Regional, a más tardar (5) cinco días hábiles, cuando sea necesario reemplazar al personal técnico del EBS y coordinar la realización de la evaluación de conocimientos del nuevo personal propuesto, así como de la documentación requerida para la acreditación indicada en este RO. Los nuevos miembros del equipo básico deben haber recibido la inducción de la EFC por el nivel regional del MINSA al que corresponda el grupo poblacional donde brindará sus servicios.
23	Aplicar las guías e instrumentos de la EFC y utilizar los formularios de los diferentes programas, emitidos por el MINSA.
24	Revisar los resultados de la supervisión y auditoría técnica externa y elaborar planes de acción para el mejoramiento de la provisión de la CPP.
25	Asumir toda la responsabilidad por los daños materiales y morales causados a equipos o terceras personas dentro de la UBA, así como los reclamos administrativos que surjan a raíz de las relaciones de la DRS con suplidoras, contratistas o trabajadores.
26	Observar prácticas administrativas que les permitan cumplir sus obligaciones con la debida diligencia, eficiencia y economía de acuerdo con técnicas y prácticas profesionales generalmente aceptadas.
27	Dar seguimiento a los planes iniciales entregados garantizando su cumplimiento.
28	Notificar por escrito a la DRS cambios realizados a los planes iniciales con la debida sustentación de los mismos.
29	Garantizar la aplicación y el cumplimiento de los planes de incentivos a los miembros de los equipos de gestión, equipos básicos y equipos comunitarios que prestan los servicios de la CPP a satisfacción de acuerdo a los parámetros establecidos en dichos planes, los cuales deberán responder a los alcances de coberturas e indicadores de desempeño.
UNIDADES BASICAS DE ATENCIÓN CON MODALIDAD DE RED FIJA COMBINADA (Funciones para la OE)	
30	Cumplir con todas las responsabilidades descritas en el inciso anterior (7) para UBA's.
31	Coordinar todos los aspectos operacionales requeridos para la prestación de la CPP, con el equipo institucional del centro de salud al cual está adscrito.
32	Elaborar todos los informes descritos en este reglamento y entregar al director del centro de salud adscrito.
33	Presentar al Director de la instalación adscrita y a la DRS, el cronograma por ronda (15 días calendario antes del inicio de cada ronda) y anual para las seis (6) Rondas / Bimestre de prestación de la CPP garantizando la incorporación de las actividades programadas por el equipo fijo institucional. Coordinar La administración de la CPP con el equipo fijo institucional de tal manera que la organización extrainstitucional (OE) se haga cargo de todas las actividades extramuros y de seguimiento de beneficiarios.
34	Utilizar los sistemas de información que el MINSA suministre a las DRS y a la OE para llevar el registro de la información generada por la provisión de la CPP y deberá utilizar la codificación de enfermedades CIE-10. Esta información deberá ser recogida en la hoja estandarizada indicada por el MINSA, y toda la información generada deberá ser entregada en medios magnéticos.
35	Contar con una estructura de comunicaciones e informática adecuada para la implementación de los sistemas de información que el MINSA suministre garantizando su implementación en las instalaciones de las UBA's fijas.
36	Solicitar al equipo institucional del centro de salud respectivo (en redes combinadas) la documentación e información requerida para la realización de los informes inicial, mensual, de ronda, cuatrimestral y anual, de acuerdo con lo estipulado en este RO.
37	Contar y mantener actualizado en coordinación con el equipo básico el Sistema de información de la EFC que facilite la identificación oportuna de desviaciones en los indicadores de cobertura y desempeño definidos en este RO.

A – Selección

La EFC tiene la finalidad de ampliar la cobertura de servicios básicos de salud y nutrición, acercando de manera sistemática e integral los servicios de salud a población pobre rural mejorando el acceso de la población a la red de establecimientos de salud del MINSA (red fija), por medio de la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas.

La población beneficiaria de la EFC, que recibe los servicios de la CPP, es determinada mediante una metodología científica, adecuada, que garantiza la correcta inclusión de beneficiarios. La selección de la población beneficiaria, se realiza siguiendo tres (3) pasos fundamentales:

- Paso 1** → **Focalización:** Consiste en la selección de comunidades, dentro de una región de salud; basada en elementos de caracterización de sus poblaciones, siendo éstos:
- A-** accesibilidad en tiempo mayor o igual de una hora a centros de atención de la red fija del MINSA, cuyo grado de complejidad esté determinado por la presencia mínima de un (1) médico(a) y (1) una enfermera(o), en horario de lunes a viernes y de 8 horas diarias.
 - B-** Condición de pobreza. Se revisan todas las comunidades de la región de salud.
- Paso 2** → **Sectorización:** Es el proceso de agrupar comunidades previamente focalizadas que mantienen características de accesibilidad y vías de comunicación en común, en función del flujo de la demanda. Estos conjuntos de comunidades conformarán el sector sanitario de la EFC denominándose Grupos Poblacionales.
- Paso 3** → **Adscripción:** Es la asignación de una Unidad Básica de Atención (UBA) para cada grupo poblacional; la cual será responsable de la provisión de la CCP y la tutela de la salud de los beneficiarios de la EFC. La UBA puede ser institucional, que es aquel perteneciente a la región de salud del MINSA, o extrainstitucional, que pertenece a organizaciones extra-institucionales contratadas por el MINSA; ambos designados para este fin exclusivo. Adicionalmente, una UBA puede constituirse con combinación de los equipos itinerantes (institucional o extrainstitucional) con una instalación del primer nivel de la red fija del MINSA.

Los procesos de focalización, sectorización y adscripción se desarrollan a través de talleres regionales, con base en una metodología de trabajo en grupo, participativa y de consenso, mediante la aplicación de sus respectivos instrumentos.

B – Nominalización

Completada la focalización, sectorización y adscripción, se da paso a la nominalización de la población beneficiaria, a fin de acceder al conocimiento acabado de toda la población para el seguimiento continuo de cada beneficiario y su condición de salud, en tanto que se parte, para cada año de prestación, con un padrón de población beneficiaria inicial.

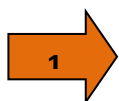
La nominalización constituye un proceso de tres etapas:

1 Inscripción: Registro de los datos generales de los beneficiarios agrupados por hogar, incluyendo su ubicación, y aplicados en una ficha de inscripción debidamente llenada y firmada por el responsable de brindar la información.

2 Verificación: Es el primer contacto del beneficiario con la oferta de servicios donde se corrobora su existencia mediante la atención en cualquiera de las actividades de los 3 servicios ofertados de la CPP y facilita su clasificación por tipo de beneficiario (embarazada, menor de cinco años, MEF, hipertenso, diabético o población general) para la siguiente etapa.

3 Seguimiento: Clasificado por tipo de beneficiario, se tutela su estado de salud y se vincula con las coberturas de desempeño para brindarle la cartera de prestaciones priorizadas en la concentración y calidad requerida.

El producto de la nominalización consiste en el Padrón de Población Beneficiaria (PPB) actualizado en cada ronda por las UBA's y certificado cuatrimestralmente por la ATE.

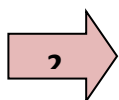


Generación, Gestión y Distribución del PPB

En base al padrón inicial las UBA's continuarán el proceso de nominalización mediante el registro de individuos cuyo domicilio se encuentre ubicado dentro de la jurisdicción de la Región de Salud donde presten sus servicios, y cuya comunidad haya sido focalizada, sectorizada y adscrita bajo su responsabilidad acordada en el CDG y conste en el presente RO.

La no existencia del nombre de una persona en el padrón de beneficiarios no exime a la UBA de la prestación de servicios a esa persona, toda vez que, según la normativa y regulaciones de Panamá y del MINSA toda persona tiene derecho a recibir los servicios de salud.

Las DRS convenidas para la provisión de la CPP deben estar en condiciones de verificar en cada ronda el padrón de beneficiarios para realizar las inclusiones (altas) o exclusiones (bajas), según corresponda y conforme lo dispuesto en esta sección. Para ello coordinarán con la UBA los mecanismos más eficientes para que los EBS tengan acceso oportuno al PPB actualizado.



Registro, Alta de la Población y Depuración de los Padrones

REGISTRO

El registro en el PPB será voluntario y la persona que desee inscribirse deberá presentar su cédula de identidad, completar el formulario de inscripción del MINSA con toda la información que, entre otros datos, incluye: *nombre completo, relación parental con otros beneficiarios elegibles inscritos, edad, sexo, domicilio*.

Para efectos de la inscripción, serán aceptables la presentación de la cédula de identidad u otro documento legalmente válido emitido por el Tribunal Electoral (*por ejemplo, los comprobantes de extravío o de haber iniciado el trámite de renovación o de duplicados*). Ante la ausencia de cédula el MINSA registrará los datos del beneficiario, consultará el sistema de verificación de identidad del TE y de no encontrarse los remitirá a las oficinas/dependencias regionales del Tribunal Electoral para su investigación y resolución; mientras tanto, utilizará el número de registro de la base de datos para su identificación. Esta particularidad debe quedar registrada y la inscripción tendrá una validez máxima de un (1) año, antes del cual deberá regularizarse la inscripción con la presentación de la cédula de identidad u otro documento legalmente válido.

Para el caso de menores de edad, uno de los representantes legales del menor (*padre, madre o la persona legalmente habilitada*) podrá inscribirlo. En el caso de los recién nacidos, podrán inscribirse con la denominación “Hijo de” el representante legal del menor. Esta particularidad debe quedar registrada y la inscripción tendrá una validez máxima de seis (6) meses

antes del cual deberá regularizarse la inscripción con la presentación del documento legal del recién nacido.

Será responsabilidad de la UBA, en coordinación con la Dirección Regional, la organización e implementación de los mecanismos idóneos para que el proceso de inscripción y la actualización de los datos de los beneficiarios elegibles inscritos se efectúen con una cobertura geográfica adecuada y suficiente, de manera tal que responda a las necesidades y circunstancias geográficas y culturales específicas de la población beneficiaria elegible.

Para tal efecto, se utilizará el formulario de inscripción aprobado por el MINSA y su correspondiente instructivo.

La UBA tiene la obligación del mantenimiento y de la gestión del PPB de acuerdo a lo establecido en el presente RO. El PPB debe ser entregado con el informe de ronda a la Dirección Regional de Salud adjuntando los formularios de inscripción de las altas o de beneficiarios con información actualizada, incluyendo los sustentadores del sistema de verificación de identidad del TE y las notas a la DRS solicitando la gestión ante el TE para los casos sin cédula. La Dirección Regional de Salud, al término de cada ronda, consolidará los padrones de las diferentes UBA y deberá tomar todas las medidas razonables de control que sean necesarias para garantizar que los datos consolidados de inscripción identifiquen de manera efectiva si las personas inscritas tienen otra cobertura sanitaria explícita o no, si las personas inscritas están también inscritas en otra UBA o Dirección Regional de Salud. Para ello, deberá cotejar los datos de las inscripciones con el PPB enviado por el MINSA. El PPB deberá ser público y estar disponible para ser consultado por la población que lo solicite.

PROCESO DE REGISTRO DE BENEFICIARIOS DE LA CPP

- 1 El prestador presenta el listado de altas con sus respectivas fichas de inscripción y los certificados de de identidad del Tribunal Electoral con el informe de ronda a la Región de Salud correspondiente. En el caso que no tenga número de cédula se debe adjuntar la nota a la DRS solicitando su trámite al TE el cual debe desglosar el nombre completo de beneficiario, nombre completo de sus padres, fecha de nacimiento, sexo y dirección.
- 2 La Región de Salud revisa la documentación presentada por el prestador y emite un listado de altas aprobadas, un listado de altas no aprobadas y su criterio de aprobación mediante nota formal, que deben en su conjunto ser enviados a la DPSS con los listados en formato electrónico. La DRS envía al TE el listado de beneficiarios sin cédula para su resolución y le da seguimiento a la respuesta del TE. Una vez recibida la respuesta del TE, la DRS notifica al prestador y a la DPSS si ha sido aprobado o no su inclusión.
- 3 La DPSS recibe la nota formal de la Dirección regional con la aprobación o rechazo de las Altas, la misma debe venir acompañada con los listados de aprobadas o rechazadas. Los listados deben ser entregados en formato electrónico en conjunto con la base de datos por ronda o bimestre.
- 4 La DPSS envía el listado de altas aprobadas y de altas no aprobadas al prestador y a la Unidad de Gestión en Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF). Adicionalmente, envía los resultados a la UGSAF, de los beneficiarios sin cédula aceptados o no por la DRS de acuerdo a la respuesta del TE.
- 5 Finalmente el listado de altas aprobadas y no aprobadas, además del listado de beneficiarios sin cédulas aprobadas será enviado a la ATE desde la UGSAF.

ALTA DE LA POBLACIÓN

Una vez validados los datos de las inscripciones por parte de la Dirección Regional de Salud y la DPSS, la DRS informará a la UBA remitente de los datos, la aceptación o rechazo de las inscripciones, siendo la fecha de alta, la que consta como fecha de inscripción en el formulario de inscripción firmado por el beneficiario. En caso de rechazo se informarán las causas.

La UBA tendrá la responsabilidad de informar a los beneficiarios inscritos sus derechos y deberes. El beneficiario elegible inscrito, o el representante del grupo familiar, deberán informar cualquier novedad acerca de su situación personal o familiar que afecte su condición de beneficiario elegible inscrito, en especial su cambio de zona de residencia. En la historia clínica del beneficiario deberá dejarse constancia de su inscripción como beneficiario de la CPP.

DEPURACION DE LOS PADRONES A NIVEL NACIONAL

La DPSS será la entidad responsable de establecer los mecanismos para cumplir con las siguientes funciones de depuración del padrón:

- La UGSAF será la entidad responsable de establecer los mecanismos para cumplir con las siguientes funciones de depuración del padrón:
- La UGSAF recibirá de la DPSS por ronda todos los padrones verificados de cada Unidad Básica de Atención.
- Luego consolidará los padrones en la herramienta de consolidación del SIREGES.
- De detectarse que un beneficiario está duplicado en otra UBA, se asignará el mismo a la UBA correspondiente según los criterios establecidos.
- Una vez finalizada la consolidación, se generan los listados de beneficiarios duplicados de cada UBA.
- Se enviará cuatrimestralmente a la DPSS y a las Unidades Básicas de Atención copia digitalizada de los listados de beneficiarios duplicados a dar de baja.

En el siguiente nivel de depuración de los PPB se tomarán en cuenta los listados de beneficiarios no elegibles encontrados por la Auditoría Técnica Externa.

- La ATE enviará cuatrimestralmente a la UGSAF el listado de beneficiarios no elegibles de cada Unidad Básica de Atención.
- Este listado será remitido desde la UGSAF a cada prestador así como a la DPSS.
- La DPSS será la encargada de monitorear que los beneficiarios de estos listados sean efectivamente dados de baja de los PPB de cada UBA.

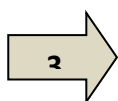
DEPURACION DE LOS PADRONES A NIVEL DE LAS DRS

La Dirección Regional de Salud es responsable de establecer los mecanismos necesarios para cumplir con las funciones de depuración del padrón que se describen a continuación:

Cada ronda, la Dirección Regional de Salud cotejará el PPB enviado por cada una de sus UBA. En caso de detectar que una persona está inscrita en otra UBA, o cambia de comunidad o deja de residir en la comunidad elegible, deberá proceder a informar la situación a la DPSS y a la UBA respectiva, dando de baja al beneficiario cuando corresponda. Los cotejos de padrones se realizarán comparando los datos del PPB de una ronda con los datos del PPB de la ronda anterior.

Al menos una (1) vez por ronda, deberán darse de baja del padrón los beneficiarios inscritos difuntos, los que hayan solicitado la baja por cambio de domicilio o por otras razones y todos aquellos por los que la Dirección Regional de Salud detecte errores que los invaliden como inscritos. La información de depuración por ronda será enviada a la DPSS. Adicionalmente, la Dirección Regional de Salud procederá también a la depuración según lo indicado por la ATE.

Cada ronda, toda Dirección Regional de Salud enviará a la DPSS una (1) copia digitalizada del PPB actualizado. La Dirección Regional de Salud estará facultada para pedir a las UBA, toda la información que le permita certificar la veracidad de los registros de prestaciones, como fichas clínicas, entrevistas o cualquier otra documentación que se estime conveniente. La información de las personas dadas de baja del PPB se conservará en un archivo de registros históricos, tanto a nivel de la DPSS como a nivel de cada DRS.



Certificación del Padrón de Beneficiarios

La ATE certificará la veracidad del padrón de población beneficiaria, mediante revisiones de campo de las fichas de inscripción y la verificación con beneficiarios inscritos en el padrón y comprobará la consistencia del padrón de población beneficiaria en el Sistema de información de la EFC.

La certificación del padrón de beneficiarios por la ATE, deberá realizarse como mínimo una vez cada cuatrimestre. El padrón de beneficiarios certificado al final de cada cuatrimestre será verificado por la UGSAF para actualizar la población beneficiaria de cada grupo poblacional establecido en el CDG con la DRS, previa no objeción del Banco.

Esta actualización puede conllevar ajustes en el monto total del CDG con la DRS que de requerirse se incluirán como enmienda.

A – Descripción de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)

La CPP es el conjunto de prestaciones que se otorgarán a los beneficiarios de la CPP y que se encuentran cubiertas por el costo per cápita. La CPP responde a necesidades que son susceptibles de ser atendidas en el primer nivel de atención.

En la definición de la CPP no se incluyen servicios de manera exhaustiva sino que el EBS trabaja según las normas del MINSA contenidas en guías y protocolos que definen los alcances de cada una de las 15 actividades que la componen. Sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres (3) modalidades de atención establecidas por el MINSA (promoción, prevención y atención).

La CPP está conformada por un total 15 actividades que contienen intervenciones básicas, enfocadas en el objetivo de garantizar un buen estado de salud en las comunidades. En la siguiente tabla se muestra cada una de las actividades seleccionadas, clasificadas en promoción, prevención y atención:

SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE SALUD	
N°	ACTIVIDAD
1	Saneamiento Ambiental. <ul style="list-style-type: none"> A- El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura. B- Identificación de factores de riesgos en las viviendas.
2	Educación para la Salud. <ul style="list-style-type: none"> A- Promoción de las inmunizaciones. B- Promoción de los controles prenatales. C- Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses. D- Promoción de los controles puerperales E- Promoción de la lactancia materna. F- Promoción de la salud bucal. G- Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.
3	Educación sobre Alimentación y Nutrición. <ul style="list-style-type: none"> A- Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses B- Consejería individualizada a embarazadas. C- Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud. D- Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses. E- Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, puérperas y madres lactantes.
4	Organización y Capacitación para la Participación Comunitaria. <ul style="list-style-type: none"> A- Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas. B- Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan. C- Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores. D- Identificación y capacitación de monitoras comunitarias. E- Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses. F- Reunión comunitaria con los líderes y autoridades G- Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses.

SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE SALUD	
N°	ACTIVIDAD
1	Inmunizaciones
2	Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto.
3	Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar, adolescente y adulto.
4	Control puerperal
5	Atención integral para las mujeres en edad fértil. <ul style="list-style-type: none"> A- Toma de muestra de Papanicolaou a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa. B- Examen de mamas. C- Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión. D- Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.
6	Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario. <ul style="list-style-type: none"> A- Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas. B- Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas.

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD	
N°	ACTIVIDAD
1	Atención a la morbilidad. <ul style="list-style-type: none"> A- Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras. B- Atención de enfermedades inmunoprevenibles. C- Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas. D- Atención primaria de las urgencias. E- Atención de morbilidad general.
2	Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso.
3	Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, mujeres en edad fértil (MEF), embarazadas y puérperas.
4	Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.
5	Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis

Adicionalmente, las UBA's de la red fija que cuenten con los servicios de salud bucal (prevención y atención), servicios de acuerdo a los cuidados obstétricos y neonatales primarias y básicas, y los servicios auxiliares (farmacia, laboratorio clínico, radiología, fisioterapia, ultrasonido obstétrico y EKG) los incorporarán a la CPP, a la planificación de los servicios, registrarán su producción y podrán utilizar las transferencias capitadas para su fortalecimiento.

Los manuales, guías y protocolos para la provisión de la CPP constituyen anexos del presente RO y deberán ser cumplidos por las UBA's.

B – Administración de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)

La CPP será única para todas las UBA. El incumplimiento de algunas de las prestaciones por las UBA no la eximirá del cumplimiento de los acuerdos de metas sobre los indicadores de evaluación convenidos para el pago de la proporción del valor capitado ajustable por cumplimiento de metas de salud y no generará el derecho de solicitar financiamiento adicional para la incorporación de prestaciones adicionales.

Al término de cada ronda, las UBA's entregarán a la Dirección Regional el informe de ronda, acompañado con el listado de altas aprobadas o rechazadas en formato electrónico y con la nota de aprobación de la Dirección Regional de esas altas. El informe de ronda debe permitir identificar los servicios brindados a cada beneficiario (provisión de la CPP). Deberán también registrar la atención en la historia clínica del beneficiario y/o en el registro específico del MINSA, según sea la prestación.

C – Cumplimiento de las Normas Técnicas y Administrativas de la Cartera de Prestaciones Priorizadas por las Direcciones Regionales de Salud y sus Unidades Básicas de Atención

Las UBA's, están obligadas a proveer la CPP conforme a las disposiciones establecidas en el presente RO. La CPP se explica en siete (7) criterios técnicos:

1 LA CARTERA NO ES EXCLUSIVA NI EXHAUSTIVA:

No es exhaustiva porque recoge parte de la actividad asistencial y no todas las actividades que se realizan a nivel primario. Prioriza aquellas atenciones que son básicas y que se pretende garanticen el buen estado de salud de la población. Tampoco es exclusiva porque está orientada a toda la población haciendo hincapié en la población más vulnerable, pero sin excluir al resto.

2 LA CARTERA SE SUSTENTA EN GUÍAS Y PROTOCOLOS:

Todo el contenido de la CPP se detalla en una serie de guías y protocolos de trabajo. Cada uno de estos elementos, se sustenta en las normas de atención del MINSA, debidamente reconocidas y legalizadas. Las estrategias de captación, desarrollo de las actividades, objetivos terapéuticos y manejo o derivación del paciente deben responder a estas guías y protocolos.

3 LA CARTERA PERSIGUE LA ATENCIÓN DE CALIDAD:

Por eso se basa en las necesidades más sentidas de la población y su cumplimiento en la provisión puede ser perfectamente evidenciado a través de la historia clínica del paciente, que es el instrumento de atención primaria más importante en salud. Una historia clínica de buena calidad reflejará, sin duda, el cumplimiento de los criterios de buena atención contenidos en los protocolos.

4 LA CARTERA TIENE UNA DOBLE FINALIDAD:

Es una herramienta de calidad que responde a un ciclo evaluativo determinado por el MINSA en donde se valora la correcta provisión del servicio y además es una herramienta de gestión que responde al compromiso de las UBA en la consecución de las metas.

5 LA CARTERA NO RESPONDE A COMPETENCIAS INDIVIDUALES:

La responsabilidad en la provisión de los servicios de la cartera es compartida por el EBS. El equipo tiene la responsabilidad en la provisión de la atención y el cumplimiento de las metas; la DRS en garantizar la operación del proceso y proveer los insumos y recursos que requiera el EBS y la propia DRS en supervisar a todas las UBA. Dentro del mismo EBS, la CPP requiere la aplicación del esfuerzo y conocimiento de todos. El carácter multidisciplinario del equipo debe permitir la adecuada articulación y cumplimiento de los objetivos.

6 LA CARTERA ESTÁ ORIENTADA A LA RED DE SERVICIOS:

La cartera responde a acciones atribuibles al nivel primario, pero se articula en todo momento con el resto de los niveles de atención de acuerdo a las necesidades del paciente. El sistema de referencia y contrarreferencia debe ser fluido; igualmente, la aplicación del modelo de atención del MINSA debe garantizar la resolución de los problemas de salud de la población de manera integral.

7 LA CARTERA NO ES EXCLUYENTE:

Porque no se limita a las 15 actividades. Los EBS deben cumplir con todos los elementos normativos relacionados con enfermedades de vigilancia y notificación obligatoria, dar respuesta dentro de su capacidad de resolución a los problemas que en términos de salud surjan dentro de la población de responsabilidad y además participar de las actividades que se programen durante estados de alerta o contingencia en materia de salud en las áreas de responsabilidad.

D – Modificaciones de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP)

El MINSA revisará periódicamente la composición y costo per cápita de la CPP. La modificación de la CPP o su costo per cápita amerita modificar el presente RO, para lo cual deberá seguirse el procedimiento de modificación descrito en el Capítulo 3.

Las UBA's abarcan los distintos tipos de proveedores de servicios de la EFC que el MINSA conforma para la provisión de la CPP. Una UBA puede estar constituida por:

- A- Equipos Itinerantes (institucionales o extrainstitucionales).
- B- Establecimientos de salud fijos (centros de salud, materno infantiles, subcentros de salud y puestos de salud).
- C- Una combinación de las dos (2) anteriores.

El recurso humano de una UBA combinada está determinado por el EBS (institucional y extrainstitucional), el Equipo Comunitario y el Equipo de Gestión. Para la provisión de la CPP es necesario que todos y cada uno de los miembros del EBS, del Equipo Comunitario y el Equipo de Gestión trabajen en forma conjunta para cumplir los objetivos y alcanzar las metas. La distribución y complementación del trabajo está relacionada directamente con la responsabilidad de la entrega del servicio con calidad.

La DRS acreditará cada miembro del EBS (institucional y extrainstitucional), del Equipo Comunitario y el Equipo de Gestión. La Dirección Regional llevará un registro único de acreditación de todos los miembros de las UBA a nivel regional.

A – Equipo de Gestión

Para la eficiente gestión de la provisión de la CPP y la articulación del EBS (institucional y extrainstitucional) y el Equipo Comunitario con el MINSA (nivel nacional, regional y local) la DRS y la OE deben contratar, como mínimo, los servicios de un (1) Coordinador(a) de Proyecto, un (1) Coordinador(a) de Salud, un (1) Coordinador(a) de Nutrición, un (1) Experto(a) en Registros Médicos y Estadísticas y un (1) Captador(a) de datos, que cumplan con el siguiente perfil:

FUNCIÓN	PERFIL DEL PROFESIONAL
Coordinador(a) de Proyecto	Con grado académico mínimo de licenciatura de las ciencias sociales (economía, administración, ingeniería, derecho o disciplinas afines) o de las ciencias de la salud (medicina, enfermería, odontología o disciplinas afines), preferiblemente con grado académico de maestría y experiencia mínima de cinco (5) años en ejecución de proyectos de salud o de tipo comunitario.
Coordinador(a) de Salud	Con grado académico mínimo de licenciatura de las ciencias sociales (economía, administración, ingeniería, derecho o disciplinas afines) o de las ciencias de la salud (medicina, enfermería, odontología o disciplinas afines), preferiblemente con grado académico de maestría y experiencia mínima de cinco (5) años en ejecución de proyectos de salud o de tipo comunitario. NOTA: El Coordinador(a) de Salud deberá ser una persona distinta al médico del EBS. El Coordinador(a) de Salud podrá supervisar un máximo de cinco (5) grupos poblacionales. En el caso de que la DRS tenga bajo su responsabilidad más de cinco (5) grupos poblacionales deberán contratar el número de Coordinador(a) de Salud que requiera para cumplir con el estándar indicado.
Experto(a) en Registros Médicos y Estadísticas	Con grado académico mínimo de licenciatura en estadística, preferiblemente con grado académico de maestría y un mínimo de dos (2) años de experiencia específica en registros médicos de salud.
Captador(a) de Datos	Con grado académico mínimo de técnico en registros médicos (auxiliar) o el equivalente a un (1) año de experiencia certificada en el manejo del Sistema de información de la EFC. NOTA: Por cada grupo poblacional se deberá contar, como mínimo, con un (1) Captador(a) de Datos.

Para las Regiones de Salud de Darién y las Comarcas Ngäbe Buglé y Kuna Yala, una vez sea implementado el AIN-C, será necesario un Coordinador de Nutrición que será contratado por el MINSA y se incorporará al equipo de gestión de la Región de Salud. Este coordinador trabajará con los nutricionistas y/o con los técnicos de enfermería 2 de los equipos básicos de salud, tanto de la red fija como de la red itinerante, para garantizar el cumplimiento de las metas en materia de nutrición.

El perfil con el que deberá cumplir será el siguiente:

Coordinador(a) de Nutrición	Con grado académico mínimo de licenciatura en Nutrición y Dietética, con idoneidad, preferiblemente con grado académico de maestría y experiencia mínima de dos (2) años como nutricionista-dietista en salud pública, atención primaria o comunitaria. NOTA: El Coordinador(a) de Nutrición deberá ser una persona distinta al nutricionista del EBS. El Coordinador(a) de Nutrición podrá supervisar un máximo de cinco (5) grupos poblacionales.
-----------------------------	---

B – Equipo Básico de Salud

Para la provisión de la CPP, la DRS y la OE debe conformar equipos básicos de salud (EBS) integrados por personal idóneo para ejercer en la República de Panamá. El EBS (institucional y extrainstitucional) estará conformado como mínimo por seis profesionales:

PROFESIONAL	CANTIDAD
▪ Médico (a) General	1
▪ Enfermera (o)	1
▪ Auxiliar de Enfermería o Técnico (a) en Enfermería	1
▪ Técnico (a) en Ciencias de la Salud (Salud Ambiental o Educación para la Salud)	1
▪ Nutricionista o Técnico (a) en Enfermería	1
▪ Conductor (a) o Motorista (que incluirá un palanquero)	1
TOTAL	6

El EBS debe estar contratado a tiempo completo y a dedicación exclusiva, por la naturaleza del trabajo.

La DRS deberá contar con un mínimo de un (1) EBS por grupo poblacional. Si la DRS requiere contratar un número mayor de EBS para cumplir con las seis (6) Rondas / Bimestre anuales programadas, puede y debe hacerlo.

Para facilitar el remplazo de recursos humanos (RRHH) y evitar la suspensión del servicio por carencia de éste, la DRS deberá contar con EBS de remplazo, en una proporción de un (1) EBS por cada tres (3) grupos poblacionales asignados.

El personal que ingrese por primera vez a los EBS debe presentar una certificación o constancia de haber recibido la inducción sobre la estrategia de entrega de la PCPP expedida por el nivel regional del MINSA correspondiente al grupo poblacional donde brindará sus servicios.

El EBS devengará, como mínimo, el salario pagado por el MINSA para el cargo de que se trate, incluyendo el pago en concepto de sobresueldo por zona apartada (si aplica).

Los miembros del EBS deben usar chalecos, gafetes y/o gorras con el logo del MINSA. El incumplimiento en utilizar el logo del MINSA en el uniforme del equipo básico y en el material promocional de la CPP se considerará como causal de rescisión de convenio. Se exceptúan las DRS que por razones de seguridad sus UBA no puedan estar identificadas con el logo del MINSA.

C – Equipo Comunitario

Para la efectiva provisión de la CPP y su debida articulación con la comunidad las UBA's deben incorporar un Equipo Comunitario, el cual estará integrado por promotores de salud, parteras comunitarias, monitoras, auditores sociales y otros actores como líderes de los comités de salud, líderes de juntas de acueductos rurales (JAAR's).

La incorporación de este equipo comunitario no sólo garantizará el seguimiento de las actividades de atención primaria, si no, que trabajará en conjunto con el EBS para el logro de las coberturas de ronda y los indicadores de desempeño y demás que se requieran en la comunidad. Los equipos básicos de salud son los responsables de capacitar a sus equipos comunitarios en coordinación con los equipos regionales respectivos. Dicha capacitación del personal comunitario debe darse durante el primer cuatrimestre de cada año de prestación para garantizar la efectividad de las intervenciones de este personal de acuerdo a las metas establecidas para cada equipo. Luego de esta primera capacitación, los equipos pueden y deben darles seguimiento a los equipos comunitarios y reforzar durante todo el año a los mismos en cada visita.

No se han previsto salarios para este equipo, sólo el pago de viáticos, bono de desempeño, e incentivos en especie para motivar la permanencia de estos recursos. Estos incentivos deben ser establecidos por cada UBA en su Plan de RRHH (viáticos) y Plan de Incentivos (bono de desempeño y/o incentivos en especie). Cada UBA puede buscar mecanismos para incorporar a otros miembros de la comunidad si lo cree necesario.

En el caso de los promotores de salud y monitoras, contra presentación de informe de sus actividades según lo establecido en el presente RO, manual y guías, tendrán acceso a viáticos de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA DE VIÁTICOS DEL EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD	
MIEMBRO	VIÁTICO POR RONDA
Promotor de Salud	US\$ 50.00 (cincuenta)
Monitora	US\$ 50.00 (cincuenta)

De acuerdo al programa que corresponda se podrán entregar incentivos adicionales a los miembros de los equipos comunitarios por su asistencia en el incremento de la cobertura de algunos servicios de la CPP.

La provisión de la CPP se brindará bajo dos modalidades de prestación de servicios, a saber: Red fija y Red itinerante.

A Red Fija

De acuerdo a criterios de focalización, sectorización y adscripción se determina el radio de acción de cada una de las modalidades de prestación, entendiéndose que actualmente una Red fija opera en todas las comunidades de responsabilidad de una Región de Salud, las cuales se encuentran a una hora o menos de centros de atención de la red fija del MINSA que cuenten con médico y enfermera permanente. (Ver Capítulo 5)

La prestación del servicio a través de la red fija será brindada por dos tipos de prestadores:

1 Red Fija Institucional

El prestador es institucional, es decir que forma parte de la estructura fija del MINSA

2 Red Fija Combinada

Involucra dos tipos de prestador, uno institucional conformado por el recurso humano de la instalación de la red fija del MINSA y el otro extrainstitucional, que se refiere a una Organización Extrainstitucional. Ambos trabajarán de manera coordinada para el cumplimiento de la prestación y los indicadores de coberturas y desempeño, de acuerdo a lo establecido en este RO. (Ver capítulo 4)

B Red Itinerante

La Red itinerante, por su parte, opera en todas las comunidades que se encuentren a más de una hora de distancia de los centros de atención de la red fija del MINSA y que no cuenten con los criterios de personal médico y de enfermería de manera permanente (Ver capítulo 5).

La prestación del servicio a través de la red itinerante igualmente se brindará por dos tipos de prestadores:

1 Red Itinerante Institucional

En este caso será la Dirección Regional quién tendrá la responsabilidad de la provisión de los servicios lo cual incluye la contratación del Recurso humano (EBS), velando igualmente por el cumplimiento de las actividades e indicadores de coberturas y desempeño de acuerdo a lo establecido en este RO. (Ver capítulo 4).

2 Red Itinerante Extrainstitucional

El prestador es una Organización extrainstitucional en la cual recaerá el compromiso de la provisión de la CPP cumpliendo con lo establecido en este RO y bajo la supervisión de DRS. (Ver capítulo 4).

La provisión de la CPP se basa en un modelo de gestión por resultados que integra diez (10) ejes estratégicos:

a	Diagnóstico Situacional de salud del grupo poblacional
b	Coordinación regional
c	La programación de actividades en base a resultados (informe inicial)
d	La programación de las rondas /bimestre
e	La organización de la atención en la comunidad y el sistema de logística
f	Manejo ambiental
g	Adaptación cultural
h	Sistema de referencia y contra referencia
i	La gestión de la programación (cumplimiento de los planes)
j	Sistema de información e Informes

Para el desarrollo del modelo de gestión por resultados se hará énfasis en cada uno de los siguientes ejes estratégicos.

a – Diagnóstico Situacional de Salud del Grupo Poblacional

La primera herramienta de gestión será la realización de un Diagnóstico de la Situación de Salud de la población de cada uno de los grupos poblacionales, que han sido adscritos a cada uno de los equipos. Esto se realizará utilizando la **Matriz de Diagnóstico Situacional** proporcionada por el MINSA.

El diagnóstico para el análisis de situación de salud, es considerado como el insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud (para la planificación). Son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis, dirigidos a caracterizar, medir y explicar el perfil de Salud de la población con el objetivo de definir necesidades y prioridades y proveer información para el diseño, planificación e implementación de los programas. Su análisis es fundamental para desarrollar técnicas de abordaje comunitario.

En síntesis el diagnóstico de salud nos ayuda para:

- Conocer nuestra población en cuanto a su composición socio demográfica, , política y económica cultural.
- Definir necesidades y prioridades en salud.
- Detectar factores determinantes del proceso salud-enfermedad.
- Identificar desigualdades e inequidades sociales en salud.
- Formular estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud.
- Generar evidencia que permita prever situaciones de salud.
- Evaluar la pertinencia de la CPP y el cumplimiento de políticas de salud y estrategias de promoción, prevención y control.
- Reorientar la estrategia si fuese necesario.

Para tal fin, cada UBA presentará su análisis a partir del instrumento de diagnóstico de salud; en el informe de la primera ronda de prestación revisar para unirlo con TDR. Se considera un apéndice de este primer informe de ronda y deberán referirse para su construcción a la *“Guía para la Elaboración del Diagnóstico de Salud de la Población”*.

Al finalizar el año en el Informe Técnico Anual de cada Grupo Poblacional, los equipos de gestión utilizarán los parámetros iniciales presentados para compararlos con los resultados finales. Es obligatorio presentar esta comparación.

b – Coordinación Regional

Cada UBA está adscrita a una Región de Salud, y por tanto forma parte de sus redes de atención. Esto hace que cada región de salud sea responsable del buen funcionamiento de la red que incluye a sus equipos básicos de salud tanto de la red itinerante como de las redes fijas y combinadas, por tanto la COORDINACIÓN REGIONAL es un elemento fundamental para el buen funcionamiento de las redes de atención.

En el capítulo 4, acápite B se describen las responsabilidades tanto de las Regiones de Salud como de las UBAS. Estas responsabilidades implican algunos elementos fundamentales como la adecuada coordinación con la región de salud para el inicio de las operaciones de la prestación de servicios, el manejo para la entrega de vacunas y otros insumos, la capacitación de los equipos básicos de salud y la coordinación de los equipos de gestión con las autoridades locales y regionales.

Para efectos de supervisión, monitoreo y auditoria; se podrá verificar estas acciones de coordinación regional en campo mediante los siguientes parámetros:

- Por lo menos una **reunión inicial** de coordinación entre el equipo de gestión de la UBA y la región de salud (se verificará mediante el acta de reunión y lista de asistencia).
- Por lo menos una **reunión bimestral** de coordinación entre el equipo de gestión de la UBA, los equipos básicos y la Región de Salud (se verificará mediante el acta de reunión y la lista de asistencia).

- Constancia de la **Capacitación de los equipos básicos de salud**. (se verificará mediante la presentación del Programa de Capacitación y el listado de asistencia). La capacitación del personal del equipo básico de salud es obligatoria. Ningún miembro del equipo podrá prestar servicios si no se demuestra que ha recibido la capacitación por parte de la región, incluyendo el proceso de acreditación.
- Constancias de **solicitud y retiro de vacunas, medicamentos y/o insumos a la región** de salud. (mediante la revisión de los formularios proporcionados por el MINSA).
- Constancia de la **entrega de informes mensuales** a las regiones de salud (se verificará mediante la nota sellada de recibido por parte de la región).
- Constancias de la **participación de los equipos básicos y equipo de gestión en las reuniones de auditoría social** de su grupo poblacional (se verificará mediante el acta de la sesión anual de auditoría y la lista de asistencia).

Mediante estos parámetros se podrá en cualquier momento emitir un juicio sobre la coordinación efectiva y armónica de las regiones con sus equipos de gestión, las OE's y los equipos básicos.

c – Programación de las Actividades en Base a Resultados

Más adelante se presenta la forma en que los equipos deben construir su informe inicial y también su informe final. La **programación de las actividades en base a resultados** tiene su fundamento en estos dos informes.

- El primero: el Informe Inicial contiene todos los planes y metas que el equipo ha propuesto para alcanzar los objetivos durante ese año de prestación.
- En el segundo, el informe final, ya se presentan resultados producto de la intervención del equipo de gestión y del equipo básico de salud durante todo el año.

De esta manera para programar las actividades en base a resultados es necesario primero construir una **Matriz de Programación de las Actividades** de los indicadores que se relaciona además con las metas propuestas.

La matriz es una valiosa herramienta de gestión. Identifica ronda a ronda los avances de los indicadores que están a su vez asociados a las actividades de la cartera. Se trata de que cada equipo de gestión programe sus metas por ronda y cuando esta no se cumpla, revise con el equipo básico cuáles fueron las causas por las cuales no se cumplió. El uso de esta matriz obliga a cada equipo de gestión a tener un seguimiento estricto de las metas y una comunicación más estrecha con sus equipos básicos para la búsqueda de alternativas que los lleven a cumplir las metas.

A continuación describiremos el uso de la Matriz de Programación de Actividades en Base a Resultados:

- En la matriz de programación de actividades usted programará el número de eventos o intervenciones de salud que desea que su equipo realice durante cada ronda.
- En la matriz, usted colocará al lado de cada meta las actividades que realizará para cumplir el objetivo.

- Al finalizar cada ronda usted verificará si se cumplió.
 - Si la meta de la ronda se ha cumplido usted debe continuar con las mismas actividades a manera de estrategia. Debe compartir este análisis con el equipo básico.
 - Si la meta de la ronda No se cumplió, usted debe reunirse con el equipo básico para reorganizarse y reorientar las actividades.

Utilizando la matriz usted programa las actividades y las evalúa. Si requiere cambiar la estrategia y proponer otras intervenciones puede y debe hacerlo.

Ahora usaremos un Ejemplo hipotético para ilustrar el uso de la Matriz de Programación de Actividades

- ✓ **Indicador N° 5:** Porcentaje de Mujeres de 20 años y más que se le realiza una toma de muestra de citología cérvico-vaginal anual.
- ✓ La meta cuatrimestral para este indicador es del 70%
- ✓ Calcular la Población inscrita de mujeres de 20 años y más del Grupo Poblacional.
- ✓ Calcular la cantidad de mujeres de 20 años y más que cuentan con PAP vigente en el cuatrimestre.
- ✓ Determinar el número de mujeres de 20 años y más que no cuentan con PAP vigente. En este ejemplo digamos que sean 200 mujeres que no tienen PAP
- ✓ Para alcanzar esa cantidad de eventos y cumplir la meta, el equipo de gestión ha programado que el 50% de la meta se cumpla en la primera ronda (ronda impar) y el resto del 50% de la meta en la segunda ronda (ronda par) del cuatrimestre
- ✓ Las actividades que programaran para obtener dichos resultados son las siguientes:
 - Impresión del listado de Mujeres de 20 años y más del padrón nominalizado.
 - Impresión del listado de Mujeres de 20 años y más del padrón nominalizado con PAP vigente.
 - Impresión del listado de Mujeres de 20 años y más del padrón nominalizado sin PAP vigente.
 - Capacitación a promotores de salud para la búsqueda activa de las mujeres.
- ✓ En la matriz todos estos datos se colocarían de la siguiente forma:

INDICADOR	META ANUAL	POBLACIÓN	NÚMERO DE EVENTOS REQUERIDOS	PRIMERA RONDA			SEGUNDA RONDA		
				%/Eventos programados	Actividades	%/Eventos Cumplidos	%/Eventos programados	Actividades	%/Eventos Cumplidos
Mujeres de 20 años y más que se le realiza toma de Muestra de citología cérvico-vaginal anual.	70%	XXXX	200	50%/100 PAP	<ul style="list-style-type: none"> ● Impresión Del listado de mujeres de 20 años y más del padrón nominalizado. ● Capacitación a promotores de salud para la búsqueda activa de estas mujeres. 		50%/100 PAP		

- ✓ Al finalizar la primera ronda si los resultados fueron los esperados, usted continuará con su programación de eventos de acuerdo a la meta y mantendrá las mismas actividades considerando que han dado buenos resultados.
- ✓ Si por el contrario los resultados de la primera ronda estuvieron por debajo de los esperados, usted reordenará la meta aumentando el porcentaje que quedó pendiente y reorganizando las actividades para la nueva ronda.
- ✓ El proceso se repite en todas las rondas subsiguientes (suponiendo que la meta es de nuevo 200).

INDICADOR	META ANUAL	POBLACIÓN	NÚMERO DE EVENTOS REQUERIDOS	PRIMERA RONDA			SEGUNDA RONDA		
				%/Eventos programados	Actividades	%/Eventos Cumplidos	%/Eventos programados	Actividades	%/Eventos Cumplidos
Mujeres de 20 años y más que se le realiza toma de Muestra de citología cérvico-vaginal anual.	70%	XXXX	200	50%/100 PAP	<ul style="list-style-type: none"> • Impresión Del listado de mujeres de 20 años y más del padrón nominalizado. • Capacitación a promotores de salud para la búsqueda activa de estas mujeres. 	45%/90 PAP	55%/110 PAP	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a promotores de salud para la búsqueda activa de estas mujeres. • Búsqueda de registros de PAP en los centros de salud de referencia de mujeres beneficiarias. 	

d – Programación de las Rondas / Bimestre

El Equipo de Gestión de la UBA programa las Rondas / Bimestre del grupo poblacional bajo su responsabilidad con base en la nominalización de la población beneficiaria adscrita, el análisis de situación del grupo poblacional, los planes contenidos en el Informe Inicial y los resultados esperados (indicadores de proceso de la CPP, coberturas de ronda e indicadores de desempeño).

El cronograma de Rondas / Bimestre constituye el instrumento de gestión a través del cual se materializa la programación bimestral. El prestador tanto de la red fija como itinerante debe entregar dicho cronograma, máximo 15 días calendario previo al inicio de la ronda/bimestre. Una vez la DRS reciba dichos cronogramas debe entregarlos a la DPSS en un término no mayor a 5 días calendario (tiempo en el que deberán revisarlo y remitirlo).

La UBA debe cumplir con realizar seis (6) Rondas / Bimestre al año, para lo cual debe realizar una (1) ronda por bimestre.

El número de días que la UBA debe brindar atención directa a la población es de 38 días por ronda, como mínimo. Los días para traslados, capacitación y/o días de coordinación del EBS en oficina o sedes, deben ser incluidos en el cronograma adicional a los días efectivos de atención.

Las UBA's deben garantizar la provisión efectiva de la CPP, cumpliendo con los protocolos de atención y garantizando la calidad de los servicios.

Las UBA's velarán porque no se restrinja la demanda de servicios por parte de la población. Si se comprueba que la UBA ha incurrido en alguna práctica que restrinja la demanda de servicios, se considerará como falta sujeta de penalización.

Las UBA's atenderán cada comunidad del grupo poblacional, para lo cual pueden utilizar la metodología de comunidad céntrica como alternativa de convocatoria y de organización de la atención cuando a actividades extramurales se refiere.

Se estima que, durante cada ronda, cada comunidad sea atendida por lo menos una (1) vez, por lo que el cronograma por ronda presentado, debe mostrar el cumplimiento de estas atenciones.

A continuación se especifica, sólo a modo de ejemplo, el cronograma de Rondas / Bimestre que debe cumplir la UBA para todas las comunidades que le corresponde atender.

PERIODO						
MES: Octubre			AÑO: 2014			
FECHA						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
DA	DA	DA	DA	DA	DA	DA
DVD	DVD	DVD	DVD	DVD	DVD	DVD
DC	DC	DC	DC	DC	DC	DC
DCO	DCO	DCO	DCO	DCO	DCO	DCO
Comunidad	Comunidad	Comunidad	Comunidad	Comunidad	Comunidad	Comunidad
Corregimiento	Corregimiento	Corregimiento	Corregimiento	Corregimiento	Corregimiento	Corregimiento
Distrito	Distrito	Distrito	Distrito	Distrito	Distrito	Distrito

GLOSARIO			
DA	DVD	DC	DCO
Día de Atención Intramuros	Día Visita Domiciliaria	Día de Capacitación	Día de Coordinación

La UBA debe cumplir con realizar **seis (6) Rondas** / Bimestre al año y cada uno de las rondas no debe ser menor a **50 días calendarios**. Será su responsabilidad realizar las actividades que se requieran para el cumplimiento del cronograma aprobado.

Si en cualquier evaluación de cumplimiento del cronograma por ronda se confirma que la UBA ha dejado sin atender a una comunidad en dos (2) Rondas / Bimestre consecutivas, ésta deberá corregir inmediatamente esta situación, mediante la realización de actividades extramurales con cargo a los recursos del prestador. Durante el año de prestación, ninguna comunidad podrá dejar de ser atendida en más de una (1) ocasión.

El EBS debe iniciar las Rondas / Bimestre con el conocimiento previo de las condiciones generales del área, la población beneficiaria que espera atender, el equipo comunitario que adelanta las actividades de preparación del puesto de atención y movilización de la población, la anuencia de las autoridades locales y los resultados, en términos de cobertura de ronda e indicadores de evaluación que deben alcanzar, por lo cual el Equipo de Gestión juega un papel determinante en la programación de actividades.

e- Organización de la atención en la Comunidad y Sistema de Logística

Los procesos de Organización en la Comunidad y el sistema de logística para el proceso de atención son de suma importancia para que las intervenciones sean efectivas.

En el caso de la **Organización Comunitaria** será necesario consolidar los equipos de trabajo, lo que implica la **comunicación e interacción efectiva** del equipo básico de salud (EBS) con el equipo comunitario de salud (ECS).

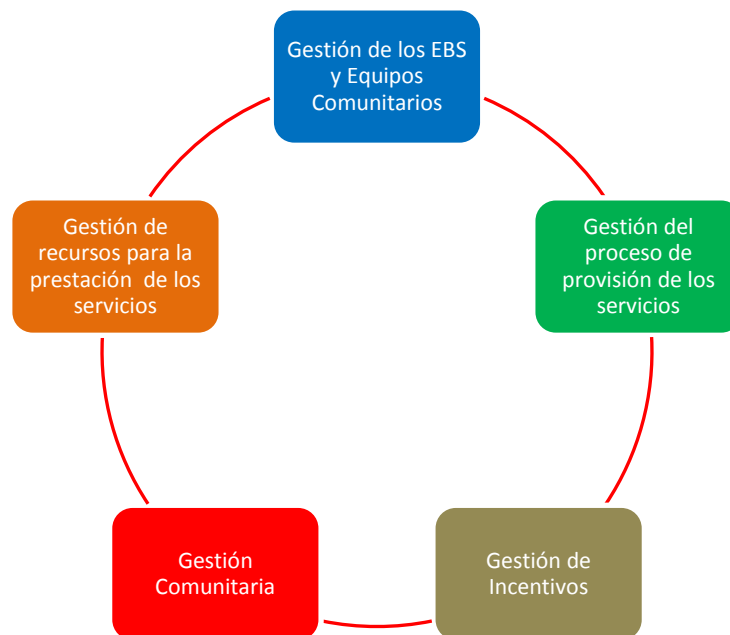
Los pasos que proponemos para una adecuada organización de la atención en la comunidad son los siguientes:

- a Que exista un conocimiento adecuado de las comunidades adscritas al grupo poblacional de responsabilidad. En este elemento juega un papel importante el diagnóstico de salud. El EBS debe tener claridad del entorno en que prestará el servicio.
- b Identificación y acercamiento a las autoridades locales, lo cual es **Fundamental**, especialmente en áreas indígenas.
- c Reconocimiento físico de la comunidad, para lo cual el equipo básico debe tener claridad de los accesos, accidentes geográficos, condiciones ambientales, puntos posibles de atención, las distancias de las comunidades periféricas adscritas a ese punto de atención (si fuese el caso), presencia de instalaciones de salud o de otras instituciones con estructuras físicas en la comunidad (como iglesias, escuelas, oficinas públicas o privadas, ONG's, entre otras).
- d Identificación y abordaje de líderes comunitarios. Incluye la identificación de Grupos organizados de la sociedad civil.
- e Selección de los miembros del equipo comunitario (por asamblea comunitaria). La asamblea comunitaria fortalece los lazos entre el equipo y la comunidad.
- f Organización de la atención, incluyendo selección de lugar de la atención.
- g Capacitación a los equipos Comunitarios de salud.
- h Organización del Flujo de atención. Este flujo debe incluir tanto al equipo básico de salud como al equipo comunitario. Tiene relación con las funciones del equipo comunitario.
- i Planificación del Mercadeo Social para garantizar la provisión de los servicios y el alcance de los procesos de coberturas.
- j Planificación de los espacios de retroalimentación a la comunidad de los avances y resultados de las intervenciones de los equipos, tipo salas de situación.
- k Apoyo y participación en los procesos de auditoría social.

En el caso del **Sistema de Logística** para el Proceso de Atención, es necesario garantizar los siguientes elementos:

- Que todos los equipos básicos de salud realicen adecuadamente un inventario de los insumos y equipos necesarios para el proceso de atención requerido en el marco de las actividades contenidas en la CPP. Para ello cada Protocolo de atención presenta las necesidades y también en este Reglamento se incluyen un listado de medicamentos e insumos. **Es obligatorio** que todos los equipos cuenten con los recursos necesarios y en cantidades suficientes para poder realizar la atención a la población.
- Los equipos básicos de salud deben proporcionar todas las actividades contenidas en la CPP y para ello el equipo de gestión debe garantizar que el equipo básico de salud esté completo.
- Se deben tomar todas las previsiones necesarias al momento de programar las giras para garantizar la calidad de la entrega de los servicios. Esto incluye todos los elementos administrativos y técnicos que conlleva la preparación de la gira tales como:
 - La logística del transporte.
 - El manejo de la cadena de frío.
 - La solicitud de medicamentos e insumos al MINSA, lo cual debe estar técnicamente justificado y de acuerdo a la población de responsabilidad.
 - La coordinación con el equipo comunitario previa a la gira.
 - La disponibilidad del punto de atención.
 - La coordinación del traslado del equipo básico a la comunidad para garantizar la puntualidad en el inicio de la prestación de los servicios.
 - El manejo de imprevistos que puedan afectar la provisión del servicio, incluyendo el conocimiento de elementos culturales, situaciones de emergencia, riesgo ambiental u otros elementos que pueden afectar la llegada del equipo.
 - Cualquier otro elemento que sea requerido para que la prestación del servicio se haga oportunamente y con calidad.
- La logística también incluye la utilización de recursos para la comunicación efectiva con la comunidad, la promoción de la salud y la entrega de apoyos comunitarios o incentivos a equipos comunitarios.

Se prevé que para garantizar los procesos de organización comunitaria y la organización de un sistema de logística, el equipo de gestión utilice herramientas de apoyo para controlar los procesos siguientes:



Estos procesos podrán ser controlados mediante cuadros de mando, herramientas de control pre y post como listas tipo “Check List”, manejo informático de inventarios, uso de las normas para el cálculo de necesidades de acuerdo a la población beneficiaria y preparación y ejecución de los procesos de capacitación a equipos básicos de salud y equipos comunitarios.

f- Manejo Ambiental

Para los aspectos relacionados con Manejo Ambiental referirse al Plan de Acción para la prevención y/o Mitigación de los Impactos Ambientales previstos por la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas de la EFC. (Anexo No XXX)

g- Adaptación Cultural

Para los aspectos relacionados con los Procesos de Adaptación Cultural referirse a la Guía para la Adaptación Cultural de los Servicios de la Cartera de Prestaciones Priorizadas de la EFC. (Anexo N° XXX)

h- Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Para los aspectos relacionados con el sistema de referencia y contrarreferencia la Estrategia de Fortalecimiento de Coberturas utiliza las guías y formularios aprobados por el MINSA y la CSS para el manejo de las referencias y contrarreferencias de forma vertical a niveles de mayor y menor complejidad respectivamente.

Estos documentos estarán disponibles por región de salud para los proveedores de los servicios.

i- Gestión de la Programación (Cumplimiento de Planes)

Como parte de las responsabilidades de los proveedores, previo al inicio de la prestación de los servicios, se debe cumplir con la presentación de una serie de Planes contenidos en la Caja de Herramientas de la EFC los cuales son:

- 1 Plan de Nominalización
- 2 Metodología de Comunidad Céntrica
- 3 Cronogramas de Giras de Ronda y Anual
- 4 Plan de Recursos Humanos (que incluye EBS, ECS y EG)
- 5 Plan de Promoción y Comunicación de los Servicios
- 6 Plan de Adquisiciones
- 7 Plan de Supervisión y Monitoreo
- 8 Plan de Incentivos
- 9 Plan de Mantenimiento de Activos
- 10 Plan de Capacitación para el desarrollo de actividades de Promoción
- 11 Plan de Trabajo para la Ejecución del Contrato

Podrán encontrar todos los instrumentos para el desarrollo de estos planes en la caja de herramientas.

Adicionalmente, es importante recalcar que todos los planes no son simples requisitos para el inicio de la prestación, sino que con su presentación se convierten en instrumentos sujetos de supervisión y monitoreo. Estos planes deben guiar a los equipos de gestión hacia la consecución de las metas y el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

j – Sistemas de Información / Informes Técnicos y Administrativos

Será necesario que los proveedores realicen y presenten informes tanto **técnicos como administrativos** los cuales servirán de base para tres procesos básicos:

- a) Gestionar la EFC apoyado en los procesos de seguimiento, supervisión y monitoreo.
- b) Generar información útil para la medición del desempeño y los procesos de auditoría de cada UBA lo cual también está ligado al proceso de financiamiento.
- c) Evaluar los resultados de la estrategia.

Para la realización de los informes se apoyarán en los registros primarios, generarán consolidados mensuales, y digitarán la información de la prestación de los servicios contenida en los expedientes clínicos, en los sistemas de información

En el caso de los registros primarios, cada EBS hará uso de los instrumentos primarios del MINSA y llevará el registro diario de actividades. La captación y registro se llevará a cabo en el lugar donde se preste el servicio de atención. Así mismo, mientras se utilice el expediente físico, todo el personal de salud debe utilizarlo para registrar adecuadamente cada una de las atenciones del paciente.

La UBA es responsable de sistematizar la información captada durante la atención en el Sistema de información de la EFC y en el sistema de estadística de salud (SIES), ambos entregados por el MINSA.

El Experto en Registros Médicos y Estadística será responsable de generar las HTE (Hojas de Trabajo del Estadígrafo), las cuales deberán ser consolidadas a partir del SIES y entregadas a la Región de Salud correspondiente. Así mismo los expertos en estadística de los equipos de gestión de aquellas regiones, que por la naturaleza de los servicios adscritos a ella cuenten con este recurso, deberán garantizar la efectividad y eficiencia en los registros de las atenciones de los pacientes y de los procesos de captación de personas beneficiarias de la EFC que han sido nominalizados, colocando metas de cumplimiento en el registro a cada una de sus captadoras y evaluando su desempeño. Hacer controles de calidad de la información que se capta, medir productividad, hacer reportes que servirán de insumo a los coordinadores.

La UBA debe elaborar siete (7) tipos de informes:

Diagnostico situacional

- 1 Informe Inicial
- 2 Informes Mensuales
- 3 Informe de Rondas
- 4 Informes de Progreso
- 5 Informes Cuatrimestrales
- 6 Informes Anuales

A continuación se detalla lo que debe contener cada tipo de informe:

1 INFORME INICIAL (Técnico y Administrativo)

La UBA debe entregar a la DRS, quien a su vez enviara a la DPSS, un **informe técnico** por cada grupo poblacional beneficiario de la CPP bajo su responsabilidad, el cual deberá incluir la siguiente información de acuerdo al tipo de red (itinerante o fija) utilizando el formato entregado por el MINSA:

1.1 - EQUIPOS ITINERANTES

1. Plan de nominalización de los beneficiarios de la CPP.
2. Plan de comunidades céntricas y periféricas .
3. Cronograma de atención por ronda y anual para las seis (6) rondas de prestación de la CPP.
4. Plan de recursos humanos que incluya el Plan de capacitación de los miembros de la UBA.
5. Plan de promoción y de comunicación de los servicios.
6. Plan de adquisición de medicamentos, insumos y activos.
7. Plan de monitoreo y supervisión interno.
8. Plan de incentivos al EBS, Equipo Comunitario y de Gestión.
9. Plan de mantenimiento de activos.
10. Plan de capacitación para las actividades de promoción.
11. Plan de trabajo que desarrolle la gestión de operaciones que llevará la UBA para la ejecución satisfactoria del contrato.

1.2 - EQUIPOS FIJOS

1. Plan de nominalización de los beneficiarios de la CPP.
2. Plan de comunidades céntricas y periféricas.
3. Cronograma de atención por bimestre y anual para los seis (6) bimestres de prestación de la CPP.
4. Plan de recursos humanos que incluya el Plan de capacitación de los miembros de la UBA.
5. Plan de promoción y de comunicación de los servicios.
6. Plan de adquisición de medicamentos, insumos y activos.
7. Plan de monitoreo y supervisión interno.
8. Plan de incentivos al EBS, Equipo Comunitario y de Gestión y a la DRS (si aplica).
9. Plan de mantenimiento de activos.
10. Plan de capacitación para las actividades de promoción.
11. Plan de trabajo que desarrolle la gestión de operaciones que llevará la UBA para la ejecución satisfactoria del convenio.
12. Plan de habilitación: infraestructura, equipamiento y RRHH.
13. Plan Operativo Anual (si aplica).

La UBA debe entregar a la DRS, dentro de los diez (10) primeros días calendario de la primera ronda, quien a su vez enviara a la UGSAF, un **informe administrativo financiero** que contenga el detalle de los recursos financieros para cada grupo poblacional beneficiario de la CPP bajo su responsabilidad, el cual deberá incluir la siguiente información de acuerdo con el tipo de equipo (institucional o extrainstitucional) y de acuerdo al formato entregado por el MINSA:

1.3 - EQUIPOS INSTITUCIONALES (EI)

1. Portada.
2. Póliza de seguro para vehículos oficiales.
3. Programación presupuestaria: presupuesto de ingresos y presupuesto de gastos.
4. Flujo de ingresos y pagos estimado: flujo de caja (ingresos y pagos).
5. Informes financieros y balance de comprobación.
6. Declaraciones juradas.
7. Contratos del personal.
8. Informe pormenorizado de activos.

1.4 - EQUIPOS EXTRAINSTITUCIONALES (OE)

1. Portada.
2. Fianzas: anticipo y cumplimiento.
3. Pólizas de seguro.
4. Certificación de línea de crédito.
5. Declaraciones juradas.
6. Registro Público, copia de cédula del representante legal, poder notariado (cuando aplica), convenio de consorcio (si aplica).
7. Información del proveedor.
8. Constancia de pago de timbres.
9. Paz y Salvo (CSS y DGI).
10. Contratos del personal.
11. Informe pormenorizado de activos (en caso de renovación de contrato).
12. Informe sobre litigios.

La responsabilidad de elaborar el **informe técnico inicial** es del Equipo de Gestión y el formato de presentación electrónica será en PDF y en formato Excel. Deben ser entregados en un CD original y tres copias.

El informe administrativo financiero inicial es responsabilidad del Equipo de Gestión y el formato de presentación electrónica será en PDF y en Excel. Deberán presentar un CD original y dos copias.

2 INFORMES MENSUALES (Sólo Técnico)

Dentro de los diez (10) primeros días de cada mes, la UBA entregará a la Región de Salud para cada grupo poblacional beneficiario de la CPP la siguiente información:

1	• Consolidados mensuales de vacunación.
2	• Consolidados mensuales de las libras de crema o nutricereal distribuidas.
3	• Consolidados mensuales de la distribución de micro nutrientes.
4	• Los reportes de enfermedades de notificación obligatoria que les permitan solicitar nuevos insumos. Incluyendo los de las prevenibles por vacunas que haya sido detectadas.
5	• Reportes de reacciones adversas a vacunas.
6	• Análisis de insumos entregados por el MINSA y distribuidos.

La responsabilidad de elaborar el informe mensual es del Equipo de Gestión y el formato de presentación es impreso en los formularios establecidos por el MINSA y/o reportes del SIES, PAI o el sistema de la EEC y EFC. Este informe debe ser entregado a Provisión de Servicios Regional, quien evaluará la información contentiva en este informe. La evaluación por parte de la Región será remitida a la DPSS del nivel nacional para la tipificación de los hallazgos o incumplimientos encontrados durante el proceso de evaluación.

3 INFORMES DE RONDAS / BIMESTRE (Técnicos y Administrativos)

3.1 - Sobre los informes técnicos: (equipos fijos e itinerantes)

Los **informes técnicos de ronda** deben presentarse a la DRS dentro de los primeros diez (10) días calendario después de la terminación de una ronda o en el caso de la red fija, después de finalizado el bimestre. Estos informes consisten en **entregar** la información contenida en la base de datos del Sistema de información de la EFC a la fecha de corte de la ronda/bimestre y la cuasifactura.

La base de datos de cada grupo poblacional deberá incluir como mínimo:

1	• Resultados de las coberturas por ronda o bimestre (comunidades atendidas, población protegida, población atendida según servicios y días de atención).
2	• Reporte de cumplimiento del cronograma de atención.
3	• Reporte de producción de servicios según la CPP detallada.
4	• Reporte de las diez (10) enfermedades más frecuentes, según grupo de edad.
5	• Padrón de población beneficiaria de la CPP al término de la ronda.
6	• Reporte de personas beneficiarias del Programa de Red de Oportunidades según servicios programados y/o recibidos.
7	• Reporte de avance de resultados de los indicadores de desempeño.

La base de datos debe acompañarse de un archivo adicional en Excell, generado por el sistema de información de la CPP (SIREGES) que contenga:

- 1 ● Listado de población beneficiaria de la CPP que requiera ser dada de alta por nacimiento u otras razones incluyendo las fichas de inscripción, beneficiarios con información actualizada (también con sus fichas de inscripción) o baja del padrón de población beneficiaria por muerte, cambio de domicilio u otras razones.

Las altas deben ser aprobadas o rechazadas por Provisión de Servicios Regional y ésta a su vez debe emitir una nota dirigida a la DPSS nacional, donde presenta la aprobación o rechazo de las altas presentadas.

Adicionalmente, al término de la primera ronda se deberá presentar el **diagnóstico situacional de salud de la población de responsabilidad** y el **informe de resultados del censo de la comunidad de acuerdo a la Estrategia de AIN-C**. Para ambos informes se utilizarán los instrumentos de recolección de información establecidos por el MINSA.

Los informes técnicos de ronda serán elaborados por el Equipo de Gestión, en base a la información presentada por los EBS, y deben ser entregados a la DRS mediante la cuasifactura durante los diez (10) días calendario posteriores al fin de la ronda correspondiente. La DRS a su vez lo remitirá a la DPSS, durante los cinco (5) días posteriores a la entrega, para su evaluación. La DPSS tendrá cinco (5) días para enviar la evaluación a la UGSAF para su verificación y determinación del monto a pagar.

3.2 - Sobre los Informes Administrativos:

La UBA deberá entregar en conjunto con el informe técnico, un informe administrativo de ronda. El informe administrativo de ronda será diferente en su contenido para los equipos institucionales que para los equipos Extrainstitucionales por la naturaleza de los contratos y convenios y los modelos de financiamiento adscritos a cada modalidad. De esta forma se describe a continuación el contenido de los informes administrativos para ambas modalidades.

En el caso de los **Equipos Institucionales (EI)**, el informe administrativo tendrá como mínimo lo siguiente, de acuerdo con el formato entregado por el MINSA:

3.2.1 - EQUIPOS INSTITUCIONALES (EI)

1. Portada.
2. Formulario de liquidación o copia de la cuasi factura.
3. Listado del personal del Equipo de Gestión y Equipos Básicos de Salud.
4. Copias de los resueltos de nombramiento tramitados durante la ronda/bimestre.
5. Copias de las planillas que cubren el período del informe.
6. Copias de las planillas pre-elaboradas con su respectivo recibo de pago.
7. Constancia del pago del SIACAP.
8. Constancia de pagos de viáticos e incentivos al Equipo Comunitario.
9. Constancia de la utilización de los chalecos, gafetes, gorras, suéteres con el logo del Ministerio de Salud por parte de los miembros de los Equipos Básicos de Salud.
10. Constancia de la implementación de la estrategia de comunicación.
11. Constancia del plan de incentivos a las UBAS y Regional.
12. Ejecución del plan de adquisiciones de medicamentos e insumos.
13. Ejecución del plan de adquisiciones de activos y su plan de mantenimiento actualizado por grupo poblacional.
14. Informe pormenorizado de activos.
15. Pólizas de seguro para vehículos oficiales.
16. Informes financieros y balance de comprobación.
17. Informes presupuestarios.
18. Flujo de ingresos y pagos.
19. Informes de auditoría.
20. Declaraciones juradas.

En el caso de los **Equipos Extrainstitucionales (OE)**, el informe administrativo tendrá como mínimo lo siguiente, de acuerdo con el formato entregado por el MINSA:

3.2.2 - EQUIPOS EXTRAINSTITUCIONALES (OE)

1. Portada.
2. Formulario de liquidación o copia de la cuasi factura.
3. Listado del Personal Clave y EBS.
4. Copias de las planillas que cubren el período del informe.
5. Copia de las planillas pre-elaborados con su respectivo recibo de pago.
6. Constancia de pagos de viáticos e incentivos al Equipo Comunitario.
7. Constancia de la utilización de los chalecos, gafetes, gorras, suéteres con el logo del Ministerio de Salud por parte de los miembros de los EBS.
8. Constancia de la implementación de la estrategia de comunicación.
9. Constancia del plan de incentivos a las UBAS.
10. Ejecución del plan de adquisiciones de medicamentos e insumos.
11. Ejecución del plan de adquisiciones de activos y su plan de mantenimiento actualizado por grupo poblacional.
12. Informe pormenorizado de activos.
13. Fianzas: anticipo y cumplimiento.
14. Pólizas de seguro: vehículos, responsabilidad civil, equipos.
15. Certificación de línea de crédito.
16. Informes de auditoría.
17. Declaraciones juradas.
18. Informe sobre litigios.
19. Registro Público.
20. Paz y Salvo (CSS y DGI).
21. Información de contacto.

Los informes administrativos de ronda serán elaborados por el Equipo de Gestión, y deben ser entregados a la DRS mediante la cuasifactura durante los diez (10) días calendarios posteriores al fin de la ronda correspondiente. La DRS a su vez lo remitirá a la UGSAF, durante los cinco (5) días posteriores a la entrega para su verificación y determinación del monto a pagar.

4 INFORMES DE PROGRESO (Equipos Fijos e Itinerantes)

Los equipos de gestión de las Unidades Básicas de Atención, deben ejercer su papel como gestores del proyecto lo cual es fundamental para alcanzar las metas del programa y los indicadores de salud que se han trazado como metas. Para ello, será necesario que adicional a los informes descritos, desarrollen una herramienta de gestión para el seguimiento y monitoreo adecuado de sus equipos que hemos denominado **Informe de Progreso**.

Los Informes de Progreso tendrán como mínimo:

- 1 • Análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados de las coberturas de ronda.
- 2 • Análisis de los indicadores de desempeño en función de las metas cuatrimestrales y anuales. Matriz de programación de actividades en base a resultados.
- 3 • Estudios de casos.

Los informes de progreso deben realizarlos al término de cada ronda y es responsabilidad de cada equipo de gestión. Aunque no son objeto de entrega si pueden ser solicitados en procesos de supervisión, evaluación y/o auditoría para corroborar su existencia y su utilización adecuada en cuanto a la identificación oportuna de desviaciones o nudos críticos y la forma en que estos han sido abordados oportunamente para mejorar los procesos hacia el alcance de las metas.

5 INFORMES CUATRIMESTRALES (sólo técnico)

Para equipos fijos e itinerantes:

La UBA entregará a la DRS, y ésta a la DPSS, a más tardar diez (10) días calendario después del fin del cuatrimestre respectivo, un informe de cumplimiento de las metas, según formato establecido por el MINSA, adjuntando la base de datos del Sistema de información de la EFC que respalda el numerador de la meta reportada, así como de los denominadores correspondientes a la fecha de corte del cuatrimestre.

La información de respaldo del numerador y denominador de todos los indicadores de desempeño será nominada a fin de confirmar la elegibilidad de la población reportada.

6 INFORMES ANUALES

Tanto el **Informe técnico Anual** como el **Informe Administrativo-Financiero Anual** de la UBA, deben ser presentados dentro de los veinte (20) días hábiles después de la finalizada la sexta (6ª) ronda / bimestre, según el formato entregado por el MINSA.

En el caso del Informe Técnico Anual, tanto para equipos de la red fija como de la red itinerante; el mismo deberá incluir, como mínimo, lo siguiente para cada grupo poblacional:

- | | |
|---|--|
| 1 | •Variación en los indicadores de proceso de la CPP según resultados del diagnóstico situacional inicial y las intervenciones realizadas. |
| 2 | •Análisis cualitativo de los resultados. |

En el caso del Informe Administrativo-Financiero Anual, el mismo deberá incluir, como mínimo, lo siguiente para cada grupo poblacional:

6.1 - EQUIPOS INSTITUCIONALES (EI)

1. Informes financieros y balance de comprobación al cierre del período
2. Cuentas por pagar a proveedores, adjuntando los documentos sustentadores de cada proceso
3. Constancia de la liquidación y cierre de los contratos del personal de la UBA, incluyendo la cancelación de los pasivos laborales
4. Cierre presupuestario del fondo
5. Ejecución del plan de incentivos a la UBA y Regional (ejecutado y pendiente por ejecutar)
6. Informe pormenorizado de activos financiados con fondos del programa

6.2 - EQUIPOS EXTRAINSTITUCIONALES (OE)

1. Ejecución del Plan de Incentivos a la UBA

Ambos informes deben ser elaborados por el Equipo de Gestión.

A – Sistema de Monitoreo

Conocido también como supervisión indirecta, toda vez que se lleva a cabo en el escritorio de los técnicos responsables del seguimiento de la ejecución de la EFC, basándose en la información que regularmente llega de las Direcciones Regionales de Salud.

El sistema de seguimiento consiste en el ordenamiento de la información para analizar el curso de los acontecimientos y en qué medida se acercan a las metas fijadas durante la programación.

El seguimiento se basa en el análisis de indicadores (*de procesos y resultados*) y, como es conocido, *los indicadores señalan pero no explican*. Por tanto el Equipo Técnico de la Dirección Regional y de la DPSS teoriza en base a su experiencia y conocimiento de la realidad las posibles explicaciones de un problema y da paso al sistema de supervisión directa para que verifique lo que realmente esté sucediendo.

El sistema de seguimiento tiene como fuente principal de información los informes mensuales y por ronda producidos por las UBA's.

El sistema de seguimiento es ejecutado tanto por la DPSS, las Direcciones Regionales de Salud y por las propias UBA's y se vale de los avances de los resultados de la nominalización, las coberturas de ronda, indicadores de procesos, indicadores de desempeño y el cumplimiento del cronograma de atención.

B – Sistema de Supervisión

La supervisión de la provisión de la CPP será desarrollada en los niveles de supervisión indicados a continuación:

- 1 Supervisión del MINSA
- 2 Supervisión Interna de la UBA

1 SUPERVISIÓN DEL MINSA

La supervisión será desarrollada según los niveles indicados a continuación y con la metodología e instrumentos diseñados por el MINSA para tal efecto y que constan en el Manual de Supervisión y se realizará en los siguientes niveles:

NIVEL	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	DPSS, incluye técnicos del nivel nacional.	<ul style="list-style-type: none"> ● La DPSS realizará como mínimo una (1) supervisión por ronda de prestación a cada una de las DRS que desarrollan la EFC. Esta supervisión tiene como objetivo que la DRS cumpla con las funciones establecidas en el capítulo IV de este RO.
2	Dirección Regional de Salud - Departamento de Provisión, incluye técnicos del nivel regional y local.	<ul style="list-style-type: none"> ● La Dirección Regional de Salud realizará como mínimo una (1) supervisión por ronda de prestación a cada UBA adscrita a un grupo poblacional que atiendan en las áreas de su competencia. Los resultados del informe de supervisión de cada UBA constituirán insumo para la evaluación de resultados y, por ende, para el cálculo del pago respectivo por ronda. ● La UBA revisará los resultados de la supervisión y elaborará un plan de acción para el mejoramiento de la provisión de la entrega de la CPP durante el período del convenio, estableciendo como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> A- Situación encontrada B- Las acciones que se habrán de implementar C- Los responsables D- Las fechas de implementación, sin menoscabo de las deducciones que correspondan. ● Las Direcciones Regionales de Salud serán las encargadas de velar por el cumplimiento de los planes de acción establecidos mediante una segunda visita durante la ronda a la UBA supervisada; la cual se deberá realizar antes de culminar la ronda.

Los instrumentos pueden llenarse y discutirse con la UBA una vez concluida la supervisión.

Finalmente, el MINSA podrá implantar mecanismos de supervisión adicionales, permanentes u ocasionales, para asegurar el óptimo desempeño de la provisión de la CPP. Las UBA's convenidas facilitarán toda la ayuda e información que de ellas se requiera para que esta supervisión sea eficaz.

2 SUPERVISIÓN INTERNA DE LA UBA

Es responsabilidad de la UBA a través del Equipo de Gestión, supervisar la provisión de la CPP por medio de sus EBS, de tal forma que se establezcan mecanismos de control de calidad de la prestación, en pro de la mejora continua de la provisión de servicios.

La EFC está basada en un modelo de gestión por resultados y un modelo de financiamiento capitado, por lo cual su sistema de evaluación integra ambos modelos y busca cuantificar el logro de las coberturas por ronda e indicadores de evaluación. Ambos modelos incorporan la nominalización de los beneficiarios como base de cálculo de los logros de la cobertura por ronda e indicadores de evaluación, así como la población beneficiaria establecida en los convenios a suscribir con las DRS

A – Logros en Coberturas por Ronda

Las coberturas por ronda están determinadas por los logros en:

- 1 Comunidades Atendidas
- 2 Población Protegida
- 3 Población Atendida General
- 4 Población Atendida Menor de 24 meses
- 5 Días de Atención

Las coberturas serán evaluadas en función de la nominalización y administración de la CPP tanto del equipo fijo institucional como el equipo itinerante extrainstitucional. El sistema de información de la EFC debe contener la información de ambos equipos.

1 COMUNIDADES ATENDIDAS

Las UBA's atenderán, como mínimo, el 85% de las comunidades pertenecientes a un grupo poblacional bajo su responsabilidad durante cada ronda. Para la verificación de la población protegida se analizarán las comunidades atendidas según los informes de ronda entregados por la UBA los informes de supervisión de la Dirección Regional de Salud y la DPSS, el informe del equipo técnico de la DPSS, la verificación de la UGSAF y los informes de la ATE.

2 POBLACIÓN PROTEGIDA

Las UBA's protegerán como mínimo el 80% de la población beneficiaria residente en las comunidades pertenecientes a un grupo poblacional bajo su responsabilidad durante cada ronda. Para la verificación de la población protegida se analizarán las comunidades atendidas según los informes de ronda entregados por la UBA, los informes de supervisión de la Dirección Regional de Salud y de la DPSS, el informe del equipo técnico de la DPSS, la verificación de la UGSAF y los informes de la ATE.

Se considera que la población de una comunidad ha sido protegida cuando al menos uno (1) de sus habitantes ha recibido los servicios de la CPP por la UBA.

3 POBLACIÓN ATENDIDA GENERAL

Las UBA's atenderán, como mínimo, el 50% de la población protegida mediante los diferentes servicios de promoción, prevención o atención establecidos en la CPP.

Se considera individualmente a cada persona atendida, sin menoscabo de que una misma persona haya recibido más de un (1) servicio.

4 POBLACIÓN ATENDIDA MENOR DE 24 MESES

Las UBA's atenderán, como mínimo, el 80% de la población nominalizada menor de 24 meses mediante el control de crecimiento y desarrollo y el monitoreo de crecimiento establecido en la CPP.

El MINSA prestará especial atención a los logros en la atención de los beneficiarios de la estrategia de AIN-C, de acuerdo a los indicadores de proceso establecidos en el Manual de AIN-C.

5 DÍAS DE ATENCIÓN

Las UBA's brindarán la CPP como mínimo durante 38 días de atención directa a la población por ronda, de acuerdo al cronograma de atención aprobado por la DPSS y comunicado a la Dirección Regional de Salud, excluyendo los días de traslado del EBS por actividades extramurales.

Las UBA's de la DRS de Kuna Yala brindarán la CPP como mínimo durante 32 días de atención directa a la población por ronda en consideración de las condiciones climáticas y geográficas que condicionan el acceso desde y hacia las comunidades beneficiarias.

B – Logros en las Metas de Indicadores de Evaluación Cuatrimestral

La DPSS, en conjunto con las Direcciones Regionales de Salud, establecerán cuatrimestralmente las metas de los indicadores de evaluación del desempeño para la provisión de la CPP con las UBA's. Las metas para los indicadores de evaluación del desempeño serán fijadas en todos los casos, en forma anticipada al cuatrimestre correspondiente al que se refieren. Las metas establecidas serán públicas.

Para determinar el logro alcanzado en las metas acordadas, la UBA entregará, como parte de los informes, los resultados del alcance de las metas pactadas cuatrimestralmente. La DPSS revisará, al finalizar la ejecución de la 2ª, 4ª y 6ª Rondas / Bimestre los expedientes y/o la base de datos de la UBA con el fin de obtener el porcentaje indicador de la cobertura lograda. Este porcentaje indicador servirá al MINSA para determinar el logro de la meta anual que se haya alcanzado.

Cada uno de los indicadores individuales que lo integran tiene un valor relativo o peso ponderal del diez por ciento (10%). Las evaluaciones de los indicadores se harán de forma individual para cada UBA. El criterio de cumplimiento de los indicadores de evaluación es binario: la información

provista establece si una meta se ha cumplido o no se ha cumplido al final del cuatrimestre evaluado. Aquellas que no son alcanzadas pero lograron un porcentaje igual o mayor a 50% de la meta recibirán una proporción de pago según el valor ponderal de cada indicador.

A continuación se muestran los doce (12) indicadores de evaluación cuatrimestral en las redes Itinerante y fija:

1

RED ITINERANTE

Nº	INDICADOR SELECCIONADO MINSA	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR SELECCIONADO	FUENTE
1	Porcentaje de mujeres embarazadas que al final del 3er trimestre de gestación hayan completado al menos 3 controles prenatales (por lo menos 1 por cada trimestre de gestación).	Numerador: Número de mujeres embarazadas que tuvieron su parto en el cuatrimestre evaluado y se le hayan realizado 3 controles prenatales (por lo menos 1 por cada trimestre de gestación). Denominador: Total de mujeres embarazadas en la población beneficiaria que en el cuatrimestre hayan tenido su parto.	Se considerarán aquellas embarazadas que hayan sido ingresadas al Programa de Control Prenatal, captadas por las Unidades Básicas de Atención (red fija o itinerante) y que hayan completado, como mínimo, tres (3) controles al final del tercer trimestre del embarazo.	Hoja HCPB, Tarjeta de Control Prenatal
2	Porcentaje de mujeres embarazadas captadas antes de la semana 13 de gestación.	Numerador: Número de mujeres embarazadas captadas antes de la semana 13 de gestación en el cuatrimestre evaluado. Denominador: Número de mujeres embarazadas captadas en el cuatrimestre evaluado.	Se considerarán aquellas embarazadas que hayan sido ingresadas Programa de Control Prenatal, captadas por las Unidades Básicas de Atención (red fija o itinerante).	Hoja HCPB, Tarjeta de Control Prenatal
3	Porcentaje de mujeres embarazadas con 2da dosis o Refuerzo de TT, TD o Tdap (vacunación adecuada según la norma).	Numerador: Número de mujeres embarazadas con 2ª dosis o refuerzo de TT, TD o Tdap. Denominador: Total de mujeres embarazadas captadas en la población beneficiaria.	Se considerarán aquellas embarazadas que han sido ingresadas al programa de control prenatal, captadas por las Unidades Básicas de Atención (red fija o itinerante). Se considera como vacunación adecuada aquella establecida por el Programa Ampliado de Inmunizaciones de Panamá.	Hoja HCPB, Tarjeta de Control Prenatal, Tarjeta de Vacunación
4	Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.	Numerador: Número de partos atendidos por personal capacitado en el periodo evaluado. Denominador: Total de mujeres embarazadas en la población beneficiaria que en el cuatrimestre hayan tenido su parto.	Se considerará partos atendidos por personal capacitado, aquellos atendidos por un médico, enfermera, auxiliar o ayudante de salud.	Hoja HCPB, Tarjeta de Control Prenatal, Libro Record de Parto

Nº	INDICADOR SELECCIONADO MINSA	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR SELECCIONADO	FUENTE
5	Porcentaje de mujeres de 20 años y más que se les realiza una toma de muestra de citología cérvico-vaginal anual.	Numerador: Número de mujeres de 20 años y más con toma de muestra de citología cérvico vaginal en los doce meses anteriores a la finalización del cuatrimestre. Denominador: Total de mujeres de 20 años y más en la población beneficiaria.	Se considerarán a las mujeres de 20 años y más durante el período de prestación del servicio, a las que se les realice la toma de muestra de citología cérvico vaginal anual o se verifique que tiene el control anual vigente.	Expediente Clínico, Tarjeta de Control de Citología
6	Porcentaje de niños y niñas con un año de edad cumplido que cuenten con 4 o más controles de crecimiento y desarrollo.	Numerador: Número de niños y niñas con un año de edad cumplido durante el cuatrimestre, con 4 o más controles de crecimiento y desarrollo. Denominador: Total de niños y niñas de la población beneficiaria que hayan cumplido un año durante el cuatrimestre evaluado.	Niños y niñas que hayan cumplido un año durante el periodo de prestación de servicios y que tengan cuatro o más registros de control de crecimiento y desarrollo realizados para la edad correspondiente.	Expediente Clínico, Tarjetas de Control de Crecimiento y Desarrollo
7	Porcentaje de niños y niñas con un año cumplido con esquema de vacunación completo para su edad.	Numerador: Número de niños y niñas que hayan cumplido un año durante el cuatrimestre con esquema de vacunación completo para su edad. Denominador: Total de niños y niñas en la población beneficiaria que hayan cumplido un año durante el cuatrimestre.	Se considerarán todos los niños y niñas que hayan cumplido un año durante el período de prestación de servicios y que tengan el esquema completo. Se considerará que un niño o niña ha completado su esquema de vacunación si se le han aplicado las siguientes dosis: ● Recién Nacido: HEPATITIS B y BCG. ● 1ª dosis de Polio, Pentavalente, Neumococo y Rotavirus (2 meses de edad). ● 2ª dosis de Polio, Pentavalente, Neumococo (4 meses de edad). ● 3ª dosis de Polio, Pentavalente (6 meses de edad). ● 2ª dosis de Rotavirus (antes de 8 meses de edad)	Expediente Clínico y Tarjeta de Vacunación
8	Porcentaje de niños y niñas con 2, 3, 4 y 5 años cumplidos que tienen al menos dos controles de crecimiento y desarrollo realizados durante el período de prestación evaluado.	Numerador: Número de niños y niñas que hayan cumplido 24, 36, 48 o 60 meses durante el cuatrimestre de prestación de servicios y que tengan dos o más controles de crecimiento y desarrollo durante los últimos 11 meses. Denominador: Total de niños y niñas que hayan cumplido 24, 36, 48 o 60 meses durante el cuatrimestre de prestación de servicios en la población beneficiaria.	Se considerarán aquellos niños y niñas entre 2 y 5 años de edad que tengan dos (2) registros de control de crecimiento y desarrollo, realizados para la edad correspondiente.	Expediente Clínico, Tarjetas de Control de Crecimiento y Desarrollo

Nº	INDICADOR SELECCIONADO MINSA	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR SELECCIONADO	FUENTE
9	Porcentaje de niños y niñas con 2, 3, 4 y 5 años cumplidos con esquema de vacunación completo para su edad.	Numerador: Número de niños y niñas que hayan cumplido 24, 36, 48 o 60 meses con esquema de vacunación completo para su edad. Denominador: Total de niños y niñas de la población beneficiaria que hayan cumplido 24, 36, 48 o 60 meses durante el cuatrimestre en evaluación.	Se considerarán todos los niños y niñas que hayan cumplido de dos años hasta cinco años de edad durante el período de prestación de servicios y que tengan el esquema completo para su edad. El esquema es el siguiente: • 12 meses de edad: las aplicadas en el período de edad anterior más MMR, Neumococo, Hepatitis A. • Entre 18 meses y 47 meses de edad: las aplicadas en los períodos de edad anterior más Polio, Tetravalente, MMR y Hepatitis A. • Entre 48 meses y 59 meses de edad: las aplicadas en el período de edad anterior más el refuerzo de Polio y DPT.	Expediente Clínico, Tarjeta de Vacunación
10	Porcentaje de sintomáticos respiratorios captados	Numerador: Número sintomáticos respiratorios captados. Denominador: Sintomáticos respiratorios esperados en la población beneficiaria.	Se considera sintomático respiratorio a todo individuo con más de 14 días con tos con expectoración captada por las Unidades Básicas de Atención. Los sintomáticos respiratorios esperados son el 1% del total de consultas de Medicina General durante el cuatrimestre evaluado.	Tarjeta de Registro y Seguimiento, Expediente Clínico y Libro de Registro de Laboratorio
11	Porcentaje de pacientes hipertensos captados que han recibido el tratamiento según la norma del MINSA.	Numerador: Número de pacientes hipertensos captados que han recibido el tratamiento según la norma del MINSA. Denominador: Número de pacientes hipertensos captados	Se entiende como paciente hipertenso en tratamiento según las normas del MINSA, aquellos que mantengan tratamiento medicamentoso ininterrumpido mensualmente (en cada visita del EBS el paciente debe recibir medicamentos para una duración de 60 días) desde el momento de su captación.	Expediente Clínico, Tarjeta de Registro y Seguimiento
12	Porcentaje de pacientes diabéticos captados que han recibido el tratamiento según la norma del MINSA.	Numerador: Número de pacientes diabéticos captados que han recibido tratamiento según la norma del MINSA Denominador: Número de pacientes diabéticos captados	Se entiende como paciente diabético en tratamiento según las normas del MINSA, aquellos que mantengan tratamiento medicamentoso ininterrumpido mensualmente (en cada visita del EBS el paciente debe recibir medicamentos para una duración de 60 días) desde el momento de su captación.	Expediente Clínico, Tarjeta de Registro y Seguimiento

Nº	INDICADOR SELECCIONADO MINSA	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR SELECCIONADO	FUENTE
1	Porcentaje de mujeres embarazadas que al final del 3er trimestre de gestación hayan completado al menos 5 controles prenatales (por lo menos 1 por cada trimestre de gestación).	Numerador: Número de mujeres embarazadas que tuvieron su parto en el cuatrimestre evaluado y se le hayan realizado 5 controles prenatales (por lo menos 1 por cada trimestre de gestación). Denominador: Total de mujeres embarazadas en la población beneficiaria que en el cuatrimestre hayan tenido su parto.	Se considerarán aquellas embarazadas que hayan sido ingresadas al Programa de Control Prenatal, captadas por las Unidades Básicas de Atención (red fija o itinerante) y que hayan completado, como mínimo, cinco (5) controles al final del tercer trimestre del embarazo.	Hoja HCPB, Tarjeta de Control Prenatal, Libro Record de Parto
2	Porcentaje de mujeres embarazadas captadas antes de la semana 13 de gestación.	Numerador: Número de mujeres embarazadas captadas antes de la semana 13 de gestación del cuatrimestre evaluado. Denominador: Número de mujeres embarazadas captadas en el cuatrimestre evaluado.	Se considerarán aquellas embarazadas que hayan sido ingresadas Programa de Control Prenatal, captadas por las Unidades Básicas de Atención (red fija o itinerante).	Hoja HCPB, Tarjeta de Control Prenatal, Libro Record de Parto
3	Porcentaje de mujeres embarazadas con 2da dosis o Refuerzo de TT, TD o Tdap (vacunación adecuada según la norma).	Numerador: Número de mujeres embarazadas con 2ª dosis o refuerzo de TT, TD o Tdap. Denominador: Total de mujeres embarazadas captadas en la población beneficiaria.	Se considerarán aquellas embarazadas que han sido ingresadas al programa de control prenatal, captadas por las Unidades Básicas de Atención (red fija o itinerante). Se considera como vacunación adecuada aquella establecida por el Programa Ampliado de Inmunizaciones de Panamá.	Hoja HCPB, Tarjeta de Control Prenatal, Tarjeta de Vacunación
4	Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.	Numerador: Número de partos atendidos por personal capacitado en el periodo evaluado. Denominador: Total de mujeres embarazadas en la población beneficiaria que en el cuatrimestre hayan tenido su parto.	Se considerará partos atendidos por personal capacitado, aquellos atendidos por un médico, enfermera, auxiliar o ayudante de salud.	Hoja HCPB, Tarjeta de Control Prenatal, Libro Record de Parto
5	Porcentaje de mujeres de 20 años y más que se les realiza una toma de muestra de citología cérvico-vaginal anual.	Numerador: Número de mujeres de 20 años y más con toma de muestra de citología cérvico vaginal en los 12 meses anteriores al final del cuatrimestre. Denominador: Total de mujeres de 20 años y más en la población beneficiaria.	Se considerarán a las mujeres de 20 años y más durante el período de prestación del servicio, a las que se les realice la toma de muestra de citología cérvico vaginal anual o se verifique que tiene el control anual vigente.	Expediente Clínico, Tarjeta de Control de Citología
6	Porcentaje de niños y niñas con un año de edad cumplido que cuenten con 5 o más controles de crecimiento y desarrollo.	Numerador: Número de niños y niñas con un año de edad cumplido durante el cuatrimestre, con 5 o más controles de crecimiento y desarrollo. Denominador: Total de niños y niñas de la población beneficiaria que hayan cumplido un año durante el cuatrimestre evaluado.	Niños y niñas que hayan cumplido un año durante el periodo de prestación de servicios y que tengan cinco o más registros de control de crecimiento y desarrollo realizados para la edad correspondiente.	Expediente Clínico, Tarjetas de Control de Crecimiento y Desarrollo

Nº	INDICADOR SELECCIONADO MINSA	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR SELECCIONADO	FUENTE
7	Porcentaje de niños y niñas con un año cumplido con esquema de vacunación completo para su edad.	<p>Numerador: Número de niños y niñas que hayan cumplido un año durante el cuatrimestre con esquema de vacunación completo para su edad.</p> <p>Denominador: Total de niños y niñas en la población beneficiaria que hayan cumplido un año durante el cuatrimestre.</p>	<p>Se considerarán todos los niños y niñas que hayan cumplido un año durante el período de prestación de servicios y que tengan el esquema completo.</p> <p>Se considerará que un niño o niña ha completado su esquema de vacunación si se le han aplicado las siguientes dosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recién Nacido: HEPATITIS B y BCG. ● 1ª dosis de Polio, Pentavalente, Neumococo y Rotavirus (2 meses de edad). ● 2ª dosis de Polio, Pentavalente, Neumococo (4 meses de edad). ● 3ª dosis de Polio, Pentavalente (6 meses de edad). ● 2ª dosis de Rotavirus (antes de 8 meses de edad) 	Expediente Clínico, Tarjeta de Vacunación
8	Porcentaje de niños y niñas con 2, 3, 4 y 5 años cumplidos que tienen al menos dos controles de crecimiento y desarrollo realizados durante el período de prestación evaluado.	<p>Numerador: Número de niños y niñas que hayan cumplido 24, 36, 48 o 60 meses durante el cuatrimestre de prestación de servicios y que tengan dos o más controles de crecimiento y desarrollo durante los últimos 11 meses.</p> <p>Denominador: Total de niños y niñas que hayan cumplido 24, 36, 48 o 60 meses durante el cuatrimestre de prestación de servicios en la población beneficiaria.</p>	Se considerarán aquellos niños y niñas entre 2 y 5 años de edad que tengan dos (2) registros de control de crecimiento y desarrollo, realizados para la edad correspondiente.	Expediente Clínico, Tarjetas de Control de Crecimiento y Desarrollo
9	Porcentaje de niños y niñas con 2, 3, 4 y 5 años cumplidos con esquema de vacunación completo para su edad.	<p>Numerador: Número de niños y niñas que hayan cumplido 24, 36, 48 o 60 meses con esquema de vacunación completo para su edad.</p> <p>Denominador: Total de niños y niñas de la población beneficiaria que hayan cumplido 24, 36, 48 o 60 meses durante el cuatrimestre en evaluación.</p>	<p>Se considerarán todos los niños y niñas que hayan cumplido de dos años hasta cinco años de edad durante el período de prestación de servicios y que tengan el esquema completo para su edad.</p> <p>El esquema es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 12 meses de edad: las aplicadas en el período de edad anterior más MMR, Neumococo, Hepatitis A. ● Entre 18 meses y 47 meses de edad: las aplicadas en los períodos de edad anterior más Polio, Tetravalente, MMR y Hepatitis A. ● Entre 48 meses y 59 meses de edad: las aplicadas en el período de edad anterior más el refuerzo de Polio y DPT. 	Expediente Clínico, Tarjeta de Vacunación
10	Porcentaje de sintomáticos respiratorios captados.	<p>Numerador: Número sintomáticos respiratorios captados.</p> <p>Denominador: Sintomáticos respiratorios esperados en la población beneficiaria.</p>	<p>Se considera sintomático respiratorio a todo individuo con más de 14 días con tos con expectoración captada por las Unidades Básicas de Atención (red itinerante).</p> <p>Los sintomáticos respiratorios esperados son el 1% del total de consultas de Medicina General durante el cuatrimestre evaluado.</p>	Tarjeta de Registro y Seguimiento, Expediente Clínico y Libro de Registro de Laboratorio

Nº	INDICADOR SELECCIONADO MINSA	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR SELECCIONADO	FUENTE
11	Porcentaje de pacientes hipertensos captados que han recibido el tratamiento según la norma del MINSA.	Numerador: Número de pacientes hipertensos captados que han recibido el tratamiento según la norma del MINSA. Denominador: Número de pacientes hipertensos captados	Se entiende como paciente hipertenso en tratamiento según las normas del MINSA, aquellos que mantengan tratamiento medicamentoso ininterrumpido mensualmente (en cada visita del EBS el paciente debe recibir medicamentos para una duración de 60 días) desde el momento de su captación.	Expediente Clínico, Tarjeta de Registro y Seguimiento
12	Porcentaje de pacientes diabéticos captados que han recibido el tratamiento según la norma del MINSA.	Numerador: Número de pacientes diabéticos captados que han recibido tratamiento según la norma del MINSA Denominador: Número de pacientes diabéticos captados	Se entiende como paciente diabético en tratamiento según las normas del MINSA, aquellos que mantengan tratamiento medicamentoso ininterrumpido mensualmente (en cada visita del EBS el paciente debe recibir medicamentos para una duración de 60 días) desde el momento de su captación.	Expediente Clínico, Tarjeta de Registro y Seguimiento

La evaluación de los indicadores 11 y 12 son sujetos de análisis, no obstante no están asociados a transferencias monetarias.

Los denominadores de cada indicador están relacionados con la población beneficiaria total en cada uno de los grupos poblacionales de responsabilidad de las DRS y son la base numérica de los EBS para desarrollar estrategias encaminadas a alcanzar las metas cuatrimestrales, pactadas entre la UBA y el MINSA. Los numeradores representan el avance en cada indicador y son datos que son alimentados cuatrimestralmente. Estos datos surgen de la provisión de los servicios a la población beneficiaria de la CPP y son verificados por el MINSA y la ATE.

Cada indicador tiene metas cuatrimestrales que serán monitorizadas y analizadas. Estas metas, de forma acumulada, constituyen la meta anual de cumplimiento para cada indicador. El monitoreo y análisis de cada uno requiere la identificación de los beneficiarios que, al finalizar cada cuatrimestre, cumplan con todos los elementos técnicos señalados en cada numerador y que, por tanto, hayan recibido adecuadamente los servicios pactados.

La DPSS elaborará un informe por grupo poblacional que contenga los reportes de las UBA y los resultados de la evaluación realizada por la propia DPSS y verificado por la UGSAF.

En caso de discrepancias entre los informes de la UBA y la DPSS, prevalecerá el informe de la DPSS verificado por la UGSAF. En caso de reclamación, la DPSS y/o la UGSAF podrán solicitar evaluaciones adicionales por parte de la ATE. La DPSS y la UGSAF evaluarán la conveniencia de realizar dichas reevaluaciones.

Los indicadores cuyo cumplimiento está supeditado a la entrega previa de los insumos médicos y de medicamentos por parte de las autoridades responsables (DPSS y Dirección Regional de Salud) durante todos los meses de la vigencia del convenio, serán evaluados según su entrega oportuna y adecuada por el MINSA.

En aquellos casos en los que los insumos médicos y medicamentos no sean entregados como fuera establecido, no se penalizará a la UBA.

La medición de los resultados alcanzados en los diferentes indicadores de evaluación se contrastará con las metas convenidas. De este modo, se premiará el cumplimiento de los resultados previstos. Cuando la UBA no haya alcanzado un grado de cumplimiento de al menos cuatro (4) de las metas establecidas durante dos (2) cuatrimestres consecutivos, el MINSA solicitará un plan de acción para corregir la situación, cuyo incumplimiento acarreará las sanciones y penalidades.

C – Indicadores de Monitoreo de Desempeño de la Gestión para la Red Fija

La DPSS en conjunto con las Direcciones Regionales de Salud, realizarán el monitoreo de los Indicadores de Desempeño de la Gestión en las Unidades Básicas de Atención Fijas pertenecientes a su red de servicios. A través del monitoreo de dichos indicadores se podrá realizar una valoración de la gestión en la UBA fija y tomar medidas correctivas oportunas, ya que el desempeño técnico de la red de servicios depende en gran parte de una gestión administrativa efectiva.

Para el monitoreo de estos indicadores; los equipos supervisores nacionales, regionales y locales deberán solicitar al Equipo de Gestión en conjunto con el director médico de la instalación; reportes del estado actual y avances en cada uno de los cinco indicadores.

INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN PARA LA RED FIJA		
1	Porcentaje de nominalización de la población beneficiaria del 1º nivel de atención.	Base de Datos- Módulo Padrón de Beneficiarios
2	Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en las UBA's según el cuadro básico para el 1º nivel de atención.	Informe Cuatrimestral de la UBA
3	Uso del sistema de información de la EFC para la determinación de logros de resultados de los proveedores de servicios de atención primaria.	Base de Datos- Sistema de Información EFC
4	Inventario de Recursos de las UBA's actualizado.	Informe Cuatrimestral de la UBA
5	Plan de habilitación de las UBA's en implementación.	Informe Cuatrimestral de la UBA

D – Logros en Indicadores de Impacto

El MINSA busca determinar la efectividad de la EFC en el mejoramiento del estado de salud de la población beneficiaria priorizando el estado nutricional en la población indígena, para lo cual se desarrollará una evaluación de impacto.

Como mínimo, los aspectos que verificará la evaluación de impacto incluyen los efectos del fortalecimiento de los servicios de salud y nutrición, en:

- 1 El estado de salud de la población en general y, en específico, del grupo materno infantil.
- 2 El estado nutricional de los menores de 5 años y embarazadas.
- 3 La demanda por servicios básicos de salud y nutrición contenidos en la CPP.
- 4 El acceso a los servicios básicos de salud y nutrición, brindados por el EBS y el acceso a la red fija del primer nivel de atención.
- 5 Las prácticas y conductas alimentarias de los menores de 5 años y embarazadas.
- 6 El empoderamiento de la población.

Adicionalmente a los doce (12) indicadores de evaluación y a las coberturas por ronda, la evaluación de impacto medirá los siguientes indicadores:

- 1 Tasa de mortalidad materna.
- 2 Tasa de mortalidad infantil y en menores de 5 años.
- 3 Tasa de morbilidad por EDA en los menores de 5 años.
- 4 Tasa de morbilidad por IRA en los menores de 5 años.
- 5 Tasa de desnutrición crónica de niños y niñas menores de 5 años, en relación con la línea de base.

A – Auditoría Técnica (ATE)

La ATE constituye el mecanismo a través del cual el MINSA busca la verificación y emisión de una opinión profesional independiente sobre la ejecución de la EFC, a través de la provisión de la CPP. La ATE contempla, como mínimo, la verificación de los siguientes aspectos:

- 1 Integridad, veracidad y certificación en la consistencia del padrón de población beneficiaria y su consistencia en el sistema de información.
- 2 Alcance de los resultados de los indicadores de cobertura de ronda y monitoreo y evaluación.
- 3 Uso y administración de las transferencias de fondos realizadas a las Regiones de Salud para la provisión de la CPP por las UBA's.
- 4 Integridad, veracidad y consistencia de los pagos realizados por la provisión de la CPP a las UBA's y que correspondan con los resultados alcanzados.
- 5 Conformidad de la provisión de los servicios de salud prestados con la CPP, los manuales, reglamentos, guías y protocolos por parte de las UBA's.
- 6 Cumplimiento de los compromisos de gestión por parte de las DRS y sus UBA's.
- 7 Cualquier acto, hecho o indicio u omisión que pueda configurarse como una práctica prohibida en el cumplimiento de las disposiciones del contrato de préstamo con el Banco.

Es responsabilidad de la ATE emitir conclusiones y recomendaciones para la mejora de los procesos involucrados en la ejecución de la EFC mediante la provisión de la CPP. Las UBA's facilitarán toda la ayuda e información que de ellas se requiera para que esta auditoría sea eficaz.

La realización de la ATE estará a cargo de una firma consultora seleccionada mediante proceso competitivo aprobado por el Banco.

B – Auditoría Social (AS)

La Auditoría Social de la Cartera de Prestaciones Priorizada - CPP, es un mecanismo de seguimiento y evaluación a través del cual las comunidades podrán valorar el grado de satisfacción en cuanto a los servicios entregados por los equipos básicos de salud.

Objetivos de la Auditoría Social:

- 1 Lograr que las comunidades participen activamente con los equipos básicos de salud para obtener el máximo aprovechamiento de los servicios de salud que están llegando a sus comunidades.
- 2 Informar en qué consiste la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas a la comunidad – CPP.
- 3 Estimular los aspectos positivos de los servicios básicos de salud que se prestan.
- 4 Analizar situaciones que han limitado o dificultado la entrega de los servicios básicos de salud, a través de la CPP.
- 5 Establecer estrategias de mejoramiento en cuanto la provisión de los servicios básicos de salud.

Forma de Operación de la Auditoría Social:

1 ¿Quién realizará la Auditoría Social?

La Auditoría Social la realizará representantes de organizaciones comunitarias constituidas que reciben la CPP. Estas organizaciones comunitarias serán identificadas y caracterizadas mediante un proceso de prospección en cada grupo poblacional objeto de entrega de los servicios básicos de salud; posteriormente cada grupo asignará por escrito al MINSA un representante que se llamará “Auditor(a) Social” y conformará parte de una Comisión de Auditoría Social por el periodo de un año, con la posibilidad de ser nuevamente indicado. En caso de que el grupo decida reemplazar su representante antes del término del mandato (un año); deberá hacer por escrito al MINSA e informar su reemplazo. La responsabilidad del proceso de Auditoría Social, es de la Región de Salud y el mismo será facilitado desde el nivel nacional por la DPSS y la DIGESA. La UGSAF apoyará de forma permanente el proceso. La Auditoría social debe ser desarrollada en el marco de la metodología aprobada y validada.

2 ¿Cada cuánto tiempo se realizará la Auditoría Social?

La Auditoría Social será una actividad continua en acompañamiento a la provisión de los servicios de salud. La metodología propone dos momentos para aplicar la auditoría social:

- A- **Auditoría Social de Proceso:** Aplicada en el momento y lugar donde el Equipo Básico de Salud esté prestando atención.
 - Se aplica dos (2) veces al año, utilizando instrumento apropiado (Formulario 1).
 - Se entrevista con el “Formulario 1” a cinco (5) usuarios(a) que fueron y recibieron atención del EBS.
 - Se envía el “Formulario 1” llenado con las entrevistas en un sobre cerrado hacia al Coordinador(a) Regional de AS (MINSA).
- B- **Auditoría Social Anual:** Aplicada con los Miembros del Grupo Organizado que representa el Auditor(a) Social.
 - Se aplica una (1) vez al año, utilizando instrumento apropiado (Formulario 1).
 - Se entrevista con el “Formulario 1” a cinco (5) usuarios(a) que fueron y recibieron atención del EBS.
 - Se guarda el “Formulario 1” llenado con las entrevistas para llevar a la Reunión de Evaluación Anual de Auditoría Social.

3 ¿Cómo y Cuando se realizará la Reunión de Evaluación Anual de Auditoría Social?

La metodología utilizada señala que los miembros de cada Comisión de Auditoría Social deben ser convocados previamente por el MINSA para participar de la Reunión de Evaluación Anual y que deben traer consigo el “Formulario 1” llenado con las entrevistas que aplico a los miembros del grupo que representa. Durante la reunión los pasos son:

- A- La actividad será conducida por el Coordinador(a) Regional de Auditoría Social (MINSA)
- B- Cada Auditor(a) Social reflejara en el “Formulario 2” el resultado de la suma del total de respuestas “Sí” y la suma del total de personas entrevistadas.
- C- Después que todos los Auditores(a) Sociales reflejan los resultados, se promediará el resultado generando un puntaje que será conferido a los servicios que se prestan en la comunidad por el EBS.
- D- Se propiciará una discusión entre los participantes de la reunión sobre temas de cómo mejorar la prestación y el rol de cada en los planteamientos.
- E- Producto de la discusión se confeccionará el Plan de Acción Anual, donde todos los participantes lo firmarán.

4 ¿Quién participará de la Reunión de Evaluación Anual de Auditoría Social?

El MINSA a través del Coordinador(a) Regional de AS, invitará a participar de la Reunión de Evaluación Anual de Auditoría Social los siguientes actores:

- A- Miembros de la Comisión de Auditoría Social (compuesta por los Auditores(a) Sociales).
- B- El equipo de salud que brinda la atención en la comunidad (EBS) y personal técnico ó administrativo del prestatario.
- C- Coordinador(a) Regional de Auditoría Social del MINSA.
- D- Un representante constituido a nivel municipal o del corregimiento.

5 ¿Qué productos se generan en la Reunión de Evaluación Anual de Auditoría Social?

- A- Informe de valoración con su respectivo puntaje (formulario 2).
- B- Plan de Acción Anual.

La Auditoría Social forma parte integral del sistema de seguimiento y evaluación del desempeño del programa. Cada Comisión de Auditoría Social, que represente a un grupo poblacional emitirá posteriormente a la Reunión de Evaluación Anual un informe que refleja el puntaje obtenido. Este informe es equivalente al pago del 5% del contrato anual con el prestador de los servicios. Para que se haga el pago, se determinó los siguientes criterios:

PUNTAJE	PAGO DE LOS 5%
4 a 5	Se paga 100% de los 5%
3 a < 4	Se paga 60% de los 5%
< de 3	No se paga los 5%

La EFC se fundamenta en un modelo de financiamiento per cápita. La cápita es el estimado del monto promedio necesario para cubrir los costos de asegurar el acceso a la CPP para cada individuo de la población beneficiaria de la región de salud correspondiente durante un año. Este per cápita sirve para el cálculo de los pagos que el MINSA realiza a las UBA por la provisión de la CPP a la población adscrita en el CDG.

A – Cápita

La cápita es diferenciada por UBA dado los requerimientos adicionales que se presentan en cada una como lo son transporte, el número de beneficiarios adscritos a cada una, entre otros.

Para la determinación del monto de los convenios con las DRS, la cápita de referencia se multiplica por el número de población beneficiaria para cada grupo poblacional. Al término de cada cuatrimestre se actualizará la población beneficiaria de acuerdo al Padrón de Población Certificado por la ATE. Los ajustes que conlleve esta actualización al monto del convenio se realizarán mediante adendas y en ningún momento tendrán efectos retroactivos.

NOTAS:



- 1- Para unidades básicas combinadas donde el padrón de población beneficiaria sea menor de 3,800 habitantes, se tomará dicha cifra como base para efectos del financiamiento.
- 2- En las UBA's de modo de prueba no aplica pago capitado.

Progresivamente el MINSA y el Banco acordarán la entrada de nuevas UBA's al modo capitado previo análisis del desempeño de las DRS y el grado de implementación alcanzado con las UBA's que inician el modelo. Los resultados de la evaluación se incorporarán en los Convenios de Gestión o en las actualizaciones del presente RO.

B – Sistema de Pago

A cada UBA se le pagará por ronda efectuada, previa presentación del informe de ronda a la DRS, aprobado por la DPSS y verificado por la UGSAF, en base al logro de las coberturas alcanzadas por ronda. Cuatrimestralmente, se realizará la evaluación de los indicadores de desempeño y se pagará la parte asociada a éstos dependiendo de los resultados de la evaluación. Al final del contrato, se realizará la auditoría social, sobre cuyos resultados se pagará la porción asociada a ésta.

El monto total del convenio con cada DRS será establecido por cada UBA contratada según grupo poblacional y será dividido en:

-  Sesenta y cinco por ciento (65%) de transferencia fija a pagar por el logro de las coberturas por ronda.
-  Treinta y cinco por ciento (35%) de transferencia complementaria dividida en treinta por ciento (30%) a pagar por el logro de las metas de los indicadores de desempeño y cinco por ciento (5%) a pagar por los resultados de la auditoría social.

No obstante, se realizará un pago inicial, en concepto de anticipo, por una cantidad equivalente al treinta por ciento (30%) del monto total del convenio, el cual se deducirá de los pagos correspondientes al logro de las coberturas por ronda, hasta tanto el anticipo se haya amortizado en su totalidad.

1

PAGO INICIAL (Anticipo)

El treinta por ciento (30%) del monto total del convenio, que se pagará a su firma por ambas partes.

2

PAGO POR RONDA

El sesenta y cinco por ciento (65%) del monto total del convenio está destinado a pagar las visitas efectivamente realizadas por la UBA a las comunidades, cumpliendo con el cronograma aprobado para la provisión efectiva de la CPP, según los protocolos de atención y las disposiciones establecidas en el presente RO.

El sesenta y cinco por ciento (65%) del monto total del convenio será dividido en seis (6) pagos, que corresponden a las seis (6) Rondas / Bimestre que debe realizar la UBA en la vigencia del convenio. El pago para la primera ronda será el equivalente al quince por ciento (15%) del monto del convenio y el pago de las restantes cinco (5) Rondas / Bimestre (2ª, 3ª, 4ª, 5ª y 6ª ronda) será el equivalente al diez por ciento (10%) del monto del convenio.

2.1 CONDICIONES PARA EL PAGO POR RONDA EN CADA GRUPO POBLACIONAL

Si en cada ronda la UBA no cumple con:

- El 85% de comunidades atendidas.
- El 80% de población protegida.
- El 50% de población atendida general del total de población protegida para la ronda evaluada.
- El 80% de población atendida menor de 24 meses.
- Se brindaron al menos 38 días de atención directa a la población, de acuerdo a las visitas del cronograma aprobado. En caso de la Región de Salud de Kuna Yala 32 días de atención directa a la población.

Se hará un ajuste al monto total que se ha de pagar por ronda en función de la cobertura efectiva de comunidades atendidas, población protegida, población atendida general, población atendida menor de 24 meses y días directos de atención a la población, de acuerdo con el siguiente cuadro:

2.2 CÁLCULO DEL AJUSTE DEL PAGO POR CADA RONDA SEGÚN LA COBERTURA DE COMUNIDADES, POBLACIÓN PROTEGIDA, POBLACIÓN ATENDIDA Y DÍAS DE ATENCIÓN

COBERTURA				DÍAS DE ATENCIÓN	PAGO
COMUNIDADES	POBLACIÓN PROTEGIDA	POBLACIÓN ATENDIDA			
		GENERAL	MENOR DE 24 MESES		
85 – 100%	80 – 100%	50 – 100%	80 – 100%	Igual o mayor a 38 días	100%
76 – 84%	72 – 79%	45 – 49%	72 – 79%	Menor a 38 días, igual a 34 días	90%
67 – 75%	64 – 71%	40 – 44%	64 – 71%	Menor a 34 días, igual a 30 días	80%
58 – 66%	56 – 63%	35 – 39%	56 – 63%	Menor a 30 días, igual a 26 días	70%
49 – 57%	48 – 55%	30 – 34%	48 – 55%	Menor a 26 días, igual a 22 días	60%
40 – 48%	40 – 47%	25 – 29%	40 – 47%	Menor a 22 días, igual a 18 días	50%
31 – 39%	32 – 39%	20 – 24%	32 – 39%	Menor a 18 días, igual a 14 días	40%
22 – 30%	24 – 31%	15 – 19%	24 – 31%	Menor a 14 días, igual a 10 días	30%
13 – 21%	16 – 23%	10 – 14%	16 – 23%	Menor a 10 días, igual a 6 días	20%
4 – 12%	8 – 15%	5 – 9%	8 – 15%	Menor a 6 días, igual a 2 días	10%

Para el cálculo del ajuste del porcentaje de la cobertura efectiva de comunidades atendidas, el porcentaje de población protegida, el porcentaje de población atendida general, población atendida menor de 24 meses y el número de días directos de atención a la población están comprendidos en la misma fila del cuadro, para aplicar el porcentaje señalado en la columna de pago correspondiente a dicha fila. Si no es así, el ajuste será el de la fila en que esté incluida la menor cobertura alcanzada.

Para el pago del ciento por ciento (100%) de las sumas destinadas para cada ronda, se requiere como mínimo el 85% de las comunidades atendidas que representen el 80% de la población protegida, cuya población atendida general sea del 50% del total de población protegida para la ronda evaluada, el 80% de la población menor de 24 meses fue atendida mediante un control de crecimiento y desarrollo y al menos un monitoreo del crecimiento y se hayan brindado 38 días de atención directa a la población.

Cuando la cobertura de comunidades sea menor del 40%, o la cobertura de población protegida sea menor del 40%, o la cobertura de población atendida general sea menor del 25%, o la cobertura de población atendida menor de 24 meses sea inferior del 40% o el número de días directos de atención a la población sea menor de veintidós (22) días, el MINSA podrá comunicar a la UBA, mediante nota, su voluntad de rescindir el convenio, por incumplimiento del cronograma de prestación de los servicios de la CPP, para lo cual se seguirá el procedimiento establecido en el convenio.

En el caso de la Región de Kuna Yala se aplicará la siguiente tabla:

COBERTURA				DÍAS DE ATENCIÓN	PAGO
COMUNIDADES	POBLACIÓN PROTEGIDA	POBLACIÓN ATENDIDA			
		GENERAL	MENOR DE 24 MESES		
85 – 100%	80 – 100%	50 – 100%	80 – 100%	Igual o mayor a 32 días	100%
76 – 84%	72 – 79%	45 – 49%	72 – 79%	Menor a 32 días, igual a 29 días	90%
67 – 75%	64 – 71%	40 – 44%	64 – 71%	Menor a 29 días, igual a 26 días	80%
58 – 66%	56 – 63%	35 – 39%	56 – 63%	Menor a 26 días, igual a 23 días	70%
49 – 57%	48 – 55%	30 – 34%	48 – 55%	Menor a 23 días, igual a 20 días	60%
40 – 48%	40 – 47%	25 – 29%	40 – 47%	Menor a 20 días, igual a 17 días	50%
31 – 39%	32 – 39%	20 – 24%	32 – 39%	Menor a 17 días, igual a 14 días	40%
22 – 30%	24 – 31%	15 – 19%	24 – 31%	Menor a 14 días, igual a 11 días	30%
13 – 21%	16 – 23%	10 – 14%	16 – 23%	Menor a 11 días, igual a 8 días	20%
4 – 12%	8 – 15%	5 – 9%	8 – 15%	Menor a 8 días, igual a 5 días	10%

La determinación del monto que se ha de pagar se realizará a través del cálculo de las coberturas alcanzadas en base a los informes de ronda presentados por la UBA a la Dirección Regional y el informe de evaluación de la DPSS.

En resumen, las deducciones aplicables a los pagos por ronda de la UBA son las siguientes:

- Deducciones por comunidades no visitadas.
- Deducciones por población no protegida.
- Deducciones por población no atendida general y menor de 24 meses
- Deducciones por los días de atención directa a la población no brindados.

3**PAGO POR LOGROS EN INDICADORES DE EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL**

Adicionalmente a los pagos por ronda, se pagará por el logro, por parte de la UBA, de metas en los indicadores de desempeño para cada grupo poblacional. La cifra máxima a pagar por este concepto será del treinta por ciento (30%) del monto total del convenio y se dividirá en tres (3) pagos iguales correspondientes a la evaluación cuatrimestral del logro de las metas alcanzadas.

Para determinar el logro alcanzado en las metas acordadas, la DPSS realizará la evaluación correspondiente y determinará el resultado logrado por la UBA para cada indicador, según lo indicado en el Capítulo 11, Acápito C “Logros en las metas de indicadores de evaluación cuatrimestral” del presente RO.

Para determinar el importe del pago que corresponde a la UBA al finalizar el cuatrimestre en evaluación, en concepto del logro de indicadores en base a la meta cuatrimestral acordada entre el MINSA y la UBA, se tomarán en consideración los resultados de cada indicador si han alcanzado la meta o no. En caso de no alcanzar la meta, se le asignará una proporción del valor ponderal del indicador, por lo cual, el porcentaje de pago será el correspondiente a la suma de los valores ponderables de los indicadores que hayan alcanzado la meta, multiplicado por el porcentaje de pago correspondiente. Para tales efectos, se aplica la siguiente tabla:

PORCENTAJE DE META ALCANZADA	PROPORCIÓN PAGO
100%	100%
90% - 99%	90%
80% - 89%	80%
70% - 79%	70%
60% - 69%	60%
50% - 59%	50%
Menos de 50%	0%

4**PAGO POR AUDITORÍA SOCIAL**

El pago del 5% del importe del convenio estará sujeto a la auditoría social cuyos resultados se conocerán al finalizar la ejecución anual de los contratos para la provisión de la CPP. La auditoría social se realiza de acuerdo a lo establecido en el Manual de Auditoría Social y lo dispuesto en el capítulo 12 del presente RO.

Al evaluarse los resultados de las encuestas, se obtienen cifras en el rango de 0 a 5 puntos. Esta última constituye la evaluación más alta.

Sólo se paga si la calificación promedio alcanza o supera el 60%, o tres (3) puntos. El pago que corresponde realizar a la UBA se determina con base al promedio (puntaje) de las evaluaciones recibidas, como se detalla la siguiente tabla:

PUNTAJE	PAGO DE LOS 5%
4 a 5	Se paga 100% de los 5%
3 a < 4	Se paga 60% de los 5%
< de 3	No se paga los 5%

1

NORMA PARA ACCEDER A LA TRANSFERENCIA POR RONDA (BIMESTRAL)

La UBA debe entregar a la DRS, dentro de los diez (10) primeros días después de la terminación de una ronda lo siguiente:

- Cuatro (4) copias del formulario de liquidación y solicitud de transferencia capitada con carácter de declaración jurada, de acuerdo al formato aprobado por la UGSAF.
- Cuatro (4) copias en soporte electrónico/óptico de:
 - El PPB inscritos a la fecha del último día de la ronda anterior.
 - El PPBC actualizado. Estas copias serán remitidas a la DRS en cuatro (4) sobres cerrados debidamente identificados y firmados por el responsable de la UBA y dejando constancia en el anverso del nombre de los firmantes y la fecha. La DRS abrirá uno (1) de los cuatro (4) sobres para efectuar sus controles correspondientes, los tres (3) restantes (junto a su cuasifactura) los remitirá a la DPSS, una vez allí, serán distribuidos de la siguiente forma: uno (1) para la DPSS, uno (1) para la UGSAF y uno (1) para la ATE.

La DRS hará entrega de esta información dentro de los cinco (5) días después de recibida por la UBA. En idéntico plazo la DRS enviará a la UGSAF:

- Una rendición de los gastos efectuados desde la cuenta especial durante el bimestre anterior, en medio electrónico/óptico incluyendo las hojas en las que consten las firmas de la máxima autoridad y los responsables de los registros de la DRS.
- Último estado de cuenta bancaria de la cuenta de la CPP. El estado de cuenta no podrá tener una antigüedad mayor a dos (2) meses.

En el caso de que el PPB de la UBA sea presentado con posterioridad al día diez (10) luego de terminada la ronda, se aplica la misma penalidad que aplica para la declaración jurada.

La fecha límite de entrega del formulario de solicitud de transferencia capitada con carácter de declaración jurada opera a los veinte (20) días hábiles siguientes del primer vencimiento. La falta de entrega habiéndose vencido la fecha límite señalada será considerada una irregularidad grave y dará lugar a las medidas de sanción tipificadas, a no ser que la UBA declare explícitamente que se abstiene de enviar el citado formulario a la DRS para el período correspondiente. La reiteración por más de tres (3) períodos de la abstención por parte de la UBA podrá resultar en la aplicación de las sanciones establecidas.

La fecha límite de entrega del padrón actualizado de la población a cargo de la UBA opera a los veinte (20) días hábiles siguientes al primer vencimiento. La falta de entrega del padrón habiéndose vencido la fecha límite señalada, será considerada una irregularidad grave y podrá dar lugar a las sanciones establecidas.

El informe de cumplimiento de metas de indicadores de evaluación se remitirá cuatrimestralmente y servirán para que la DRS solicite la transferencia complementaria. La DPSS determina el logro alcanzado y la UGSAF verifica los resultados y cuantifique el monto de la transferencia complementaria.

La UBA debe enviar a la DRS, dentro de los diez (10) días posteriores a la terminación de la 2ª, 4ª y 6ª ronda o cada cuatrimestre el informe de cumplimiento de los indicadores de evaluación:

- Cuatro (4) copias de la declaración jurada sobre cumplimiento de metas de los indicadores de evaluación, de acuerdo al formato aprobado por la DPSS.
- Cuatro (4) copias en soporte electrónico/óptico (CD, DVD) con el listado de cada una de las personas que cumple cada una de los indicadores de monitoreo y evaluación (El formato de los registros será dado por la DPSS). Las copias deberán ser remitidas en sobres cerrados y firmados por el máximo responsable de la UBA debidamente identificados y firmados dejando constancia en el anverso del nombre de los firmantes y la fecha. La DRS abrirá uno (1) de los cuatro (4) sobres para efectuar sus controles correspondientes, tres (3) de los sobres los remitirá a la DPSS, una vez allí, serán distribuidos de la siguiente forma: uno (1) para la DPSS, uno (1) para la UGSAF y uno (1) para la ATE.

La DRS entregará esta información dentro de los cinco (5) días después de recibida por la UBA.

La fecha límite de entrega de la declaración jurada a cargo de la UBA opera a los veinte (20) días hábiles siguientes al primer vencimiento. La falta de entrega habiéndose vencido la fecha límite señalada será considerada una irregularidad grave y dará lugar a las medidas de sanción tipificadas, a no ser que la UBA declare explícitamente que se abstiene de enviar el citado Formulario a la DRS para el período correspondiente. La reiteración por más de tres (3) períodos de la abstención por parte de la UBA podrá resultar en la aplicación de sanciones.

3

USO DE LAS TRANSFERENCIAS CAPITADAS

La DRS es responsable de asignar los fondos transferidos en concepto de capitas con las finalidades y restricciones previstas en el RO, el CDG, y las normas de administración del MINSA.

3.1

USO DE LAS TRANSFERENCIAS BIMESTRALES

El monto de las transferencias bimestrales para la provisión de la CPP por UBA combinada con equipos extrainstitucionales solo podrá ser utilizado para el pago de la cápita.

3.2

USO DE LOS RECURSOS DE LAS TRANSFERENCIAS POR LOGROS DE LOS INDICADORES DE EVALUACIÓN Y AUDITORÍA SOCIAL (Transferencias Complementarias Variables)

La UBA combinada con equipos extrainstitucionales debe cumplir con el plan de incentivos presentado y aprobado en el Informe Inicial.



Información Vinculada a los Incentivos Pagados a las UBA's de la CPP

En cada informe de progreso que elabora la UBA combinada con equipos extrainstitucionales por ronda debe incorporar el reporte de la ejecución de plan de incentivos.

3.3

FISCALIZACIÓN DE LOS GASTOS

La DRS deberá cumplir con los controles previos establecidos por el MINSA para lo cual la fiscalización de los gastos es llevada a través de la Contraloría General de la República.

4

CUENTA DE LA CARTERA DE PRESTACIONES PRIORIZADAS - CPP

Cada DRS tendrá la responsabilidad de la ejecución de los fondos de las transferencias capitadas a través una cuenta bancaria dispuesta exclusivamente para tal fin. Dicha cuenta bancaria será abierta en el Banco Nacional de Panamá (BNP) e internamente la DRS deberá llevar el registro contable de todos los ingresos y egresos de la cuenta según el plan de cuenta aprobado por la UGSAF. Para efectos de controles se llevará a nivel contable una (1) subcuenta correspondiente al pago de la cápita a las OE.

Al momento de liquidar las transferencias capitadas, el MINSA efectuará débitos o retenciones cuando detecte por sí o a través de la ATE, a su solo criterio, que se ha incurrido en errores, fraudulentos o no.

Los casos previstos, modo de determinación de los importes, penalidades y oportunidad de las deducciones, son los que se presentan en la tabla siguiente:

CASO	DETERMINACIÓN DEL DÉBITO	MULTA	OPORTUNIDAD
5.1 Casos de erogaciones desde la Cuenta CPP para solventar gastos no elegibles.	El débito será igual al importe indebidamente erogado desde la cuenta.	El MINSA debitará adicionalmente el 20% del importe del débito determinado.	Los débitos y multas se deducirán de la siguiente Transferencia Bimestral luego de haberse detectado el error.
5.2 Casos en que el MINSA, la auditoría técnica externa, a su solo criterio, detecte errores atribuibles a la DRS en los padrones informados por la misma tales como: duplicaciones de beneficiarios inscritos, personas inscritas que no se ajustan a la población elegible o cualquier otro tipo de situación, fraudulenta o no, que derive en un cálculo de las Transferencias que sea superior al correcto.	El MINSA deducirá de la factura que presente la DRS un débito equivalente al importe resultante de multiplicar la cantidad de inscritos erróneamente por el 65% del Monto per Cápita Base. En el caso de producirse el débito durante el período de gracia de las transferencias complementarias, se considerará el 100% del Monto Per Cápita Base.	El MINSA debitará adicionalmente en carácter de penalidad el 20% del importe del Monto Per Cápita Base por cada persona incluida erróneamente en el padrón informado por la DRS.	Los débitos y multas se deducirán en el momento del proceso de liquidación de la transferencia en el que se detectan los errores.
5.3 Casos en que se hayan efectuado Transferencias Bimestrales sobre la base de padrones informados por la DRS con errores atribuibles a la misma, y que haya sido detectados por el MINSA o por las auditorías técnica y financiera con posterioridad a la transferencia.	El débito será igual al monto indebidamente transferido, tanto en la o las Transferencias Bimestrales realizadas como en las Transferencias Complementarias que se hubieren efectuado desde el momento del error hasta el momento de haberse detectado el mismo.	El MINSA debitará adicionalmente en carácter de penalidad el 20% del importe del Monto per Cápita Base por cada persona incluida erróneamente en el padrón informado por la DRS y por la cantidad de meses erróneamente transferidos.	Los débitos y multas se deducirán de la siguiente Transferencia luego de haberse detectado el error sea ésta Complementaria o Bimestral.
5.4 Casos en que se hayan efectuado Transferencias Complementarias sobre la base de información de cumplimiento de los Indicadores de Monitoreo y Evaluación informado por la DRS con errores atribuibles a la misma.	El débito será igual al monto indebidamente transferido y que haya sido detectado por el MINSA.	El MINSA debitará adicionalmente el 20% del importe del débito determinado.	Los débitos y multas se deducirán de la siguiente Transferencia luego de haberse detectado el error sea ésta Complementaria o Bimestral.

CASO	DETERMINACIÓN DEL DÉBITO	MULTA	OPORTUNIDAD
5.5 Casos en que el MINSA, la Auditoría Técnica Externa detecten que la DRS Participante incumpla el plazo máximo de 50 días para el pago a proveedores contratados por causa atribuible a la DRS.		Multa de 0,15% por cada día de mora aplicado sobre los importes abonados tardíamente o por abonar.	La multa se aplicará en oportunidad de efectuarse la transferencia de fondos con posterioridad al momento de detectado dicho incumplimiento.
5.6 Casos en que el MINSA, la Auditoría Técnica Externa detecten que la DRS utilice para el pago de incentivos al personal más del porcentaje establecido de los fondos recibidos.	El débito será equivalente al exceso por encima del porcentaje establecido como límite.		El débito se aplicará en oportunidad de efectuarse la transferencia de fondos con posterioridad al momento de detectado dicho incumplimiento.
5.7 Casos de otros incumplimientos detectados por el MINSA, la Auditoría Técnica Externa y la Auditoría Social que a criterio de el MINSA ponga en peligro el logro de los objetivos del Proyecto	No corresponde	La multa por incumplimiento o atraso de cualquier otra obligación de la DRS será a razón de uno por ciento (1%) sobre el monto de la porción de la Transferencia que aún no haya sido cumplido o sobre el cual recaiga la mora en la entrega, dividido entre treinta (30), multiplicado por cada día calendario de atraso o incumplimiento.	Las sanciones se aplicarán luego de detectado el o los incumplimientos o atrasos que motivan la sanción. En el caso de las multas, las mismas se deducirán de la siguiente Transferencia luego de haberse detectado el incumplimiento o atraso sancionado.

Independientemente de los casos enunciados precedentemente, el MINSA está obligado a efectuar en las liquidaciones de las transferencias todos los débitos que correspondieren por errores de cualquier naturaleza que hayan sido detectados y que sean debidamente demostrables, al momento de su detección. Dentro de estos errores se incluyen:

- Incumplimiento de los planes aprobados del informe inicial, incluye su presentación, contenido y compromisos adquiridos.
- Atrasos en la entrega de los informes.
- Incumplimiento de los protocolos en la provisión del servicio.
- Falta de disponibilidad de insumos y equipos para la provisión del servicio.
- Ausencia de cualquier miembro del equipo básico de salud durante la provisión del servicio.
- Incumplimiento en el registro de las actividades de provisión de la CPP.

El incumplimiento reiterado será penalizado con una multa equivalente al 20% sobre el valor penalizado en la ronda o bimestre en que se detecte la ocurrencia reiterada de la falta.

Adicionalmente a los débitos y multas definidos para los casos identificados (Capítulo 13, Acápito C, Numeral 5, Sección 5.1 a 5.4), el MINSA aplicará una amonestación a la DRS u OE a través de una notificación expresa. La DRS u OE que reciba dos (2) amonestaciones será susceptible de la aplicación de una medida cautelar.

Adicionalmente, cualquier otro atraso o incumplimiento grave que a criterio del MINSA ponga en peligro el logro de los objetivos del proyecto, el MINSA aplicará una medida cautelar.

La medida cautelar consistirá en la suspensión de las transferencias capitadas desde la cuenta del proyecto. La presente medida se mantendrá hasta la verificación de la existencia y magnitud del o de los hechos que motivaron su aplicación y que podrán dar lugar a la aplicación por parte del MINSA de medidas de sanción o eventualmente la exclusión del prestador del proyecto.

Las medidas de sanción son las siguientes:

- Pérdida del derecho de percibir las transferencias capitadas devengadas durante el transcurso del tiempo que se aplicó la medida cautelar.
- Pérdida del derecho de percibir las transferencias capitadas devengadas durante el transcurso del tiempo que se aplicó la medida cautelar y suspensión del derecho de devengar de las transferencias capitadas hasta la finalización del proyecto.

Por otra parte, la aplicación de esta sanción no representa la suspensión de los efectos del convenio de gestión. Por último, el prestador no se exime en este caso de remitir el padrón de población a cargo actualizado en los plazos establecidos.

Las decisiones del MINSA serán comunicadas al prestador y tendrán como fecha de entrada en vigencia la del acto administrativo en el que se toma la decisión. La aplicación de amonestaciones, la adopción y el levantamiento de medidas cautelares y de sanción por parte del MINSA en relación a una DRS serán notificadas en todos los casos al Banco.

El MINSA contempla, en adición al financiamiento capitado, otorgar incentivos como estímulos (monetarios) a la demanda de servicios priorizados.

Este programa de apoyos comunitarios involucra cuatro componentes: económico, educativo, mercadeo social y de provisión, que en conjunto brindan el soporte técnico y operativo a la intervención en campo, buscando reducir las barreras económicas, culturales y sociales que afectan la demanda de servicios materno neonatal – infantiles; así como el mejoramiento de las condiciones de salud de las mujeres indígenas en estado de embarazo.

Estos incentivos se otorgan según lo indicado por cada Programa que asiste a la EFC y se utilizan las UBA como medio para su distribución.

1**INDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS MATERNO INFANTIL**

Abarca el pago de dos tipos de incentivos para el aumento de controles prenatales, mediante recursos que serán administrados por las UBA de la Red Fija y de la Red Itinerante:

- Incentivos a promotores de salud con base en su desempeño y metas logradas por captación temprana de las embarazadas y por promover que la misma acuda como mínimo a tres controles prenatales, siendo uno en cada trimestre de gestación.
- Apoyo económico a las mujeres embarazadas por la asistencia a los controles prenatales (después de cada control efectuado por personal calificado), al menos uno en cada trimestre de gestación) en montos que cubran de manera aproximada sus gastos de transporte, hospedaje y alimentación, cuando tenga que movilizarse fuera de su área de residencia.

Para el mejoramiento de las prácticas de alimentación infantil se contempla el pago de incentivos a las monitoras. Estos incentivos estarán dirigidos a mejorar la consejería en nutrición, particularmente la relacionada con la promoción de la lactancia materna exclusiva, las prácticas de alimentación complementaria y el consumo de micronutrientes. Estos incentivos serán administrados por las UBA de la Red Fija y de la Red Itinerante, y se pagarán con base en el desempeño y el cumplimiento de metas logradas por las monitoras.

La inducción de la demanda de parto institucional, a la mujer embarazada y a su acompañante (familiar, partera o miembro de la comunidad), y de atención al neonato contempla incentivo por concepto de viáticos y costo de transporte. Estos incentivos serán administrados por las UBA de la Red Fija y los pagos se otorgarán una vez se haya dado el parto institucional y una vez la mujer y el neonato hayan recibido el primer control puerperal y neonatal.

De igual forma se contempla otorgar subsidio para el transporte de mujeres embarazadas y para la atención de emergencias obstétricas y neonatales que serán administrados por organizaciones comunitarias con base en las definiciones establecidas en los planes de parto. Estos fondos se destinarán exclusivamente para el transporte de la embarazada a las casas maternas y a las instalaciones de salud de la Red Fija aptas para la atención del parto y para el caso del traslado de la embarazada, puérpera y/o neonato en casos de emergencia. El reporte del uso de este fondo comunitario la hará el comité comunitario a las UBA de la Red Fija con base en reportes del uso del fondo.

El monitoreo y supervisión de este programa consiste en el seguimiento periódico de acuerdo a la forma en que desarrollan los procesos y procedimientos permitiendo ajustes de ser necesarios.

El seguimiento se concentra en tres procesos: el financiero, el administrativo y el operativo, efectuándose con una periodicidad de 3 meses a cabo del equipo de supervisión del MINSA.

En el aspecto financiero el seguimiento se refiere a la ejecución presupuestal y la supervisión en el nivel local estará a cargo de un ente fiscalizador quien igualmente verificará la ejecución de los recursos por parte de los agentes de manejo que contrate el MINSA.

Lo anterior no está en detrimento de que auditoría interna del MINSA realice igualmente todo tipo de verificación en campo.

En el aspecto administrativo se hará el seguimiento al comportamiento de las unidades ejecutoras (CONE Básico y Organizaciones comunitarias encargadas de administrar los Fondos comunitarios), entrega y canje de bonos a cargo del equipo supervisor de la DRS.

Operativamente el monitoreo y supervisión se le delegará a un supervisor en campo, quien estará encargado de planear, acompañar y verificar el cumplimiento de las actividades por las cuales se recibe un apoyo comunitario.

El MINSA, previa aprobación del Banco según corresponda, dictará los lineamientos operativos para poner en funcionamiento el sistema de incentivos comunitarios según lo establecido en cada Programa.

