



# Resolución Ministerial

Lima, ...1... de DICIEMBRE del 2016

**Visto**, el Expediente N° 16-109687-001, que contiene el Memorandum N° 253-2016-DMSP/MINSA, emitido por la Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública del Ministerio de Salud; y,

## CONSIDERANDO:

Que, el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, tiene la finalidad que éste alcance mayores niveles de eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo de su personal;

Que, el artículo 15 del mencionado Decreto Legislativo, dispone que la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es la entrega económica que se otorga una vez al año, al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos, y Gobiernos Regionales, por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios;

Que, en ese contexto, y como parte del fortalecimiento del Sector Salud, mediante Decreto Supremo N° 041-2016-SA, se aprobaron para el año 2016, las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para la entrega económica a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, para incentivar y garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud en beneficio de la población;

Que, el artículo 6 del citado Decreto Supremo establece que la determinación de los logros esperados, los valores umbrales, los pesos ponderados de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora, y los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los mismos serán establecidos por el Ministerio de Salud mediante documento normativo aprobado por Resolución Ministerial;

Que, asimismo, el artículo 7 del referido Decreto Supremo señala que para la Asignación económica anual por cumplimiento de metas correspondiente al año 2016, se requiere la suscripción de convenios de gestión, cuyos aspectos técnicos relacionados a su formulación, negociación, suscripción, implementación y evaluación formarán parte del documento normativo a que se refiere el considerando precedente;



R. VILLARÁN C.



J. MORALES C.



S. PESSARI



C. RICSE

Que, mediante el documento del Visto, la Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública propone la "Directiva Administrativa de los Aspectos Metodológicos para la Evaluación del Cumplimiento de las Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios para la Entrega Económica del año 2016, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153", la misma que cuenta con la opinión favorable de los órganos técnicos involucrados en la referida propuesta;

Que, en ese sentido, resulta necesario emitir el acto resolutivo que apruebe la Directiva Administrativa antes mencionada;

Con el visado de la Directora General (e) de la Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Secretario General, de la Viceministra de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

De conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado, el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba su Reglamento de Organización y Funciones y el Decreto Supremo N° 041-2016-SA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1.-** Aprobar la Directiva Administrativa N° 219 -MINSa/DGPN-V.01 "Directiva Administrativa de los Aspectos Metodológicos para la Evaluación del Cumplimiento de las Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios para la Entrega Económica del año 2016, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153", que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

**Artículo 2.-** Disponer la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Diario Oficial El Peruano.

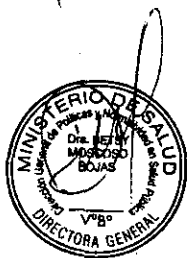
**Artículo 3.-** Encargar a la Oficina General de Comunicaciones, la publicación de la presente Resolución Ministerial y su respectivo anexo, en el portal institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

**PATRICIA J. GARCÍA FUNEGRA**  
Ministra de Salud



R. VILLARÁN C.



J. MORALES C.



S. PESSAH



G. RICSE

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA**  
**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES,**  
**INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS**  
**SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO**  
**DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

## **I. FINALIDAD**

Contribuir a la mejora de los procesos de implementación del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer los aspectos metodológicos para la medición de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para la entrega económica del año 2016, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer los valores umbral, logro esperado y pesos ponderados de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios de salud aprobados mediante Decreto Supremo N° 041-2016-SA; y los aspectos metodológicos para la evaluación de su cumplimiento.
- Establecer pautas para la formulación, negociación, suscripción y evaluación de los convenios de gestión 2016.

## **III. AMBITO DE APLICACIÓN**

Lo establecido en la presente Directiva Administrativa es de cumplimiento obligatorio por el Ministerio de Salud, sus organismos públicos, los Gobiernos Regionales y sus Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, así como los órganos dependientes de las mismas. El personal de la salud que puede ser beneficiario de la asignación económica anual por cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, se encuentra definido en el Decreto Supremo N° 116-2014-EF.

## **IV. BASE LEGAL**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Decreto Legislativo N° 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Ley N° 28748, Ley que crea como organismo público descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

- Decreto Supremo N° 304-2012-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Decreto Supremo N° 116-2014-EF, que aprueba los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 041-2016-SA, Decreto Supremo que establece las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para la entrega económica del año 2016.

## V. DISPOSICIONES GENERALES

### 5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Asignación económica anual por cumplimiento de metas.**

Entrega económica que se otorga una vez al año al personal de la salud de las entidades bajo el alcance del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, en caso se cumpla con las condiciones establecidas para el otorgamiento de esta asignación.

- **Área responsable de información**

Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud, y organismos públicos adscritos al Ministerio de Salud, encargados de generar y reportar la información necesaria para el monitoreo y la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios.

- **Área responsable técnica**

Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud, encargadas de definir los aspectos técnicos y metodológicos, y brindar asistencia técnica relacionada a las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios, según sus competencias.

- **Compromiso de mejora de los servicios**

Conjunto de acciones cuyo cumplimiento facilita la prestación de servicios de salud por parte del personal de salud y/o la gestión de la institución.

- **Convenio de gestión**

Herramienta de gestión que define los logros esperados de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios por parte de las instituciones, y las obligaciones que asumirán las Partes para su cumplimiento. Se materializa en un convenio celebrado entre el Titular del Ministerio de Salud con los Gobernadores de los Gobiernos Regionales, o con el Jefe Institucional del Instituto de Gestión de Servicios de Salud o con el Jefe Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, según corresponda.

- **Ficha Técnica**

Formato en el que se describen las características y tipo del indicador, los valores de logro esperado y umbrales, los procedimientos a seguir para la medición del cumplimiento de los logros esperados y las responsabilidades de las áreas técnicas y de información.

- **Hospital**

Establecimiento de salud del II o III nivel de atención que brinda atención general de salud en diversas especialidades.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

▪ **Hospital de Emergencias**

Establecimiento de salud del tercer nivel de atención que brinda atención de salud predominantemente en emergencias.

▪ **Hospital Especializado**

Establecimiento de salud del segundo o tercer nivel de atención que brinda atención de salud especializada en un campo clínico o grupo de edad.

▪ **Indicador de desempeño**

Instrumento que proporciona información cuantitativa sobre la cobertura, efectividad, eficiencia y/o calidad de los servicios e intervenciones de salud.

▪ **Institución**

Red, hospital e instituto especializado de una Dirección Regional de Salud /Gerencia Regional de Salud o la que haga sus veces, o del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, así como el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; a la cual está asignado el personal de salud para la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

▪ **Instituto Especializado**

Establecimiento de salud del tercer nivel de atención que brinda atención de salud altamente especializada en un campo clínico y/o grupo etario, en las especialidades y subespecialidades del capo clínico o grupo etario que desarrollan.

▪ **Logro esperado**

Situación que se espera alcanzar en las metas institucionales, indicadores de desempeño o compromisos de mejora de los servicios, al término del periodo de vigencia del convenio de gestión.

▪ **Logro alcanzado**

Situación alcanzada en las metas institucionales, indicadores de desempeño o compromisos de mejora de los servicios, al término del periodo de vigencia del convenio de gestión.

▪ **Meta institucional**

Indicador que proporciona información cuantitativa respecto de los resultados en salud planteados en función de las prioridades de política nacional y sectorial.

▪ **Negociación de los convenios de gestión.**

La negociación del Convenio de Gestión es un proceso de interacción entre los equipos técnicos del MINSA y las DIRESA/ GERESA/ IGSS e INEN, orientado a la definición de los logros esperados y pesos ponderados de las Metas Institucionales (MI), Indicadores de Desempeño (ID) y Compromisos de Mejora (CM) seleccionados, para su cumplimiento por el personal de salud de las instituciones. El proceso se desarrolla en reuniones de trabajo convocadas por la Alta Dirección del MINSA.

▪ **Peso ponderado**

Es el peso de puntuación que se le asigna a las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios de acuerdo a su relevancia. La suma de los pesos ponderados para una determinada Institución es igual a cien por ciento (100%).

▪ **Porcentaje de cumplimiento anual de las metas Institucionales e indicadores de desempeño**

Para cada meta e indicador, es el resultado de la división de la diferencia entre el logro alcanzado y el valor umbral, y la diferencia entre el logro esperado y el valor umbral, expresado como porcentaje. Si el logro alcanzado es mayor que el logro esperado, el valor es cien por ciento (100%). Si el logro alcanzado es inferior al valor umbral, el valor es cero por ciento (0%).



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Para algunos indicadores hospitalarios se realiza cálculos más específicos que se describe en la ficha técnica de cada indicador.

▪ **Porcentaje global de cumplimiento**

Es el resultado de la sumatoria de los porcentajes de cumplimiento anual de cada meta institucional, indicador de desempeño y compromisos, multiplicados por sus respectivos pesos ponderados; dividido entre cien por ciento (100%). Se calcula a nivel de cada una de las instituciones.

▪ **Valor umbral**

Es la situación a partir de la cual se evalúa positivamente una meta institucional o indicador de desempeño. No aplica para compromisos de mejora de los servicios.

## **VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

### **6.1. DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS SEGÚN INSTITUCIÓN.**

- En las tablas 1, 2, 3 y 4 se presentan las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios, y las fuentes de datos para su evaluación según institución<sup>1</sup>: Tabla 1 para las DIRESA/GERESA/IGSS y Redes de Salud; Tabla 2 para los hospitales de II nivel con más de 50 camas y hospitales de III nivel no especializados; Tabla 3 para los hospitales e institutos especializados de III nivel; y Tabla 4 para los hospitales de emergencias.
- Los hospitales con menos de 50 camas, se evaluarán como parte de las redes de salud de su ámbito. Para lo cual, la DIRESA/GERESA remitirá al Ministerio de Salud el listado de los hospitales que cumplen con esta condición y el nombre de la red de salud a la que pertenecen, para su registro en el Convenio de Gestión 2016.
- Todos los hospitales de II y III nivel (Tabla 2), tendrán cuatro (4) compromisos de mejora. Los ítems a), c) y d) son obligatorios; y el cuarto se seleccionará entre los ítems b), e) y f). Para los hospitales que en el año 2015 se comprometieron a los compromisos b) y/o e) les corresponderá la implementación.
- El compromiso de mejora de los servicios "Fortalecimiento de competencias del personal de la salud de los hospitales y redes de salud en temas específicos del instituto", aplica solamente a los hospitales e institutos especializados de Lima Metropolitana.



<sup>1</sup> Decreto Supremo N° 041-2016-SA, Decreto Supremo que establece las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para la entrega económica del año 2016.

**TABLA 1  
 METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y  
 COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA EVALUACIÓN DE  
 LA DIRESA/GERESA Y RED DE SALUD**

Tipo	Denominación	Institución		Fuente de datos
		DIRESA/ GERESA	Red de Salud*	
Meta Institucional (MI)	Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses.	X		ENDES
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de niños menores de 2 años con suplementación de hierro y/o Multimicronutrientes (MN).	X	X	SIASIS
	Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.	X	X	HIS
	Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED.	X	X	SIASIS
	Porcentaje de parto institucional rural.	X		ENDES
	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	X	X	HIS
	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada.	X	X	SIASIS
	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de cáncer de cuello uterino.	X	X	SIASIS
	Productividad hora médico en consulta externa.	X	X	HIS y reportes de programación de consulta externa médica.
	Compromiso de Mejora (CM)	Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.	X	X
Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis.		X	X	
Supervisión a los establecimientos de salud.		X	X	
Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.		X	X	SISMED y IDI CENARES

\*Incluye a hospitales con menos o igual a 50 camas.



**TABLA 2**  
**INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA PARA**  
**EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES DE II NIVEL CON MÁS DE 50 CAMAS**  
**Y HOSPITALES DE III NIVEL NO ESPECIALIZADOS**

Tipo	Denominación	Institución		Fuente de datos
		Hospitales II nivel con más de 50 camas	Hospitales III nivel	
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	X	X	Encuesta INEI por encargo SuSalud.
	Tiempo de espera para la atención de consulta externa.	X	X	
	Productividad hora médico en consulta externa.	X	X	HIS y reportes de programación de consulta externa médica.
	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.		X	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS.
	Porcentaje de ocupación cama.	X		Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del EESS.
	Promedio de permanencia cama.	X	X	
	Rendimiento cama.	X	X	
	Razón de emergencias por consulta externa		X	
Compromiso de Mejora (CM)	a) Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía.	X	X	Informe de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
	b) Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.	X	X	
	c) Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.	X	X	Informe de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
	d) Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).	X	X	Informe de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
	e) Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.	X	X	
	f) Fortalecimiento del proceso de atención para pacientes derivados de emergencia, prioridad III-IV.	X	X	





**TABLA 3**  
**INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA PARA EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS DE III NIVEL**

Tipo	Denominación	Hospitales especializados		Institutos						Fuente de datos
		Hospital Herminio Valdizán	Hospital Larco Herrera	Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi	Instituto Materno Perinatal e Instituto Nacional del Niño	Instituto Nacional de Rehabilitación	Instituto Nacional de Oftalmología e Instituto Regional	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) e IREN	
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	X	X	X	X	X	X	X	X	Encuesta INEI por encargo SuSalud.
	Tiempo de espera para la atención de consulta externa.	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Productividad hora médico en consulta externa.	X	X	X	X	X	X	X	X	HIS y reportes de programación de consulta externa médica.
	Promedio de permanencia cama.	X	X	X	X	X		X	X	
	Porcentaje de ocupación cama.	X	X	X		X				Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud.
	Rendimiento cama.	X	X	X	X	X		X	X	
	Porcentaje de cirugías suspendidas.						X	X	X	
	Razón de emergencias por consulta externa.	X		X	X					

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - Minsa/DGPN- V.01

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Tipo	Denominación	Hospitales especializados		Institutos						Fuente de datos
		Hospital Herminio Valdizán	Hospital Larco Herrera	Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi	Instituto Materno Perinatal e Instituto Nacional del Niño	Instituto Nacional de Rehabilitación	Instituto Nacional de Oftalmología e Instituto Regional	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	INEN e IREN	
Indicador de Desempeño (ID)	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.				X			X	X	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS.
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía.				X		X	X	X	Informe de la Dirección General de Prestaciones de Salud
	Fortalecimiento de competencias del personal de la salud de los hospitales y redes de salud en temas específicos del instituto.	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.			X			X	X		
	Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	X	X	X	X	X	X	X	X	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
	Fortalecimiento de la implementación del Modelo de Salud Mental con enfoque comunitario.	X	X	X						



**TABLA 4  
 INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA PARA  
 EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES DE EMERGENCIAS**

Tipo	Denominación	Ámbito de Aplicación		Fuente de datos
		Hospital de Emergencias Pediátricas	Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa	
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en la UPSS de emergencia.	X	X	Encuesta INEI.
	Tiempo de acceso para daños seleccionados prioridad II (dos).	X	X	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del EESS.
	Tasa de mortalidad específica en emergencia.	X	X	
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de la prevención y control de infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	X	X	Informe de la Dirección General de Prestaciones de Salud
	Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en emergencia.	X	X	
	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de verificación de la Seguridad de la Cirugía.	X	X	
	Mejora de la gestión institucional basado en el seguimiento de indicadores.	X	X	

## 6.2. DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES (MI), INDICADORES DE DESEMPEÑO (ID) Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS (CM).

### 6.2.1. Fichas técnicas de las MI, ID y CM

Las fichas de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora técnicas contienen los siguientes datos:

- **Nombre:** Nombre de la meta, indicador o compromiso.
- **Tipo:** Tipo de valor según clasificación del artículo 15° del DL 1153.
- **Institución:** Indica la o las instituciones (DIRESA/GERESA/IGSS, redes de salud, hospitales e institutos) que serán medidas con la MI, ID o CM.
- **Definición:** Descripción de cómo se genera el resultado de la meta o indicador. No debe confundirse con el cálculo del logro.
- **Justificación:** Descripción de la base racional de incluir la meta, indicador o compromiso en el convenio de gestión.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

- **Logro esperado:** Valor numérico que expresa la meta que se espera alcanzar para obtener el total de peso ponderado asignado a la MI, ID, o CM en la negociación del Convenio. No aplica a compromisos de mejora.
- **Valor Umbral:** Valor numérico a partir del cual la entidad se evalúa positivamente. En la mayoría de los indicadores de desempeño es el valor del año previo. No aplica para compromisos de mejora.
- **Área responsable técnica:** Instancia que define los aspectos técnicos y metodológicos, y proporciona asistencia técnica para el cumplimiento de las MI, ID y CM.
- **Área responsable de información:** Instancia que recolecta, procesa, produce y reporta el dato; y formula los informes de evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM.
- **Fórmula del indicador:** Fórmula matemática que determina cómo se construye el indicador, para las MI e ID.
- **Procedimiento de medición:** Indica los pasos a seguir para la construcción del indicador, señalando las fuentes de datos según numerador y denominador y las precisiones a tener en cuenta.
- **Cálculo de porcentaje de cumplimiento:** Fórmula o criterios que se aplican para la determinación del porcentaje de logro alcanzado al término del periodo de vigencia del Convenio.
- **Frecuencia de medición:** Frecuencia mínima con la que debe reportar los datos.
- **Fuente de datos:** Fuente primaria o secundaria de la información.
- **Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de compromiso:** Listado de las acciones que se espera obtener con sus fuentes auditables, y distribución del peso ponderado entre dos grupos de acciones.
- **Notas.** Información adicional no clasificada en alguno de los otros rubros.

#### **6.2.2. Determinación del valor umbral y valor de logro esperado**

- Los valores umbral y de logro esperado o los criterios para su determinación se establecen en las fichas técnicas de cada meta institucional e indicador de desempeño (Anexo N° 01). Los logros esperados significan una exigencia adicional al desempeño alcanzado por la institución en el año previo o el año establecido como referencia.
- Para las DIRESA/GERESA, IGSS y las Redes de Salud, en la mayoría de los casos, los cálculos de los valores de logro esperado se realizan sobre la base del valor del año previo del indicador según institución, y para otros casos se agrega la variable tamaño de la población que debe atender la institución.
- Para los hospitales e institutos, los cálculos de logro esperado de los indicadores: i) porcentaje de satisfacción con la atención en consulta externa, ii) tiempo de espera para la atención en consulta externa, iii) y densidad de incidencia o incidencia acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS); se realizan sobre la base del valor del año previo según institución.
- Para los hospitales de II y III nivel de atención, los valores de logro esperado de los indicadores productividad hora médico y de los que miden el desempeño de las UPSS de servicios quirúrgicos, hospitalización y emergencia, son los valores referenciales aprobados por el Ministerio de Salud.
- En el caso de los hospitales e institutos especializados los valores de logro esperado podrán ser ajustados de acuerdo al campo clínico que corresponda, mediante el análisis del comportamiento del indicador y de los indicadores relacionados, por lo menos de los últimos 5 años. Para lo cual, las DIRESA/GERESA, IGSS o INEN remitirán la información al MINSA de manera oportuna.
- Los compromisos de mejora de los servicios, no tienen valor umbral, y los cálculos del porcentaje de cumplimiento de los logros esperados se realizan en base a las reglas establecidas en cada ficha técnica.



### **6.2.3. Determinación de los pesos ponderados**

- En las tablas 5, 6, 7, 8, 9 y 10 se establecen los rangos de pesos ponderados por meta institucional, indicador de desempeño y compromiso de mejora, según institución.
- Los pesos ponderados se acuerdan entre las partes del Convenio de Gestión, dentro de los rangos establecidos. La sumatoria total de los pesos ponderados es de cien por ciento (100%) por institución.
- Para una adecuada distribución de los pesos ponderados entre las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora, el equipo de gestión de cada institución, debe realizar el análisis de los valores basales de los indicadores de desempeño (datos 2015), e identificar el número de población que debe atender para el cumplimiento del logro esperado 2016 según las disposiciones establecidas en las fichas técnicas. Debe complementarse con un análisis de las capacidades que dispone la institución (recursos humanos y logísticos, estrategias de extensión de cobertura de los servicios, trabajo en sinergia con los otros sectores y otros) para el logro de los valores esperados.
- En el caso que previo a la suscripción del Convenio de Gestión se evidencie la imposibilidad de evaluar una meta institucional, indicador de desempeño o un compromiso de mejora de los servicios, por razones debidamente sustentadas por las instituciones a ser evaluadas, y con la opinión técnica favorable del área responsable técnica del Ministerio de Salud, se procederá a su retiro y al prorrateo de su peso ponderado entre el resto de indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, que correspondan a la institución.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**TABLA 5**  
**RANGOS DE PESOS PONDERADOS DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS SEGÚN DIRESA/GERESA Y RED DE SALUD**

Tipo	Denominación	Rango de Peso Ponderado según Institución	
		DIRESA/GERESA /IGSS %	Red de Salud* %
Meta Institucional (MI)	Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses.	7 - 11	
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de niños menores de 2 años con suplementación de hierro y/o multimicronutrientes.	8 - 12	10 - 13
	Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.	7 - 11	9 - 13
	Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED.	8 - 12	10 - 13
	Porcentaje de parto institucional rural.	7 - 11	
	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	7 - 11	9 - 13
	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada.	7 - 11	9 - 13
	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de cáncer de cuello uterino.	7 - 11	9 - 13
	Productividad hora médico en consulta externa.	7 - 11	9 - 13
Compromiso de Mejora (CM)	Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.	5 - 7	5 - 8
	Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis.	5 - 7	6 - 8
	Supervisión a los establecimientos de salud.	5 - 7	6 - 8
	Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	5 - 7	6 - 8
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>

\*Incluye a hospitales con menos o igual a 50 camas.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**TABLA 6**  
**RANGOS DE PESOS PONDERADOS DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES DE II NIVEL CON MÁS DE 50 CAMAS Y HOSPITALES DE III NIVEL NO ESPECIALIZADOS.**

Tipo	Denominación	Rango de Peso Ponderado según institución	
		Hospitales II nivel con más de 50 camas %	Hospitales III nivel %
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	13 - 18	10 - 16
	Tiempo de espera para la atención de consulta externa.	13 - 18	10 - 16
	Productividad hora médico en consulta externa.	13 - 18	10 - 16
	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.		10 - 16
	Porcentaje de ocupación cama.	5 - 7	
	Promedio de permanencia cama	13 - 18	10 - 16
	Rendimiento cama.	5 - 7	5 - 9
	Razón de emergencia por consulta externa		10 - 16
Compromiso de Mejora (CM)	a) Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía.	7 - 11	5 - 9
	b) Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.	6 - 11	4 - 7
	c) Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.	6 - 11	4 - 7
	d) Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).	6 - 11	4 - 7
	e) Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.	6 - 11	4 - 7
	f) Fortalecimiento del proceso de atención para pacientes derivados de emergencia, prioridad III-IV.	6 - 11	4 - 7
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**TABLA 7**  
**RANGOS DE PESOS PONDERADOS DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA EVALUACIÓN DEL INSTITUTO Y HOSPITALES ESPECIALIZADOS EN SALUD MENTAL (III NIVEL)**

Tipo	Denominación	Rango de Peso Ponderado según Institución		
		Hospital Hermilio Valdizán %	Hospital Larco Herrera %	Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi %
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	10 - 16	10 - 16	10 - 16
	Tiempo de espera para la atención de consulta externa.	10 - 16	10 - 16	10 - 16
	Productividad hora médico en consulta externa.	10 - 16	10 - 16	10 - 16
	Promedio de permanencia cama.	10 - 16	10 - 16	10 - 16
	Porcentaje de ocupación cama.	5 - 7	5 - 7	5 - 7
	Rendimiento cama.	10 - 16	10 - 16	10 - 16
	Razón de emergencias por consulta externa.	10 - 16		10 - 16
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de competencias de los hospitales y redes de salud en temas específicos del instituto.	5 - 8	6 - 10	6 - 10
	Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.			6 - 10
	Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	7 - 10	7 - 10	7 - 10
	Fortalecimiento de la implementación del Modelo de Salud Mental con enfoque comunitario.	5 - 8	6 - 10	6 - 10
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>





**TABLA 8**  
**RANGOS DE PESOS PONDERADOS DE LOS INDICADORES DE**  
**DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA**  
**EVALUACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES: MATERNO-PERINATAL,**  
**SALUD DEL NIÑO, Y CIENCIAS NEUROLÓGICAS (III NIVEL)**

Tipo	Denominación	Rango de Peso Ponderado según Institución		
		Instituto Materno Perinatal %	Instituto Nacional del Niño %	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas %
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	10 - 15	10 - 15	10 - 15
	Tiempo de espera para la atención de consulta externa.	10 - 15	10 - 15	10 - 15
	Productividad hora médico en consulta externa.	10 - 15	10 - 15	10 - 15
	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.	10 - 15	10 - 15	10 - 15
	Promedio de permanencia cama.	10 - 15	10 - 15	10 - 15
	Rendimiento cama.	5 - 9	5 - 9	5 - 9
	Porcentaje de cirugías suspendidas.			10 - 15
	Razón de emergencias por consulta externa.	10 - 15	10 - 15	
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía.	7 - 11	7 - 11	7 - 11
	Fortalecimiento de competencias de los hospitales y redes de salud en temas específicos del instituto.	8 - 12	8 - 12	8 - 12
	Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.			7 - 11
	Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	8 - 11	8 - 11	7 - 9
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01  
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE  
 LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS  
 PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO  
 LEGISLATIVO N° 1153.

**TABLA 9**  
**RANGOS DE PESOS PONDERADOS DE LOS INDICADORES DE**  
**DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA**  
**EVALUACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES Y REGIONALES:**  
**REHABILITACION, OFTALMOLOGIA Y ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**  
**(III NIVEL)**

Tipo	Denominación	Rango de Peso Ponderado según Institución		
		Instituto Nacional de Rehabilitación %	Instituto Nacional e Instituto Regional de Oftalmología %	Instituto Nacional e Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. %
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	12 - 16	14 - 19	9 - 14
	Tiempo de espera para la atención de consulta externa.	12 - 16	14 - 19	9 - 14
	Productividad hora médico en consulta externa.	12 - 16	14 - 19	9 - 14
	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.			9 - 14
	Promedio de permanencia cama.	12 - 16		9 - 14
	Porcentaje de ocupación cama.	4 - 8		
	Rendimiento cama.	4 - 8		7 - 11
	Porcentaje de cirugías suspendidas.		14 - 19	9 - 14
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía.		7 - 11	7 - 11
	Fortalecimiento de competencias de los hospitales y redes de salud en temas específicos del instituto.	9 - 12	10 - 13	10 - 13
	Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.		7 - 11	
	Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	6 - 10	7 - 11	7 - 11
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>



**TABLA 10**  
**RANGOS DE PESOS PONDERADOS DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA EVALUACIÓN DE LOS HOSPITALES DE EMERGENCIAS**

Tipo	Denominación	Rango de Peso Ponderado según Institución	
		Hospital de Emergencias Pediátricas %	Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa %
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en la UPSS de emergencia.	16 - 21	16 - 21
	Tiempo de acceso para daños seleccionados prioridad II (dos).	16 - 21	16 - 21
	Tasa de mortalidad específica en emergencia.	16 - 21	16 - 21
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.	8 - 12	8 - 12
	Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en emergencia.	8 - 12	8 - 12
	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de verificación de la Seguridad de la Cirugía.	8 - 12	8 - 12
	Mejora de la gestión institucional basado en el seguimiento de indicadores.	10 - 14	10 - 14
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>

**6.2.4. Determinación del porcentaje de cumplimiento anual del logro esperado para cada MI, ID y CM.**

**Metas institucionales e indicadores de desempeño:**

- La Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI), el Seguro integral de Salud (SIS), el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), y la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud) realizan el cálculo del "Porcentaje de cumplimiento anual de logro esperado de las metas institucionales e indicadores de desempeño", según corresponda, a partir de las bases de datos oficiales, aplicando los criterios establecidos en las fichas técnicas respectivas, los pasos y procedimientos para los cálculos se describen con ejemplos en el Anexo N° 2.
- El responsable de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente de la DIRESA/GERESA/IGSS e INEN, realiza de manera periódica la recolección, procesamiento, validación, almacenamiento de datos y envío de datos de los establecimientos de salud a su cargo; siguiendo las disposiciones que establece la OGTI y SIS.
- El responsable de estadística o su equivalente del establecimiento de salud realiza la revisión y validación de los datos recolectados con los equipos técnicos responsables de los indicadores de desempeño, antes de su envío a la DIRESA/GERESA/IGSS.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

- El responsable de la Oficina de Epidemiología o su equivalente de la DIRESA/GERESA/IGSS e INEN, realiza de manera periódica la recolección, procesamiento y validación de datos de los establecimientos de salud a su cargo; almacenados en el aplicativo web de la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - IAAS administrado por el CDC.

**Compromisos de mejora de los servicios:**

- La Dirección General de Prestaciones en Salud (DIGEPRES) y la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) realizan el cálculo del "Porcentaje de cumplimiento anual de logro esperado de los compromisos de mejora", según corresponda, a partir de la revisión y validación de los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, IGSS e INEN aplicando los criterios establecidos en las fichas técnicas. Los pasos y procedimientos para los cálculos se describen con ejemplos en el Anexo N° 2.
- La DIRESA/GERESA/IGSS/INEN, a través de sus áreas técnicas, elabora y remite a la DIGEPRES o DGIESP, según corresponda el Informe de "Evaluación de cumplimiento del compromiso de mejora", con base a un esquema estándar que será proporcionado por el MINSA a inicios del año 2017.
- El CENARES realiza el cálculo del porcentaje de cumplimiento anual del compromiso de mejora denominado "Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados" a partir de los informes de la base de datos del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) que el Ministerio de Economía y Finanzas administra.

**Posibilidades de resultados para metas institucionales e indicadores de desempeño que se miden en términos de porcentajes y coberturas:**

- Se podrá obtener un porcentaje de cumplimiento anual del indicador entre cero (0%) y cien (100%), que estará en función de la magnitud de logro alcanzado por la institución respecto del logro esperado, este último definido en el Convenio de Gestión.
- En caso que el valor de logro alcanzado sea mejor que el logro esperado (mayor o menor dependiendo del indicador) el porcentaje de cumplimiento del indicador será 100%.
- En caso que el valor de logro alcanzado sea peor o igual que el valor umbral (mayor o menor dependiendo del indicador), el porcentaje de cumplimiento del indicador será 0%.
- Cuando se obtiene un resultado negativo de porcentaje de cumplimiento, se califica como 0% de cumplimiento.
- En caso que el valor de logro alcanzado se encuentre entre los valores del umbral y de logro esperado, el porcentaje de cumplimiento fluctúa entre 0.1% y 100% de cumplimiento.
- Estas reglas aplican también al ID "Densidad de Incidencia/Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) seleccionadas.

**Posibilidades de resultados para indicadores de desempeño con valores de logro esperado expresados en un rango de valores promedio:**

- Si el valor de logro alcanzado se encuentra entre los valores (inferior y superior) del rango establecido como logro esperado, el porcentaje de cumplimiento anual del indicador es de 100%. Si el valor alcanzado es menor o mayor a los valores del rango, el cálculo del porcentaje de cumplimiento del indicador se realiza aplicando los criterios que para un 80% y 60% de cumplimiento se establece en la ficha del indicador. Los valores del indicador por fuera de los rangos establecidos, se califica como 0% (cero) de cumplimiento.



**Posibilidades de resultados para compromisos de mejora de los servicios:**

- Si la institución cumple con todas las acciones definidas y en las fechas establecidas para cada uno de los dos grupos de acciones, el porcentaje de cumplimiento es 100%. Si la institución no cumple con ninguno de los grupos de acciones, el porcentaje de cumplimiento del compromiso es cero por ciento (0%).
- Si la institución cumple solamente las acciones definidas y en las fechas establecidas para uno de los grupos, el porcentaje de cumplimiento del compromiso es la parte que señala la ficha técnica correspondiente.

**6.2.5. Informe de evaluación anual de cumplimiento de las MI, ID y CM**

- Con base a los resultados obtenidos en los cálculos de porcentaje de cumplimiento anual, la OGTI, DIGEPRES, DGIESP, DGPN, SIS, CENARES, CDC y SuSalud, elaboran informes de evaluación anual de cumplimiento por cada una de las metas institucionales, indicadores de desempeño o compromisos de mejora que les corresponda. Asimismo, realizan el registro de los datos en un aplicativo informático, que administra la OGTI.
- La DIGEPRES, DGIESP, DGPN, SIS, CDC y SuSalud, remiten a la OGTI los informes de evaluación anual de cumplimiento de las MI, ID y CM según corresponda, en medio físico y archivo electrónico, para su consolidación.
- La OGTI remite a la DGIESP y DIGEPRES los informes de evaluación anual de cumplimiento de las MI e ID generados por el SIS, CDC, OGTI y SuSalud, para su conocimiento y revisión.

**6.2.6. Determinación del Porcentaje Global de Cumplimiento de las MI, ID y CM (PG).**

- Es el cumplimiento general de los logros esperados en la mejora de los servicios de salud, se calcula para cada una de las instituciones incorporadas en el Convenio de Gestión.
- Se calcula como el promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento anual de cada MI, ID y CM multiplicados por sus respectivos pesos ponderados, de acuerdo a la siguiente fórmula<sup>2</sup>:

$$PG = \frac{\Sigma (I_1 \times P_1 + I_2 \times P_2 + I_3 \times P_3 + I_4 \times P_4 + I_5 \times P_5 + \dots + I_n \times P_n)}{100\%}$$

Dónde:

**PG:** Porcentaje Global de logro de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

**Σ :** Sumatoria

**I<sub>n</sub> :** Porcentaje de cumplimiento anual de la meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios n-ésimo.

**P<sub>n</sub>** Peso ponderado de la meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de los servicios n-ésimo, expresado en porcentajes.

- Cada Institución podrá obtener un Porcentaje Global de Cumplimiento de la MI, ID y CM entre cero (0%) y cien por ciento (100%).



<sup>2</sup> Decreto Supremo N° 116-2014-EF, Decreto Supremo aprobar los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo 1153.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

- Una de las condiciones que debe cumplir cada Institución para recibir la entrega económica anual por cumplimiento es obtener un PG de logro mayor o igual a sesenta por ciento (60%). Ejemplos tipo de cálculos globales se presenta en el Anexo B.

#### **6.2.7. Procesamiento de datos**

- El procesamiento de datos se realiza de manera automatizada.
- La OGTI pondrá a disponibilidad de los usuarios que formalmente acrediten las áreas responsables de información, el aplicativo informático que se utilizará para registrar, procesar y emitir los correspondientes reportes del Porcentajes Global de Cumplimiento de las MI, ID y CM, de todas y cada una de las instituciones consideradas en los convenios de gestión suscritos.
- La OGTI dispondrá lo conveniente para garantizar la seguridad informática del aplicativo mencionado, respecto de: (i) la fidelidad e integridad de los datos registrados por las áreas responsables de información; (ii) su almacenamiento; (iii) la precisión del procesamiento conforme a los parámetros y cálculos que se establecen en la presente Directiva Administrativa; y (iv) la validación de los reportes de resultados.
- La operación, mantenimiento o implementación de los sistemas de información, verificación y aseguramiento de la calidad de la información de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es responsabilidad de los directores y/o jefes o los que hagan sus veces de las instituciones contrapartes de los convenios de gestión firmados.

#### **6.2.8. Informes de evaluación del cumplimiento global de las MI, ID y CM, solicitud de reconsideración por las instituciones y publicación de resultados.**

- Con los reportes automatizados del Porcentaje Global de Cumplimiento según Institución, la OGTI elabora el "Informe preliminar de evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM" y lo remite a la Alta Dirección del MINSA con copia a las áreas responsables técnicas, DGGDRH y DGPN.
- La OGTI gestiona la publicación en el portal institucional del MINSA ([www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)) de los resultados preliminares el ranking de hospitales e institutos especializados, redes de salud y direcciones regionales de salud (o las que hagan sus veces), según porcentaje global de cumplimiento de metas.
- A partir de la fecha de publicación de los resultados preliminares de evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM; las instituciones tienen hasta treinta (30) días hábiles para hacer llegar sus observaciones y pedidos de reconsideración a las respectivas áreas responsables técnicas, a través de la DIRESA/GERESA/IGSS/INEN.
- Hasta veinte (20) días hábiles posteriores a la recepción del pedido por el MINSA, los representantes de las Instituciones directamente involucradas podrán reunirse con los representantes de las áreas técnicas y responsables de información del MINSA para el análisis de los pedidos.
- En un plazo no mayor a treinta (30) días hábiles, contados a partir de la comunicación que los interesados hayan hecho llegar al MINSA, el área responsable técnica de la MI, ID o CM en coordinación con el área responsable de información, emite y remite a la DIRESA/GERESA/IGSS/INEN, con copia a la Institución interesada un informe de sustento técnico y la decisión de la viabilidad o no del pedido de reconsideración.
- En base al informe antes mencionado, la OGTI realiza los ajustes que correspondan en el aplicativo informático, y con base a los reportes automatizados del PG elabora el "Informe final de evaluación del cumplimiento global de las MI, ID y CM" según Institución; tramita el visado del documento en físico por las áreas responsables técnicas y de información; y lo remite a la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (DGGDRH) del MINSA, con copia a los responsables



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

técnicos, responsables de información, DGPN y OGPPM. Al mismo tiempo, gestiona la publicación de los resultados finales en el portal institucional del MINSA.

- Los informes de evaluación del cumplimiento global de las MI, ID y CM (preliminar y final) deben contener tablas de datos con los porcentajes de cumplimiento de logro esperado por cada MI, ID y CM según institución, una tabla de datos resumen del ranking nacional del Porcentaje Global de logro de las MI, ID, CM que alcanzaron las instituciones, y una tabla con el listado de instituciones que registraron un PG de logro de MI, ID y CM mayor o igual a sesenta por ciento (60%).
- Posterior a la publicación final de resultados, la OGTI remite a la Dirección de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación (DMSP) de la DGPN, una copia electrónica de la base de datos de la evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM.
- La DMSP realiza el análisis, elabora y remite a las Contrapartes un reporte con los resultados de evaluación y las recomendaciones de mejora.
- El Director de la DIRESA/GERESA/IGSS e INEN realiza la difusión de los reportes de evaluación a nivel de sus instituciones, a través de los diversos medios disponibles.

### **6.3. DE LA FORMULACIÓN, NEGOCIACIÓN, SUSCRIPCIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN.**

En cumplimiento al Artículo 3 del Decreto Supremo N° 116-2014-EF, Decreto Supremo que aprueba los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153; como condición para el otorgamiento de la entrega económica se requiere la suscripción de convenios de gestión entre el Titular del Ministerio de Salud con los Gobernadores Regionales de los Gobiernos Regionales, con el Jefe Institucional del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, y con el Jefe Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, según corresponda; y el cumplimiento de las obligaciones asumidas en los convenios.

#### **6.3.1. Formulación de los convenios de gestión.**

- El proyecto de Convenio de Gestión se formula de acuerdo a la normatividad vigente sobre elaboración de convenios<sup>3</sup> y a las disposiciones de la presente Directiva Administrativa.
- Las MI, ID y CM que se incorporan en el proyecto de Convenio de Gestión son los aprobados mediante Decreto Supremo N° 041-2016-SA, según institución.
- La responsabilidad de la formulación y del trámite de aprobación del convenio es de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM).

#### **6.3.2. Negociación de los convenios de gestión**

- Se negocia sobre la base de los criterios establecidos en las fichas técnicas de las MI, ID y CM (Anexo N° 01) y de los rangos de los pesos ponderados que se señalan en el numeral 6.2.3. de la presente Directiva Administrativa.
- El MINSA realiza reuniones de trabajo con las DIRESA/GERESA/IGSS e INEN, para acordar los términos del convenio.



<sup>3</sup> Directiva Administrativa N° 138-MINSA/SG-V.01

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

- El MINSA está representado por una "Comisión de Negociación del Convenio de Gestión 2016" coordinada por la Dirección General de Políticas y Normatividad e integrada por representantes de las direcciones y/u oficinas generales del MINSA que son los responsables técnicos de las MI, ID y CM aprobados. Todos los miembros deben ser designados mediante documento oficial.
- El equipo de la DIRESA/GERESA, IGSS e INEN debe estar liderado por el director o jefe institucional o su representante designado, e integrado por representantes de las áreas técnicas responsables de las MI, ID y CM y responsables de la información. En el caso de la DIRESA/GERESA/IGSS, se debe contar con la participación de un representante de cada una de las redes de salud y de los hospitales de la región o IGSS, o acreditar que previo a la reunión de negociación la DIRESA/GERESA/IGSS realizó reuniones de coordinación con sus Instituciones.
- Previo al desarrollo de las reuniones, el MINSA remite a la DIRESA/GERESA/IGSS/INEN los formatos con los datos de los valores umbrales y de logro esperado obtenidos de las bases de datos oficiales para cada MI, ID y CM, y los formatos para el llenado de la distribución de los pesos ponderados según Institución; de acuerdo a las reglas que se establece en el numeral 6.2.3. de la presente Directiva Administrativa.
- Al término del período de negociación, el MINSA y la DIRESA/GERESA/IGSS e INEN, aprueban mediante un acta de acuerdos los valores umbral, de logro esperado y pesos ponderados para las MI, ID y CM según institución. Posteriormente, la DMSP de la DGPN en coordinación con los responsables técnicos realizan la validación de los datos, y de corresponder coordinan con las DIRESA/GERESA/IGSS/INEN para realizar los ajustes y ratificar los acuerdos.

### **6.3.3. Suscripción de los convenios de gestión**

- La Oficina General de Articulación y Coordinación (OGAC) remite a los Gobiernos Regionales dos ejemplares del Convenio de Gestión firmado por la Titular del MINSA.
- La OGPPM remite al IGSS e INEN dos ejemplares del Convenio de Gestión firmado por la Titular del MINSA.
- El Gobierno Regional/IGSS e INEN, deben devolver al MINSA uno de los ejemplares del Convenio de Gestión firmado por el Gobernador Regional, Jefe Institucional del IGSS y Jefe Institucional del INEN según corresponda, en un plazo no mayor a 15 días de la recepción del documento.
- A nivel del MINSA, la responsabilidad del seguimiento del trámite de suscripción de los convenios de gestión con los Gobiernos Regionales recae en la Oficina General de Articulación y Coordinación (OGAC), y en la OGPPM respecto de los convenios suscritos con el IGSS e INEN.
- A nivel de los gobiernos regionales, la responsabilidad del trámite de la suscripción es del Director de la DIRESA/GERESA, y del Jefe Institucional en el caso del IGSS e INEN.

### **6.3.4. Implementación de los convenios de gestión**

- La DGIESP, DIGEPRES y CDC a través de sus equipos técnicos brindan asistencia técnica a la DIRESA/GERESA/IGSS e INEN, para el desarrollo de acciones vinculadas al cumplimiento de los logros de las MI, ID y CM.
- Los equipos técnicos de las DIRESA/GERESA/IGSS establecen mecanismos para el seguimiento de las MI, ID y CM; y la supervisión del personal de la salud de las redes, microrredes y establecimientos de salud, orientado a la mejora de su desempeño y el logro de las metas definidas en el convenio de gestión.





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

- La DIRESA/GERESA/IGSS, a través de sus equipos técnicos establecen e implementan mecanismos, estrategias y acciones para el seguimiento de las MI, ID y CM; y la supervisión del personal de la salud de las redes, microrredes y establecimientos de salud, orientado a la mejora de su desempeño y el logro de las metas definidas en el Convenio de Gestión.
- La implementación del Convenio de Gestión se realiza en el marco de la normatividad vigente, los planes operativos institucionales, la gestión de los programas presupuestales y de manera coherente y conjunta con la implementación de los convenios establecidos con el Seguro Integral de Salud y los Convenios de Asignación por Desempeño (CAD) con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y Gobiernos Regionales.

**6.3.5. Evaluación de los convenios de gestión.**

- La evaluación de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora que son el objeto del convenio de gestión se realiza en base a las disposiciones de los numerales 6.2.4. a 6.2.8. de la presente Directiva Administrativa.
- El cronograma de evaluación será publicado en el portal institucional del MINSA ([www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)) antes del 31 de enero de 2017.

**6.4. DE LA ENTREGA ECONÓMICA POR CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES (MI), INDICADORES DE DESEMPEÑO (ID) Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS (CM)**

**6.4.1. Condiciones para el otorgamiento de la entrega económica anual por cumplimiento de las MI; ID y CM**

- Las instituciones deben cumplir con las siguientes condiciones:
  - Cumplir con las obligaciones asumidas por las contrapartes en los convenios de gestión.
  - Obtener un porcentaje global de cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios (PG), mayor o igual a 60 por ciento.
  - Enviar al cierre del periodo de evaluación a la DGGDRH del Ministerio de Salud la Resolución Directoral o Jefatural que aprueba la nómina de personal de salud beneficiario de la entrega económica anual por cumplimiento de MI, ID y CM, de acuerdo a los criterios técnicos que a continuación se señalan.
- El personal de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:
  - Haber trabajado de manera efectiva en la institución evaluada por un periodo mayor de 6 meses efectivos, el cual incluye el periodo de descanso vacacional.
  - No encontrarse en condición de sancionado con suspensión efectiva durante el periodo de evaluación.
  - Para el personal que haya laborado más de seis meses pero menos de doce (12) meses, el valor de la entrega económica anual será igual a tantas doceavas partes del mismo como meses haya trabajado.
  - El personal de salud debe encontrarse registrado en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público, durante el periodo de evaluación.
- La DGGDRH recibe de las contrapartes que ganaron el bono, en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles, las resoluciones directorales o jefaturales que aprueban la



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

nómina del personal de la salud beneficiario, el cual debe encontrarse registrado en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público, durante el período de evaluación, así como en el Registro Nacional de Personal de la Salud.

- La DGGDRH remitirá a las contrapartes la lista de personal de la salud observado, a fin de que en un plazo máximo de siete (07) días hábiles puedan subsanar su información. Una vez vencido dicho plazo no se modificará la nómina del personal de la salud beneficiario.
- La DGGDRH brinda soporte técnico a las DIRESA/GERESA/IGSS e INEN para la aplicación de las disposiciones a las que se hace referencia en los párrafos precedentes.

**6.4.2. Determinación del monto de la entrega económica**

- La DGGDRH determina el monto de la Asignación económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM para cada una de las instituciones que han registrado un porcentaje global de cumplimiento de metas mayor o igual a sesenta por ciento (60%), según informe final de evaluación de cumplimiento global de las MI, ID y CM emitido por la OGTI. (numeral 6.2.8); y a la siguiente escala referencial:

**ENTREGA ECONÓMICA ANUAL**

(En Nuevos Soles)

Personal de la Salud	Porcentaje Global de Logro				
	Mayor o igual que 95% hasta 100%	Mayor o igual que 90% y menor que 95%	Mayor o igual que 80% y menor que 90%	Mayor o igual que 70% y menor que 80%	Mayor o igual que 60% y menor que 70%
Médico cirujano	4,568	4,340	3,883	2,056	1,370
Cirujano dentista, químico farmacéutico, obstetra, enfermero, médico veterinario <sup>1</sup> , biólogo <sup>1</sup> , psicólogo <sup>1</sup> , nutricionista <sup>1</sup> , ingeniero sanitario <sup>1</sup> , asistente social <sup>1</sup> , tecnólogo médico y químico	2,239	2,127	1,903	1,008	672
Técnicos especializados de los servicios de fisioterapia, laboratorio y rayos X	1,949	1,852	1,657	877	585
Personal de la salud SPA- SPF técnico asistencial y	1,951	1,853	1,658	878	585
auxiliar asistencial STA- STF	1,724	1,638	1,465	776	517
SAA- SAF	1,699	1,614	1,444	765	510

<sup>1/</sup> Que presta servicio en el campo asistencial de la salud.

- La DGGDRH comunica a la Alta Dirección del Ministerio de Salud y las contrapartes de los Convenios de Gestión, los resultados finales de la validación de la nómina del personal de la salud beneficiario y el monto de la asignación económica que ha sido determinada para cada entidad.
- La DGGDRH remite a la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM) los resultados detallados de la Asignación económica anual



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

por cumplimiento de metas por entidad, para los trámites presupuestales correspondientes.

#### **6.4.3. Transferencia de recursos y pago de la entrega económica**

En cumplimiento al Decreto Supremo N° 116-2014-EF, el procedimiento es el siguiente:

- El Ministerio de Salud efectuará la transferencia de recursos que corresponda para el pago de la entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM, a los Pliegos Gobiernos Regionales, Instituto de Gestión de Servicios de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. De ser necesario, el Ministerio de Salud transferirá a las Instituciones que hayan alcanzado un porcentaje global de logro mayor o igual a 90 por ciento el monto correspondiente a la escala de referencia definida en el numeral 6.4.2; mientras que en el caso de las Instituciones que hayan alcanzado un porcentaje global de logro mayor o igual a 60 por ciento y menor que 90 por ciento, utilizará un factor de ajuste, con el fin de adecuarse al presupuesto asignado en las respectivas Leyes Anuales del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal correspondiente.
- Efectuada la transferencia, los Pliegos incorporarán el presupuesto transferido y lo distribuirán a las Instituciones a su cargo, para que éstas efectúen el pago de la entrega económica anual por cumplimiento de las MI; ID y CM al personal de la salud.
- La entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM:
  - Deberá encontrarse diferenciada en la Planilla Única de Pagos.
  - No tiene carácter pensionable, no está sujeta a cargas sociales ni forma parte de la base del cálculo para la determinación de la compensación por tiempo de servicios, y estará afectada al impuesto a la renta.

#### **6.4.4. Alteración de datos para evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM**

- En cumplimiento a la única disposición complementaria final del Decreto Supremo N° 116-2014-EF, en el supuesto que, luego de una evaluación del Ministerio de Salud, se demuestre que el personal de una Institución alteró los resultados de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios con el fin de beneficiarse de la entrega económica anual, se procederá al deslinde de responsabilidades e imposición de sanciones, de corresponder, de acuerdo al régimen laboral del personal individualizado como responsable de dichas acciones.
- Las entidades se encuentran facultadas para la suscripción de acuerdos con el personal de la salud a efectos de la devolución del monto de la entrega económica anual indebidamente percibida.



## **VII. RESPONSABILIDADES**

### **7.1 NIVEL NACIONAL**

El Ministerio de Salud a través de la DIGEPRES, DGIESP, DGPN, OGPPM, OGTI, DGGDRH, SIS, SUSALUD; se encargarán de la difusión hasta el nivel regional, así como de brindar la asistencia técnica y realizar la supervisión para la aplicación de la presente Directiva Administrativa.

### **7.2 NIVEL REGIONAL**

Las DIRESA/GERESA/INEN, IGSS o quien haga sus veces, según corresponda, son los responsables de la difusión, asistencia técnica, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la presente Directiva Administrativa en los establecimientos públicos de su jurisdicción.

### **7.3 NIVEL LOCAL**

La aplicación de la presente Directiva Administrativa es de responsabilidad de las autoridades de las redes, microrredes y los establecimientos de salud públicos incluidos en el ámbito de aplicación de la misma.

## **VIII. ANEXOS**

Anexo N° 01:

- Listado de fichas técnica según tipo.
- Fichas Técnicas de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

Anexo N° 02: Procedimientos e interpretación de los cálculos de porcentaje de cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**ANEXO N°1**

**LISTADO DE FICHAS TÉCNICAS SEGÚN TIPO**

<b>N° DE FICHA TÉCNICA</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>TIPO</b>
1	Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses.	Meta Institucional (MI)
2	Porcentaje de niños menores de 2 años de edad con suplementación de hierro y/o micronutrientes.	Indicador de Desempeño (ID)
3	Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.	Indicador de Desempeño (ID)
4	Porcentaje de recién nacidos con dos controles de Crecimiento y Desarrollo CRED.	Indicador de Desempeño (ID)
5	Porcentaje de parto institucional rural.	Indicador de Desempeño (ID)
6	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	Indicador de Desempeño (ID)
7	Porcentaje de gestantes con Atención Prenatal (APN) reenfocada.	Indicador de Desempeño (ID)
8	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de cáncer de cuello uterino.	Indicador de Desempeño (ID)
9	Productividad hora médico en consulta externa.	Indicador de Desempeño (ID)
10	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	Indicador de Desempeño (ID)
11	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en la UPSS de emergencia.	Indicador de Desempeño (ID)
12	Tiempo de espera para atención de consulta externa.	Indicador de Desempeño (ID)
13	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.	Indicador de Desempeño (ID)
14	Porcentaje de ocupación cama	Indicador de Desempeño (ID)
15	Promedio de permanencia cama.	Indicador de Desempeño (ID)
16	Rendimiento cama.	Indicador de Desempeño (ID)
19	Razón de emergencias por consulta externa.	Indicador de Desempeño (ID)
20	Porcentaje de cirugías suspendidas.	Indicador de Desempeño (ID)



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

<b>N° DE FICHA TÉCNICA</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>TIPO</b>
21	Tiempo de acceso para daños seleccionados prioridad II (dos).	Indicador de Desempeño (ID)
22	Tasa de mortalidad específica en emergencia.	Indicador de Desempeño (ID)
23	Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.	Compromiso de Mejora (CM)
24	Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis.	Compromiso de Mejora (CM)
25	Supervisión a los establecimientos de salud.	Compromiso de Mejora (CM)
26	Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los programas presupuestales seleccionados.	Compromiso de Mejora (CM)
27	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía.	Compromiso de Mejora (CM)
28	Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.	Compromiso de Mejora (CM)
29	Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.	Compromiso de Mejora (CM)
30	Fortalecimiento del proceso de atención para pacientes derivados de emergencia (prioridad III y IV).	Compromiso de Mejora (CM)
31	Fortalecimiento de la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).	Compromiso de Mejora (CM)
32	Mejora de la gestión institucional basado en el seguimiento de indicadores para hospitales de emergencia.	Compromiso de Mejora (CM)
33	Fortalecimiento de la implementación del Modelo de Salud Mental con enfoque comunitario.	Compromiso de Mejora (CM)
<b>Fortalecimiento de competencias de los hospitales y redes de salud en temas específicos del instituto.</b>		
34 (1)	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud en la prevención y el manejo de las Emergencias Obstétricas y Atención inmediata del Recién Nacido.	Compromiso de Mejora (CM)
34 (2)	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los Establecimientos de Salud en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con alteraciones oculares.	Compromiso de Mejora (CM)
34 (3)	Fortalecimiento de competencias del personal de la salud de los hospitales y redes de salud en la certificación de la discapacidad.	Compromiso de Mejora (CM)



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

<b>N° DE FICHA TÉCNICA</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>TIPO</b>
34 (4)	Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y redes de salud en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia. Instituto Nacional de Salud del Niño.	Compromiso de Mejora (CM)
34 (5)	Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y redes de salud en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo.	Compromiso de Mejora (CM)
34 (6)	Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.	Compromiso de Mejora (CM)
34 (7)	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud mental.	Compromiso de Mejora (CM)
34 (8)	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los hospitales regionales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama	Compromiso de Mejora (CM)
34 (9)	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los hospitales regionales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama	Compromiso de Mejora (CM)
35	Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en Emergencia (Hospital de Emergencias Pediátricas).	Compromiso de Mejora (CM)
36	Mejora del Seguimiento y control de pacientes atendidos en Emergencia- Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa.	Compromiso de Mejora (CM)



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Fichas Técnicas**  
**Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora**

**I. METAS INSTITUCIONALES**

**Ficha N° 1. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.**

Nombre	<b>Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.</b>	
Tipo	Meta institucional.	
Institución	DIRESA/GERESA/IGSS	
Definición	Proporción de niños y niñas con un valor de hemoglobina por debajo de punto de corte para anemia.	
Justificación	<p>En el Perú, la anemia infantil es uno de los principales problemas nutricionales que afecta la capacidad física e intelectual de las niñas y niños menores de 3 años.</p> <p>Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), la anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad, entre el 200 y 2011 presentó una disminución de 19.3 puntos porcentuales, pasando de 60.9% a 41.6%. Sin embargo, desde el 2012 las cifras se han incrementado paulatinamente hasta llegar a 46.8% en el año 2014.</p>	
Fórmula del indicador	del	$\frac{\text{N° de niños y niñas de seis a treinta y cinco meses de edad con anemia}}{\text{N° de niños y niñas de seis a treinta y cinco meses de edad evaluados}} \times 100$
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si la prevalencia de anemia del año previo es &gt;50% reducir en 8% del valor del año previo.</li> <li>▪ Si la prevalencia de anemia del año previo se encuentra entre 40% y 50% reducir en 6% del valor del año previo.</li> <li>▪ Si la prevalencia de anemia del año previo es &lt;40% reducir en 5% del valor del año previo.</li> </ul>	
Valor umbral	Valor del año previo.	
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	del	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	de	Anual
Fuente de datos	Encuesta Nacional de Salud (ENDES), último reporte anual emitido por el INEI.	
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.	
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información.	
Notas	Los resultados de la ENDES se publican generalmente en los primeros meses de cada año y corresponden a los resultados registrados en el año previo.	





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**II. INDICADORES DE DESEMPEÑO**

**Ficha N° 2. Porcentaje de niños menores de 2 años de edad con suplementación de hierro y/o micronutrientes.**

Nombre	Porcentaje de niños menores de 2 años de edad con suplementación de hierro y/o micronutrientes.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRESA/GERESA/IGSS y red de salud.
Definición	Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años de edad que han recibido suplemento de hierro o micronutrientes por 06 meses o más.
Justificación	<p>La anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 3 años de edad es un problema de salud pública que afecta negativamente el desarrollo infantil temprano. Una intervención costo-efectiva para mejorar los niveles séricos de hierro y reducir la anemia en niñas y niños de 06 a 24 meses, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la suplementación con hierro o micronutrientes en polvo, compuesto por hierro, ácido fólico, zinc, Vitamina A y vitamina C.</p> <p>La intervención desde los servicios de salud, incluye la entrega de suplementos para las niñas y niños menores de 2 años (según esquema vigente), que se acompaña de consejería y sesiones demostrativas a los padres, seguimiento de las niñas y niños mediante visitas domiciliarias y otras acciones educativo comunicacionales; para promover la adherencia y el consumo adecuado de los suplementos.</p>
Fórmula del indicador	<p>Número de niñas y niños que cumplen 01 y 02 años asegurados al SIS con suplemento de hierro o micronutrientes con 2250 mg o más.</p> <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: right;">x100</p> <p>Número de niñas y niños que cumplen 01 y 02 años asegurados al SIS adscritos a la Red.</p>
Construcción del indicador	<p><b>Numerador:</b> Sumatoria de niños asegurados al SIS que cumplen 01 año y 02 años que cuenten con 2250 mg de hierro elemental o más, desde los 29 días hasta cumplido los 12 meses y 24 meses de edad según corresponda. Para la búsqueda de hierro se incluye todas las variedades (Sulfato ferroso en sus diferentes variedades y el micronutriente con los siguientes códigos CPT S0001 ó 20575)</p> <p><b>Denominador:</b> Sumatoria de niños asegurados al SIS que cumplen 1 año y 2 años.</p> <p>Se excluye todos los servicios recuperativos (050, 051, 052, 054, 055, 906, 056, 057, 058, 059, 061, 062, 063, 064, 065, 066, 067, 068, 069, 070, 027, 053, 074, S01, 026, 901, 200 y 900)</p>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Logro esperado y Valor umbral	Población de niños menores de 2 años afiliados al SIS	Porcentaje de niños menores de 2 años con suplementación de hierro y/o micronutrientes en 2015							
		< 15%		15% - <25%		25% - 40%		> 40%	
		UMBRAL	LOGRO ESPERADO	UMBRAL	LOGRO ESPERADO	UMBRAL	LOGRO ESPERADO	UMBRAL	LOGRO ESPERADO
< 6000	Valor año previo.	> = 30%	Valor año previo.	Incremento de 15 puntos porcentuales.	Valor año previo.	Incremento de 12 puntos porcentuales.	Valor año previo.	Incremento de 10 puntos porcentuales.	
6000 a < 10000	Valor año previo.	> = 25%	Valor año previo.	Incremento de 12 puntos porcentuales.	Valor año previo.	Incremento de 10 puntos porcentuales.	Valor año previo.	Incremento de 8 puntos porcentuales.	
> 10000	Valor año previo.	> = 25%	Valor año previo.	Incremento de 10 puntos porcentuales.	Valor año previo.	Incremento de 8 puntos porcentuales.	Valor año previo.	Incremento de 8 puntos porcentuales.	
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$								
Frecuencia de medición	Anual								
Fuente de datos	SIASIS								
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.								
Área responsable de información	Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS).								

**Ficha N° 3. Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.**

Nombre	Cobertura de Inmunización contra rotavirus y neumococo.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRESA/GERESA/IGSS y red de salud.
Definición	La cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo en niños menores de 1 año, mide: a) El porcentaje de niños y niñas menores de 1 año vacunados con 2da dosis de vacuna neumococo, y b) El porcentaje de niños y niñas menores de 1 año protegidos con 2da dosis de vacuna rotavirus.
Justificación	La inmunización es una de las intervenciones más efectivas para salvar vidas y prevenir enfermedades, contribuye con el desarrollo infantil temprano y la reducción de la mortalidad.  La NTS N° 080-MINSA/DGSP V.03, "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación", aprobada por Resolución Ministerial N° 510-2013/MINSA, dispone la administración de la vacuna contra el Rotavirus. Para la prevención de gastroenteritis causada por rotavirus de los serotipos G1 y no G1 (como G2, G3, G4 y



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINS/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

		G9, a niños menores de 1 año de edad, indicada a los 2 y 4 meses de edad. La administración de la vacuna antineumocócica para prevenir las enfermedades respiratorias severas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media, a niños menores de 1 año, indicada a los 2 y 4 meses de edad.
Fórmula del Indicador		$\frac{\text{N° Total de niñas y niños menores de 1 año que han recibido 02 dosis de vacuna contra rotavirus y 02 dosis de vacuna contra neumococo}}{\text{Población de niñas y niños menores de 01 año estimada por el INEI}} \times 100$
Construcción del Indicador		<p>Los cálculos de cobertura de vacunación contra rotavirus y neumococo serán independientes. El logro alcanzado será el menor valor cobertura registrada sea rotavirus o neumococo.</p> <p>La población estimada por INEI podrá ser reajustada según padrón nominado, si la DIRESA/Red de Salud demuestra que la población está sobre o sub estimada; se tomará en cuenta cobertura y deserción de los últimos 03 años.</p>
Logro esperado		95% de cobertura sobre el total de niños menores de 1 año de edad estimados por INEI.
Valor umbral		80% de cobertura sobre el total de niños menores de 1 año de edad estimados por INEI.
Cálculo porcentaje cumplimiento	del de	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	de	Anual
Fuente de datos		HIS y reportes de otros efectores.
Área técnica responsable		Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones del MINSA.
Área responsable de información		Oficina General de Tecnologías de la Información.

**Ficha N° 4. Porcentaje de recién nacidos con dos controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED).**

Nombre	Porcentaje de recién nacidos con dos controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED).
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRESA/GERESA/IGSS y red de salud.
Definición	Mide el porcentaje de neonatos que ha recibido 2 controles de crecimiento y desarrollo (CRED) durante los primeros quince días de nacido. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en vivienda como parte de la visita domiciliaria.
Justificación	<p>Los controles realizados durante la etapa neonatal contribuyen con la disminución de la mortalidad neonatal al identificar e intervenir precozmente sobre factores de riesgo o alteraciones del crecimiento y desarrollo del Recién Nacido (RN) y su madre, así mismo se promueve el desarrollo infantil temprano al fortalecer las prácticas de cuidado y alimentación del niño en el hogar a través de la consejería y sesiones demostrativas.</p> <p>La NTS N°106 -MINS/VDGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada por RM N° 828-2013/MINSA, establece el 1° control del recién</p>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	nacido a la 48 horas del alta institucional, y luego 01 control cada semana.																																																																															
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° Total de RN asegurados al SIS con dos controles CRED dentro de los primeros 15 días}}{\text{N° Total de RN asegurados al SIS}} \times 100$																																																																															
Construcción del indicador	<p>Recién nacidos: Desde los 0 días hasta los 28 días.</p> <p><b>Numerador:</b> N° acumulado de niños que cumplen 28 días de edad asegurados SIS que en el periodo de evaluación (entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 2016), registren 2 CRED dentro de los 15 días de nacido (prestaciones 001, 002, 060 y 075).</p> <p><b>Denominador:</b> N° acumulado de niños que cumplen 28 días de edad asegurados SIS que en el periodo de evaluación (entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 2016).</p> <p>Nota: El intervalo mínimo entre controles del RN es de 2 días.</p>																																																																															
Logro esperado y Valor umbral	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Población de recién nacidos</th> <th colspan="8">Porcentaje Recién Nacido con 02 CRED en 2015</th> </tr> <tr> <th colspan="2">&lt; 15%</th> <th colspan="2">15% - 50%</th> <th colspan="2">&gt;50% - &lt;90%</th> <th colspan="2">&gt;= 90%</th> </tr> <tr> <th colspan="8">Incremento en puntos porcentuales sobre el valor del año previo</th> </tr> <tr> <th></th> <th>UMBRAL</th> <th>LOGRO ESPERADO</th> <th>UMBRAL</th> <th>LOGRO ESPERADO</th> <th>UMBRAL</th> <th>LOGRO ESPERADO</th> <th>UMBRAL</th> <th>LOGRO ESPERADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 500</td> <td>30</td> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>500 - &lt;1000</td> <td>20</td> <td>30</td> <td>10</td> <td>20</td> <td>5</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1000 - &lt;2000</td> <td>10</td> <td>25</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Valor año previo</td> <td>&gt;= 90</td> </tr> <tr> <td>2000 - &lt; 4000</td> <td>7</td> <td>15</td> <td>7</td> <td>12</td> <td>7</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>&gt;4000</td> <td>5</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>8</td> <td>Valor año previo</td> <td>8</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Población de recién nacidos	Porcentaje Recién Nacido con 02 CRED en 2015								< 15%		15% - 50%		>50% - <90%		>= 90%		Incremento en puntos porcentuales sobre el valor del año previo									UMBRAL	LOGRO ESPERADO	UMBRAL	LOGRO ESPERADO	UMBRAL	LOGRO ESPERADO	UMBRAL	LOGRO ESPERADO	< 500	30	50							500 - <1000	20	30	10	20	5	10			1000 - <2000	10	25					Valor año previo	>= 90	2000 - < 4000	7	15	7	12	7	10			>4000	5	10	5	8	Valor año previo	8		
Población de recién nacidos	Porcentaje Recién Nacido con 02 CRED en 2015																																																																															
	< 15%		15% - 50%		>50% - <90%		>= 90%																																																																									
	Incremento en puntos porcentuales sobre el valor del año previo																																																																															
	UMBRAL	LOGRO ESPERADO	UMBRAL	LOGRO ESPERADO	UMBRAL	LOGRO ESPERADO	UMBRAL	LOGRO ESPERADO																																																																								
< 500	30	50																																																																														
500 - <1000	20	30	10	20	5	10																																																																										
1000 - <2000	10	25					Valor año previo	>= 90																																																																								
2000 - < 4000	7	15	7	12	7	10																																																																										
>4000	5	10	5	8	Valor año previo	8																																																																										
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$																																																																															
Frecuencia de medición	Anual																																																																															
Área técnica responsable	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.																																																																															
Área responsable de información	Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS).																																																																															



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 5. Porcentaje de parto institucional rural**

Nombre	Porcentaje de parto institucional rural
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRESA/GERESA
Definición	Porcentaje de mujeres del área rural que reporta haber tenido un niño nacido vivo en los últimos 5 años previos a la encuesta y que fue atendido por un profesional de la salud en un establecimiento de salud.
Justificación	<p>La atención del parto institucional es una intervención costo-efectiva para la reducción de la mortalidad materna y la mortalidad neonatal precoz. En los últimos años, se ha registrado un incremento sostenido de la cobertura de parto institucional a nivel nacional. Sin embargo, todavía persiste la brecha de inequidad entre el área urbana que registra una tasa de parto institucional del 96% frente al área rural con 71.9% (ENDES 2014). Las áreas más afectadas son las amazónicas y alto-andinas donde el acceso geográfico y cultural a los servicios de salud todavía es precario.</p> <p>Las mejoras de las coberturas de parto institucional rural dependen principalmente de la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud para adecuar su oferta a cada una de las realidades locales.</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° mujeres de 15 a 49 años del área rural que reportaron haber tenido un niño nacido vivo en los últimos 5 años y que fue atendido por un profesional de la salud en un establecimiento de salud.}}{\text{N° de mujeres de 15 a 49 años del área rural que reportaron haber tenido un niño nacido vivo en los últimos 5 años.}} \times 100$
Logro esperado	<p>Si valor en año previo es inferior a 90%, incrementar en 3 % del valor del año previo.</p> <p>Si valor en año previo está entre 90% y 95%, mantener o mejorar las cifras.</p> <p>Si el valor del año previo es mayor a 95%, mantener en el rango mayor a 95%.</p>
Valor umbral	Valor obtenido en el año previo, según reporte de ENDES.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta Nacional de Salud (ENDES), último reporte anual emitido por el INEI.
Área responsable técnica	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	Los resultados de la ENDES se publican generalmente en los primeros meses de cada año y corresponden a los resultados registrados en el año previo.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 6. Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.**

Nombre	<b>Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.</b>	
Tipo	Indicador de desempeño.	
Institución	DIRESA/GERESA/IGSS y red de salud.	
Definición	Se define como mujer protegida por un método a la usuaria que: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cumplió con recibir los insumos para un año (para métodos con insumo), o</li> <li>▪ Cumplió con el número de controles requeridos, para los demás métodos.</li> </ul>	
Justificación	En el Perú se registra una brecha entre la expectativa reproductiva y la tasa global de fecundidad; asimismo, la ENDES en el año 2013 reporta que el 9.0% de las mujeres en unión tiene demanda insatisfecha de planificación familiar. Este valor es el más alto alcanzado desde que se mide este indicador, y ha estado subiendo desde el año 2012.  La planificación familiar es también una intervención de reconocida eficacia en la reducción del número de muertes maternas.	
Fórmula del indicador	<u>Número de parejas protegidas</u>	x100
	Mujeres en edad fértil (MEF) de la población bajo responsabilidad	
Logro esperado	Incremento de 10% sobre el valor del año previo.  Las instituciones que en 2015 alcanzaron 90% o más, alcanzar 90% o más.	
Valor umbral	Valor del año previo.	
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$	
Frecuencia de medición	Anual  Mensual	
Fuente de datos	HIS y Sistema de Información de Egresos y Emergencia (SEEM).	
Área responsable técnica	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.	
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información.	
Notas	MEF bajo responsabilidad es aquella que corresponde atender al Gobierno Regional/IGSS.	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 7. Porcentaje de gestantes con Atención Prenatal (APN) reenforcada**

Nombre	Porcentaje de gestantes con Atención Prenatal (APN) reenforcada.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRESA/GERESA/IGSS y red de salud.
Definición	Gestante con atención prenatal reenforcada es aquella que recibe las siguientes intervenciones: i) Exámenes de laboratorio: Hemoglobina o Hematocrito, Glicemia, Orina, RPR y VIH en el primer trimestre del embarazo; ii) 4 o más atenciones prenatales en el transcurso del embarazo, el primer CPN en el primer trimestre del embarazo; y iii) 4 entregas con un mínimo de 120 tabletas de hierro (ácido fólico y sulfato ferroso en el transcurso del embarazo).
Justificación	La atención prenatal reenforcada debe mejorar las probabilidades de la madre y el niño para concluir saludablemente el embarazo. Esto implica el cumplimiento de un plan de atención que requiere el despistaje o monitoreo de varias condiciones de salud, por métodos clínicos, de laboratorio y de imágenes.
Fórmula del indicador	<p>N° de gestantes aseguradas al SIS que han culminado su embarazo en el tercer trimestre del embarazo (partos del 01-01-16 al 31/12/16) <u>que cumplen con la definición de atención prenatal reenforcada.</u></p> <p>Número de gestantes aseguradas en el SIS que han culminado su embarazo en el tercer trimestre del embarazo. x100</p>
Construcción del indicador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la búsqueda del indicador en el SIASIS se utilizará los códigos SISMED 03513, 03512, 03514, (sulfato ferroso más ácido fólico) ó ((03552 ó 03553 (Sólo sulfato ferroso)) y ((18109 ó 18119 (sólo ácido fólico)) en los códigos de servicios 009 y 056.</li> <li>• Para la búsqueda de la APN se utilizará el código de servicio 009 (Control Prenatal).</li> <li>• Para el examen de laboratorio se realizará la búsqueda de los servicios 071, 009, 011, 056), con el siguiente detalle: (a+b+c+d) ó (e) <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Hemoglobina</b> (85018) Hemograma (Hemograma completo, 3ra. generación "Nº, Fórmula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, Plaquetas" o Hemograma completo) (85031, 85007 o 85027), hematocrito (85013, 85014), b) <b>examen de orina</b> (81000 ó 81001), (81003 Examen de orina no automatizado con microscopía (81005), Análisis de orina cualitativo o semicuantitativo, excepto inmunoensayos (81007). Tira reactiva para bacteriuria (81015) Examen microscópico de sedimento urinario (81099) c) <b>descarte de VIH</b> ((Test de Elisa o prueba rápida para HIV 1/HIV 2 o Detección de anticuerpos para HIV-1 / HIV -2) (86703 o 86701 o 86702 o 86689")), d) <b>sifilis</b> (Prueba de sifilis cualitativa (VDRL, RPR, ART) (86592))</li> <li>ó</li> <li>e) Incluye el registro de Perfil prenatal que incluye hemograma de tercera generación, glucosa, VDRL, HIV, examen de orina, rubeola) código CPT: 80055.</li> </ul> </li> <li>• Para la búsqueda del Primer trimestre de gestación se considera hasta las 15 semanas.</li> </ul> <p><b>Precisiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de servicio 011 (Examen de batería de gestante) se realiza en EE.SS. que cuentan con laboratorio.</li> <li>• Código de servicio 071 (Apoyo al DX), se realiza en todos los EE.SS. con tiras reactivas.</li> </ul>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Logro esperado	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada en 2015			
	Población gestantes afiliada SIS	< 10%	10% - 20%	> 20%
		Logro Esperado		
	< 1000	>=18%	Incremento de 8 puntos porcentuales.	
	1000 - < 2000	>=15%	Incremento de 6 puntos porcentuales.	Incremento de 5 puntos porcentuales.
	2000 - 6000	>=15%	Incremento de 5 puntos porcentuales.	Incremento de 3 puntos porcentuales.
	> 6000	Incremento de 3 puntos porcentuales.	Incremento de 3 puntos porcentuales.	Incremento de 3 puntos porcentuales.
Valor umbral	Valor del año previo.			
Cálculo del porcentaje cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}}$			
Frecuencia de medición	Anual			
Fuente de datos	SIASIS			
Área responsable técnica	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.			
Área responsable de información	Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS).			
Notas	<p>En el caso de entrega de ácido fólico y sulfato ferroso por separado, se contabilizará de la siguiente manera: 3 tabletas de la 18109 ó 1 tableta 18119 de ácido fólico más las 30 tabletas del 3352 ó 3553 de tabletas de sulfato ferroso.</p> <p>El denominador de la fórmula corresponde a datos del periodo 1/01/2015 al 31/12/2015, un estimado para 2016, que se mantendrá fijo durante todo el año.</p>			

**Ficha N° 8. Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de cáncer de cuello uterino.**

Nombre	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de cáncer de cuello uterino.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRESA/GERESA/IGSS y red de salud.





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN - V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Definición	Se denomina mujer con despistaje de cáncer de cuello uterino a aquella que se le realiza la prueba de Papanicolaou y/o la inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), independientemente del resultado y de la entrega del mismo.
Justificación	En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más frecuente. El examen de citología por Papanicolaou y la IVAA permiten la captación de mujeres con cáncer de cérvix en etapas tempranas. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 25 a 64 años de edad.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años aseguradas al SIS con examen de Papanicolaou y/o IVAA}}{\text{Número de mujeres 25 a 64 años aseguradas al SIS}} \times 100$
Construcción del indicador	Se realizará la búsqueda en la prestación 024 y en todos los servicios que contengan el CPT: 88141 y 88141-01  Para el denominador se contabiliza las MEF afiliadas al 31 de diciembre 2015, las cuales se mantienen fijo durante el periodo de evaluación. Para el monitoreo se busca las MEF que cumplen 25 a 64 años en el periodo de evaluación.  MEF: Mujeres en edad fértil (25 a 64 años)
Logro esperado	Incrementar 20 puntos porcentuales sobre el valor del año previo.  Las instituciones que en 2015 alcanzaron 90% o más, alcanzar 90% o más.
Valor umbral	Valor del año previo.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	SIASIS
Área responsable técnica	Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas.
Área responsable de información	Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS).

**Ficha Técnica N° 9. Productividad hora-médico en consulta externa.**



Nombre	Productividad hora-médico en consulta externa.
Tipo	indicador de desempeño.
institución	DIRESA/GERESA/IGSS, Red de salud, hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Resultado de dividir el número de consultas médicas en consulta externa de un periodo, entre el número de horas médico programadas en el mismo periodo.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Justificación	<p>Permite medir los productos alcanzados (consulta médica) por unidad de recurso disponible (hora-médico) en un tiempo dado. Así mismo permite evaluar la sub utilización o la sobre utilización del recurso hora-médico en la consulta externa.</p> <p>La medición de este indicador muestra que la mayor parte de hospitales se encuentra por debajo del estándar. Es posible que parte de este valor bajo refleje falta de registro de atenciones realizadas y/o una programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.</p>			
Fórmula del indicador	<p><u>N° de consultas médicas realizadas en consulta externa en un período</u>  N° de horas médico programadas en consulta externa en el mismo período</p>			
Construcción del indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p><b>Numerador.-</b> Es el número de consultas médicas realizadas en los consultorios de la UPSS Consulta Externa en un período de tiempo. La consulta médica es la atención que realiza el médico a un usuario que acude a la UPSS de Consulta Externa por una necesidad de salud o enfermedad. Comprende un conjunto de acciones y decisiones médicas, destinadas a establecer un diagnóstico y un tratamiento así como el pronóstico de un caso de enfermedad. La consulta médica no incluye aquellas atenciones brindadas por el médico en los servicios de emergencia o de consulta de urgencia y los procedimientos de ayuda de diagnóstico o tratamiento que se realicen en consultorios externos. No es una consulta médica aquella brindada por otros profesionales de la salud.</p> <p><b>Denominador.-</b> Es el número total de horas programadas de atención en consulta médica en la UPSS Consulta Externa en el mismo período de tiempo. Se consideran los turnos médicos regulares previstos en cada consultorio y las horas programadas por servicios complementarios en salud, de acuerdo a la normatividad vigente.</p> <p>Las Horas médico programadas en consulta externa corresponden a turnos de cuatro (04) horas ininterrumpidas, que realiza el médico y están señaladas en el rol de programación de turnos de Trabajo Médico en el establecimiento de salud. Las horas restantes son destinadas a labores propias del establecimiento de salud (Referencia: Directiva Administrativa N° 207 - MINSA/DGSP- V. 01, aprobada con RM N°343-2015/MINSA).</p>			
Logro esperado	Es el valor referencial según nivel de atención del establecimiento de salud:			
	I-3 y I-4	II-1 y II-2	III-1 y III-2	II-E y, III-E
	4 a 5 consultas / hora médico programada.	4 a 5 consultas / hora médico programada.	3 a 4 consultas / hora médico programada.	2 a 4 consultas / hora médico programada.
Valor Umbral	No Aplica			
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%</li> <li>▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 80%</li> <li>▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 1 unidad por encima o debajo del rango: 60%</li> </ul> <p>Para los hospitales e institutos especializados con valores referenciales entre 1.5 a 2 consultas / hora médico programada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%</li> <li>▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 0.25 unidad por encima o debajo del rango: 80%</li> <li>▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 60%</li> </ul>			
Fuente de datos	Reporte de la Estadística e Informática o su equivalente del ESSS, en base a datos de la Hoja HIS /HIS-DIS (numerador); programación mensual de consulta externa médica (denominador). Directiva Administrativa N° 207 - MINSA/DGSP- V. 01 (RM N°343-			



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	2015/MINSA). Los establecimientos de salud que disponen de otro sistema de registro de atenciones, este deberá ser aprobado por la Oficina General de Tecnologías de la información del MINSA.
Frecuencia de medición	Anual
Área responsable técnica	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	Para establecimientos de atención especializada II-E, III-E y III-2, el valor referencial se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico.  Para las redes de salud se considera la medición de los establecimientos de salud I-3, I-4 y hospitales con menos o igual a 50 camas.

**Ficha N° 10. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.**

Nombre	<b>Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.</b>
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Evalúa los aspectos relacionados al mantenimiento de la autonomía del usuario, confidencialidad, respeto a la dignidad, confort del servicio, trato del prestador, elección de prestadores y acceso a redes sociales. Estos aspectos se resumen en una medición de la percepción de la satisfacción del usuario mediante una escala Likert de cinco valores; que señala como satisfecho al usuario que reporta sentirse muy satisfecho o satisfecho con la atención recibida (los dos valores superiores).
Justificación	La satisfacción del usuario es una medida de la calidad de atención percibida, proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del mismo. Se espera que un estímulo externo de reconocimiento al desempeño del personal de la salud mejore la calidad percibida de la atención de salud. Los niveles de satisfacción de los usuarios afectan principalmente la decisión de utilización de los servicios de salud, la fidelidad con el establecimiento de salud y la adherencia al tratamiento. Los resultados obtenidos deben desencadenar el desarrollo de proyectos de mejora continua de los procesos de atención hacia la mejora de la calidez y calidad de atención.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de personas encuestadas que refieren estar satisfechos o muy satisfechos con la atención de consulta externa}}{\text{Número de personas encuestadas}} \times 100$
Logro esperado	Si el valor del año previo es igual o mayor al 75%, alcanzar un valor igual o mayor al 80%. Si el valor del año previo es menor al 75% Incrementar en 5 puntos porcentuales.
Valor umbral	Valor del año previo.
Cálculo del porcentaje cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD). La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Área responsable técnica	Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
Nota	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.

**Ficha N° 11. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en la UPSS de emergencia.**

Nombre	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en la UPSS de emergencia.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	Hospital de emergencias
Definición	Evalúa los aspectos relacionados al mantenimiento de la autonomía del usuario, confidencialidad, respeto a la dignidad, trato del prestador, confort del servicio, elección de prestadores y acceso a redes sociales. Estos aspectos se resumen en una medición de la percepción de la satisfacción del usuario mediante una escala Likert de cinco valores; que señala como satisfecho al usuario que reporta sentirse muy satisfecho o satisfecho con la atención recibida (los dos valores superiores).
Justificación	La satisfacción del usuario es una medida de la calidad de atención percibida, proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del mismo. Se espera que un estímulo externo de reconocimiento al desempeño del personal de la salud mejore la calidad percibida de la atención de salud. Los niveles de satisfacción de los usuarios afectan principalmente la decisión de utilización de los servicios de salud, la fidelidad con el establecimiento de salud y la adherencia al tratamiento. Los resultados obtenidos deben desencadenar el desarrollo de proyectos de mejora continua de los procesos de atención hacia la mejora de la calidad.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de personas encuestadas que refieren estar satisfechos o muy satisfechos con la atención en la UPSS de emergencia}}{\text{Número de personas encuestadas}} \times 100$
Logro esperado	Si el valor del año 2014 es igual o mayor al 75%, alcanzar un valor igual o mayor al 80%. Si el valor del año 2014 es menor a 75% incrementar en 5 puntos porcentuales.
Valor umbral	Valor del año 2014
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ $\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD. La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINS/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Área responsable técnica	Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

**Ficha N° 12. Tiempo de espera para atención en consulta externa.**

Nombre	<b>Tiempo de espera para atención en consulta externa.</b>
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Para los establecimientos de salud sin sistema de citas: Tiempo promedio transcurrido, medido directamente, entre el contacto del usuario con el área de admisión y la entrada al consultorio para la atención respectiva. Aplican en este grupo, los establecimientos de salud que brindan citas para atención en rangos de horarios (Ej. 8:00 -11:00 horas) u otorgan números de orden de atención referenciales.  Para los establecimientos de salud con sistema de citas: Tiempo promedio transcurrido entre la hora de cita registrada y la entrada al consultorio para la atención respectiva.
Justificación	El tiempo de espera está asociado con la satisfacción del usuario externo, el nivel de utilización de los servicios de salud y los costos de oportunidad de los pacientes. El postergar la decisión de contacto con los servicios de salud tiene efectos probados sobre el control de las enfermedades.
Fórmula del indicador	Establecimientos de salud sin sistema de citas: $\frac{\text{Suma de tiempo transcurrido entre el contacto del usuario con el servicio de admisión y su ingreso al consultorio médico.}}{\text{Número de personas evaluadas}}$ Establecimientos de salud con sistema de citas: $\frac{\text{Suma de tiempo promedio transcurrido entre la hora de cita y la entrada al consultorio para la atención respectiva.}}{\text{Número de personas evaluadas}}$
Logro esperado	< = 75 minutos: Para hospitales con valores en el año previo < = 75 minutos. Reducción de 15% del valor del año previo: Para hospitales con tiempos de espera mayores a 75 minutos.
Valor umbral	Valor del año previo
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD. La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Área responsable técnica	Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LDS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
Notas	La definición y fórmula del indicador se ajustarán de acuerdo al flujo que sigue el usuario para la atención en consulta externa, según corresponda al establecimiento de salud. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.

**Ficha N° 13. Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.**

Nombre	<b>Densidad de Incidencia / Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.</b>
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	Hospital de III nivel, e instituto especializado según Anexo N°3.
Definición	La incidencia mide la velocidad con que se propaga las IAAS (los casos nuevos o incidentes de IAAS durante un periodo de tiempo), a más casos nuevos, más rápida la propagación. Se utiliza densidad de incidencia cuando se mide el número de casos nuevos en una cantidad de persona-tiempo y la incidencia acumulada, cuando la exposición es única y sólo se espera un episodio por paciente.  Cada institución seleccionará 1 tipo de IAAS o Infecciones Intrahospitalarias (IIH), en un servicio específico, se prioriza la IAAS que se encuentren con tasas de incidencia elevada respecto a los valores referenciales para su nivel de atención publicados en el boletín epidemiológico N° 038 – 2015 de la Dirección General de Epidemiología.
Justificación	Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, el riesgo a la salud del personal sanitario y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. La vigilancia y control epidemiológico constituyen una estrategia fundamental para fortalecer la seguridad del paciente. Los siguientes Documentos Normativos tienen relación con la vigilancia, prevención y control de las IAAS o IIH:  Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA. Norma Técnica N°026-MINSA/OGE-V.01. Norma Técnica de vigilancia prevención y control de las Infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA. Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP V. 01 Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA.
Fórmula del indicador	<b>Densidad de Incidencia:</b> <u>Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo</u> x1000 Número de días- procedimiento expuesta al riesgo durante el mismo periodo. <b>incidencia acumulada:</b> <u>Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo</u> x100 Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Construcción del indicador	<p><b>Densidad de Incidencia:</b></p> <p><b>Numerador:</b> Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2016.</p> <p><b>Denominador:</b> Sumatoria del total de días- procedimiento o pacientes-procedimientos expuestos al riesgo durante el mismo año.</p> <p>Se utiliza para la medición de neumonías, infección de tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo.</p> <p>El numerador y el denominador deberán ser obtenidos según la metodología de la vigilancia epidemiológica que se establece en la norma técnica vigente.</p> <p><b>Incidencia acumulada:</b></p> <p><b>Numerador:</b> Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2016.</p> <p><b>Denominador:</b> Sumatoria del total de pacientes según procedimiento</p> <p>Se utiliza para la medición de infecciones de herida operatoria y de endometritis puerperal.</p>
Logro esperado	<p>Para las instituciones con valor del año previo menor o igual a la tasa referencial<sup>4</sup> para su nivel de atención: Mantenerse menor o igual al valor referencial, de acuerdo a la Infecciones Intrahospitalarias (IIH) seleccionada.</p> <p>Para las instituciones con valor del año previo mayor a la tasa referencial para su nivel de atención: Reducir en 30% para alcanzar la tasa referencial. Si el cálculo de logro esperado resulta en tasas menores que el valor referencial, reducir la proporción que corresponda para llegar al valor referencial (&lt;30%).</p>
Valor Umbral	Valor del año previo.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias (IIH), aplicativo web de notificación de las IIH.
Área responsable técnica	Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud y Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; en el marco de sus competencias.
Área responsable de la información	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC
Notas	Los establecimientos de salud que seleccionen IAAS que no forman parte de la Norma Técnica de Salud de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias vigente, proporcionarán al CDC los valores de los numeradores y denominadores de las IAAS por mes del año 2015, para el establecimiento del valor basal y logro esperado 2016.



<sup>4</sup> Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico N° 038 - 2015; 765 - 766.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 14. Porcentaje de ocupación cama**

Nombre	Porcentaje de ocupación cama
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Es la relación entre el número de pacientes hospitalizados por día y el número de camas disponibles por día.
Justificación	Permite medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un período de tiempo. Este indicador evalúa la sub-utilización o sobre-utilización del recurso cama de la UPSS Hospitalización. A medida que el hospital tiene mayor complejidad, el porcentaje de ocupación deberá analizarse por especialidades, ya que el indicador global puede ocultar insuficiencia de camas o camas sobrantes en las distintas especialidades.
Fórmula del Indicador	$\frac{\text{N° pacientes-día (de un período)}}{\text{N° de días-cama-disponible (en el mismo período)}} \times 100$
Construcción del Indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p><b>Numerador.-</b> El número total de pacientes-día del mes se obtiene de la sumatoria de todos los pacientes-día censados día a día durante el mes. Un paciente-día es el paciente que ocupa una cama de hospitalización en un día calendario. Esta denominación también corresponde a días de estancia o días-cama ocupados.</p> <p><b>Denominador.-</b> El número de días-cama-disponible se obtiene de la sumatoria de todas las camas existentes para hospitalización por cada día del mes. Una cama existente se define como aquella cama hospitalaria ocupada o libre y operativa, que puede prestar servicio durante las 24 horas del día. No se contabilizan las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor a 6 horas. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico.</p> <p>El cociente obtenido se multiplica por 100.</p> <p>Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/IGSS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de Asistencia Social y/o legal del establecimiento de salud, según corresponda.</p>
Logro esperado	<p>Para Hospitales Generales del II nivel de atención: <math>\geq 80\%</math></p> <p>Para Hospitales Generales del III nivel de atención: <math>\geq 80\%</math></p> <p>Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: <math>\geq 80\%</math></p>
Valor umbral	60% de ocupación cama.
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$
Fuente de Datos	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, con base a Censo Diario de Enfermería y la Hoja Resumen de Censo Diario (numerador y denominador)





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Frecuencia de medición	Anual
Área responsable técnica	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias. Porcentaje de ocupación cama también denominado "Grado de uso cama".

**Ficha N° 15. Promedio de permanencia cama**

Nombre	<b>Promedio de permanencia cama</b>
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Llamado también promedio de estancia hospitalaria. Es la relación entre el número de días de estancia de los pacientes egresados en un período de tiempo y el número total de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período de tiempo, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado.
Justificación	Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de la UPSS Hospitalización (sub-utilización o sobre-utilización). Además indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar entre otras causas, deficiencias técnicas. Este indicador puede ser influenciado por el campo clínico de establecimiento de salud (en los casos de establecimientos de atención especializada), ya que un establecimiento de salud de atención general tiene diferente promedio de permanencia que un establecimiento de salud de atención especializada.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un período}}{\text{N° de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período}}$
Construcción del indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p><b>Numerador.</b>- El número total de días-estancia de los egresos (o días de permanencia) se obtiene de la sumatoria de los días de hospitalización de cada paciente egresado de la UPSS Hospitalización durante un mes. Los días de hospitalización se contabilizan desde el momento del ingreso del paciente a una cama de la UPSS Hospitalización hasta su egreso de esta UPSS; independientemente de su estadía en diferentes áreas o especialidades de la UPSS Hospitalización. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico.</p> <p><b>Denominador.</b>- El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la UPSS Hospitalización luego de haber ocupado una cama de hospitalización. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud) o por defunción.</p>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/IGSS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de asistencia social y/o del área de asuntos legales del establecimiento de salud, según corresponda.
Logro Esperado	<p>Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 3 – 5 días / egreso          Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 6 – 8 días / egreso</p> <p>Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instituto Nacional de Oftalmología: 1 - 3 días / egreso</li> <li>▪ Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: 16 -18 días / egreso</li> <li>▪ Hospital Hermilio Valdizán. 35 a 38 días / egreso</li> <li>▪ Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi: 60 a 65 días/egreso</li> <li>▪ Hospital Larco Herrera: 45 a 50 días/egreso.</li> <li>▪ Instituto Nacional de Rehabilitación: 88-92 días / egreso.</li> <li>▪ Instituto Nacional de Salud del Niño (Breña): 12 a 14 días/egreso.</li> <li>▪ Instituto Materno-Perinatal y Hospital Docente Asistencial San Bartolomé: 4 – 6 días / egreso.</li> <li>▪ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: 9 – 12 días /egreso (servicios de hospitalización quirúrgica).</li> </ul>
Valor umbral	No aplica
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	<p>Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%          Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 de unidad por encima o debajo del rango: 80%          Si el valor calculado se encuentra hasta 1 de unidad (1 día) por encima o debajo del rango: 60%</p> <p>Estos criterios aplican a todos los establecimientos de salud, excepto para el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Hospital Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán, Instituto Nacional de Salud del Niño y el INEN; donde:</p> <p>Si el valor se encuentra dentro del rango: 100%          Si el valor se encuentra hasta 1 unidad (1 día) por encima o debajo del rango: 80%.          Si el valor se encuentra hasta 2 unidades (2 días) por encima o debajo del rango: 60%.</p>
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, con base a la Tarjeta Resumen de Hospitalización de cada paciente o Sistema de Movimiento Hospitalario (numerador); Hoja de Censo Diario de la Enfermera (denominador) o Libro de egresos hospitalarios (denominador).
Área responsable técnica	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
Área responsable de la Información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	<p>Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, el valor referencial se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico.</p> <p>No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias, ni al Instituto Nacional de Oftalmología.</p>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 16. Rendimiento cama**

Nombre	<b>Rendimiento cama</b>
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Es la relación entre el número de egresos de una cama de la UPSS Hospitalización en un período y el N° de camas hospitalarias disponibles promedio en el mismo período por día.
Justificación	Permite medir el número de egresos hospitalarios por cada cama hospitalaria disponible en un período determinado (promedio de uso de una cama hospitalaria). Se le conoce también como Índice de rotación. La cama hospitalaria será más utilizada en el período medido si hay una mayor demanda efectiva. Este indicador es influenciado por el Promedio de Permanencia Cama y el Intervalo de Sustitución.
Fórmula del Indicador	<u>N° de egresos de un período</u> N° de camas disponibles promedio en el mismo período
Construcción del indicador	Se obtendrá del cociente entre: <b>Numerador.-</b> El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que ocuparon una cama de hospitalización <b>Denominador.-</b> Es el número promedio de camas existentes durante el mes. Para su obtención se suma todas las camas existentes para hospitalización por cada día del mes y se divide entre el número total de días del mes. Una cama existente se define como aquella cama hospitalaria ocupada o libre, que puede prestar servicio durante las 24 horas del día. No se contabilizan las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor a 6 horas. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico.  Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/IGSS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de asistencia Social y/o área de asuntos legales del establecimiento de salud, según corresponda.
Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 6 a 9 egresos / cama / mes.  Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 3 a 5 egresos / cama / mes.  Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico.  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instituto Nacional de Salud del Niño (Breña): 1-2 egresos/cama/mes.</li> <li>▪ Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: 1- 2 egresos/cama/mes.</li> <li>▪ Instituto Materno-Perinatal y Hospital Docente Asistencial San Bartolomé: 4.5 – 6.5 egresos / cama / mes. Para el cálculo se considerarán las camas de la unidad de intermedios neonatales.</li> <li>▪ Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM): 0.5-0.7 egresos / cama / mes.</li> </ul>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital Hermilio Valdizán (HHV): 0.7 – 0.8 egresos / cama / mes.</li> <li>▪ Hospital Víctor Larco Herrera: 0.3 – 0.5 egresos/cama/mes</li> <li>▪ Instituto Nacional de Rehabilitación (INR): 0.25 – 0.30 egresos / cama / mes</li> <li>▪ INEN: 2 a 4 egresos /cama/mes, en la UPSS de hospitalización quirúrgica.</li> </ul>
Valor umbral	No aplica
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	<p>Para todos los establecimientos de salud:</p> <p>Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%</p> <p>Si el valor calculado se encuentra hasta en 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 80%</p> <p>Si el valor calculado se encuentra hasta en 1 unidad (1 egreso/cama/mes) por encima o debajo del rango: 60%</p> <p>Para los establecimientos de salud con valores de rendimiento cama menor a 1 egreso/cama/mes:</p> <p>Si el valor calculado se encuentra dentro del rango:100%</p> <p>Si el valor calculado se encuentra hasta en 0.05 unidad por encima o debajo del rango: 80%.</p> <p>Si el valor calculado se encuentra hasta en 0.1 unidad por encima o debajo del rango: 60%.</p>
Fuente de Datos	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, a partir del Libro de egresos hospitalarios (numerador); censo diario de enfermería y la Hoja Resumen de Censo Diario (denominador).
Frecuencia de medición	Anual
Área responsable técnica	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	<p>Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico.</p> <p>No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.</p>

**Ficha N° 19. Razón de emergencias por consulta externa**

Nombre	<b>Razón de emergencias por consulta externa</b>
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Hospital general de III nivel, hospitales e institutos especializados según anexo N° 3.
Definición	Es la relación entre las atenciones médicas de emergencia realizadas en la UPSS emergencia y las atenciones médicas realizadas en la UPSS consulta externa
Justificación	Permite conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un período. Indirectamente permite conocer la demanda insatisfecha de consulta externa del hospital o de la red de salud.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Fórmula del indicador	del	<u>N° de atenciones médicas en la UPSS Emergencia (en un período)</u> N° de consultas médicas en la UPSS Consulta Externa (en el mismo período)
Construcción del indicador	del	Se obtendrá del cociente entre:  <b>Numerador.-</b> Es la suma de las atenciones médicas realizadas en los diferentes tópicos y en la unidad de shock trauma de la UPSS Emergencia del establecimiento de salud en un período de tiempo. No se incluyen las atenciones médicas realizadas en sala de observación.  <b>Denominador.-</b> Es el número de consultas médicas realizadas en los consultorios de la UPSS Consulta Externa en un período de tiempo. La consulta médica es la atención que realiza el médico a un usuario que acude a la UPSS de Consulta Externa por una necesidad de salud o enfermedad. Comprende un conjunto de acciones y decisiones médicas, destinadas a establecer un diagnóstico y un tratamiento así como el pronóstico de un caso de enfermedad. La consulta médica no incluye aquellas atenciones brindadas por el médico en los servicios de emergencia y procedimientos de ayuda de diagnóstico o tratamiento que se realicen en consultorios externos. No es una consulta médica aquella brindada por otros profesionales de la salud.
Logro esperado		Para Hospitales Generales del II y III nivel de atención y establecimientos de atención especializada: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si el valor del año previo es <math>\leq 0.1</math>, mantener cifra.</li> <li>▪ Si el valor del año previo está entre 0.1 y <math>&lt; 0.15</math> reducir hasta llegar a <math>\leq 0.1</math>.</li> <li>▪ Si el valor del año previo está entre 0.15 y 0.3 reducir en 0.05 o más.</li> <li>▪ Si el valor del año previo es <math>&gt;</math> de 0.3 reducir en 0.1 o más.</li> </ul>
Valor umbral		Valor del año previo.
Cálculo porcentaje cumplimiento	del	Si el valor alcanzado se encuentra dentro de los valores de logro esperado: 100% de cumplimiento. Si el valor alcanzado es menor al logro esperado: 0% de cumplimiento.
Frecuencia medición	de	Anual
Fuente de Datos		Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, a partir del Libro de Emergencias o Reporte del Módulo de Emergencias (numerador); y la Ficha HIS (denominador).
Área responsable técnica		Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
Área responsable de la información		Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas		No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 20. Porcentaje de cirugías suspendidas**

Nombre	<b>Porcentaje de cirugías suspendidas</b>	
Tipo	Indicador de Desempeño	
Institución	Institutos especializados según anexo N° 3.	
Definición	Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas en un período y el número de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo período.	
Justificación	Permite medir la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas respecto al total de las intervenciones quirúrgicas programadas. Permite identificar problemas en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas como desajustes programáticos o ineficiencias en el servicio (recursos humanos y tecnológicos).	
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° Intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas (en un período)}}{\text{N° Intervenciones quirúrgicas programadas (en el mismo período)}} \times 100$	
Construcción del indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p><b>Numerador.-</b> Es el número de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas por diferentes motivos en un periodo de tiempo. No incluye las intervenciones quirúrgicas de emergencia.</p> <p><b>Denominador.-</b> Es el número de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo periodo. No incluye las intervenciones quirúrgicas de emergencia. Una intervención quirúrgica programada se define como la intervención quirúrgica planificada con antelación y que no necesita practicarse inmediatamente como la cirugía de emergencia.</p> <p>El cociente obtenido se multiplica por 100.</p>	
Logro esperado	<p>Para todos los hospitales e institutos con valores en el año previo <math>\leq</math> 5%, mantener o reducir.</p> <p>Para los hospitales e institutos con valores entre 5% y 10% el año previo, reducir 2 puntos porcentuales hasta llegar a 5%.</p> <p>Para los hospitales e institutos con valores mayores a 10% el año previo, reducir al menos 3 puntos porcentuales.</p>	
Valor umbral	Valor del año previo	
Cálculo del Porcentaje cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$	
Fuente de datos	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, a partir de los registros de saia de operaciones o reporte del Módulo del Centro Quirúrgico (numerador) y el Reporte de programación de la UPSS Centro Quirúrgico (denominador).	
Frecuencia de medición	Anual	
Área responsable técnica	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.	
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 21. Tiempo de acceso para daños seleccionados prioridad II (dos)**

Nombre	Tiempo de acceso para daños seleccionados prioridad II (dos)
Tipo	indicador de Desempeño
Institución	Hospital de emergencias.
Definición.	Es la relación del tiempo transcurrido desde el ingreso a la sala de emergencia hasta el inicio de atención, entre el total de pacientes atendidos por daño determinado (prioridad II).
Justificación	Permite evaluar la calidad y capacidad de respuesta del servicio de emergencia.
Fórmula del indicador	Suma de tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente a sala de emergencia hasta el inicio de la atención <hr/> Total de pacientes atendidos por daño determinado
Construcción del indicador	Se obtendrá del cociente entre: Numerador.- Suma total del tiempo transcurrido desde el ingreso a sala de emergencia de los pacientes con los daños determinados de prioridad II, hasta el inicio de la atención. Denominador.- Total de pacientes atendidos por daño determinado que corresponde a la prioridad II. Los daños que corresponden a la prioridad II son 49, según el anexo N° 4 de la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. Se deberá identificar no más de cinco daños para éste indicador.
Logro esperado	Para Hospitales Generales del II y III nivel de atención y establecimientos de atención especializada: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si el valor del año previo es de ≤ 10 minutos, mantener cifra.</li> <li>▪ Si el valor del año previo es &gt; 10 minutos, reducir en 5 o más minutos, hasta llegar a 10 minutos.</li> </ul>
Valor umbral	Valor del año previo
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Fuente de datos	Libro de Emergencia (*) Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador). (*) Debe registrar la hora de ingreso al servicio de emergencia y la hora de inicio de la atención médica.
Frecuencia de medición	Anual
Área responsable técnica	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 22. Tasa de mortalidad específica en emergencia**

Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad específica en emergencia
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Hospitales de Emergencia
Definición	Relación entre el número de fallecidos en la UPSS Emergencia después de su atención por daño específico respecto al total de atendidos en ese servicio en el mismo periodo. Los daños específicos son los cinco (5) de mayor frecuencia de atención de acuerdo a las estadísticas del establecimiento de los años 2014 a 2015.
Justificación	Permite evaluar la calidad de la atención de los pacientes que se brinda en emergencia, considerando la gravedad del caso es decir la prioridad del daño al ingreso.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: < 2% Para Hospitales Generales del III nivel de atención: < 2% Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: se determinará de acuerdo a la especialidad o campo clínico, con información referencial histórica
Determinación del valor umbral	No aplica
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° de fallecidos en Emergencia por daño específico en un periodo}}{\text{N° de atendidos por daño específico en el mismo periodo}} \times 100$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Cada daño aportará con el 20% de peso para el calculo de logro. Si la institucion logra valores < 2 % en los 5 daños: 100% Si la institución logra valores <2% en 4 daños: 80% Si la institución logra valores <2% en 3 daños: 60% Si la institución logra valores <2% en 2 o menos daños: 0%
Fuente de Datos	Libro de Emergencia Libro de Egresos Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).
Frecuencia de medición	Anual
Área responsable técnica	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud.
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Nota	Los 5 daños específicos de mayor frecuencia de atención en la emergencia serán consignados en el formato correspondiente del Convenio de Gestión.





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**COMPROMISOS DE MEJORA**

**Ficha N° 23. Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.**

Nombre	Implementación de la Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño (HAMN).	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	DIRESA/GERESA /IGSS, red de salud (hospital con menos de 50 camas), hospitales de II nivel con más de 50 camas y hospitales generales de III nivel.	
Definición	<p>Desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr la certificación de los establecimientos como "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño" (Directiva Administrativa N° 201- MINSA/DGSP V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA). El establecimiento de salud certificado promueve y protege la lactancia materna, el contacto piel a piel y la ligadura y el corte oportuno del cordón umbilical principalmente.</p> <p>La DIRESA/GERESA/IGSS debe realizar acciones para mejorar la organización de los servicios y fortalecer las competencias del personal de la salud para la adecuada implementación de la Directiva Administrativa N° 201- MINSA/DGSP V.01, por parte del personal de la salud de los hospitales. Por su parte los hospitales deben mejorar la organización de sus servicios y fortalecer las competencias del personal de salud a fin de mejorar el acceso de niños y niñas a más y mejores servicios.</p>	
Justificación	<p>La ENDES 2014, muestra un descenso significativo de la proporción de niñas y niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva (72.3% en 2013 a 68.4% en 2014); y una tendencia decreciente en la proporción de recién nacidos que inician la lactancia materna "dentro de la primera hora de nacido". Sin embargo, las tasas de parto institucional registran tendencia al incremento, lo cual indica que los establecimientos de salud no están cumpliendo su rol promotor y protector de la lactancia materna, contacto piel a piel y la ligadura y corte oportuno del cordón umbilical y de otras prácticas costo efectivas para favorecer el desarrollo infantil temprano, prevenir la desnutrición y anemia infantil, y la mortalidad neonatal.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>Conformación o reactivación del Comité Técnico Institucional para la promoción y protección de la lactancia materna. <b>Fuente auditable.</b> Copia fedateada de la Resolución Directoral, emitida en 2015 o al mes de julio 2016. Aplica a DIRESA/GERESA/IGSS y hospitales.</li> <li>Formulación de plan de trabajo para la certificación de Establecimientos Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, en el ámbito de su competencia. Programación de las siguientes actividades: a) Reuniones de socialización* de los documentos normativos: i) Directiva Administrativa N° 201- MINSA/DGSP V.01; ii) NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01; NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01. b) Capacitación del personal de salud en la metodología de evaluación interna; lactancia materna, Reglamento de Alimentación Infantil y Lactario Institucional. Aplica a DIRESA/GERESA/IGSS/hospitales c) Evaluación interna. Aplica a Hospitales d) Capacitación y certificación de evaluadores externos. Aplica a DIRESA/GERESA/IGSS. e) Supervisión de los hospitales. DIRESA/GERESA/IGSS f) Proceso de evaluación y certificación de los HAMN.</li> </ol>	<p>Cumple con todas las acciones de los ítems 1 y 2 en el plazo establecido.</p> <p align="center"><b>30%</b></p>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	<p><i>DIRESA/GERESA/IGSS y hospitales.</i></p> <p>g) Formulación y monitoreo de planes de mejora. Hospitales</p> <p><b>Fuente auditable.</b> Copia fedateada del plan de trabajo del Comité Técnico, aprobado por Resolución Directoral (RD); al mes de julio 2016. Es válido RD emitida en 2015, siempre que el cronograma de actividades incluya acciones para el año 2016.</p>	
	<p>3. Ejecución del Plan de Trabajo 2016. Se evaluará el cumplimiento de las actividades de los ítems a), b) y c) arriba señalados.</p> <p><b>Fuente auditable:</b> Informe de ejecución de las actividades solicitadas, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Listado de participantes que aprobaron la capacitación emitido por la unidad de capacitación o la que haga sus veces en la <i>DIRESA/GERESA/IGSS/hospitales, según corresponda.</i></li> <li>▪ Informes de supervisión al personal de salud de los hospitales de la DIRESA/IGSS, que incluye: i) copia de la lista de chequeo de monitoreo (<i>Anexo N°4 de la Directiva Administrativa N° 201- MINSA/DGSP V.01</i>) del cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, ii) el cumplimiento de las disposiciones relacionadas a la publicidad y adquisiciones de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas establecidas por el Reglamento de Alimentación Infantil, iii) y la implementación del Lactario Institucional. Firmados por supervisados y con V°B° del jefe del EESS. <i>Aplica a DIRESA/GERESA/IGSS</i></li> <li>▪ Informe de resultados de la evaluación interna realizadas por los hospitales. <i>Aplica a hospitales.</i></li> </ul>	<p>Cumple con todas las acciones del ítem 3.</p> <p align="center"><b>70%</b></p>
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida de la DGIESP; a partir de los informes remitidos por la DIRESA/GERESA e IGSS.	
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida de la DGIESP.	
Frecuencia de medición	Evaluación: Anual	

(\*) Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSa, que aprueba la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos de Ministerio de Salud la misma que precisa que la **difusión** tiene por objetivo poner a disposición el documento normativo para una mejor disponibilidad, accesibilidad, conocimiento y aplicación de lo normado; así mismo precisa que la **implementación** implica asegurar la adecuada aplicación del documento normativo, mediante su **socialización** a través de seminarios, talleres o reuniones técnicas, y la identificación de necesidades de capacitación y de asistencia técnica, y su correspondiente atención; para tal fin deberá diseñar y presentar el Plan de Implementación del documento normativo aprobado, que incluirá cuando menos objetivos, actividades, recursos necesarios, cronograma, y responsables.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 24. Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis**

Nombre	<b>Establecimientos de Salud preparados para el Diagnóstico y Manejo de la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Depresión y Tuberculosis</b>	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	DIRESA/GERESA/ IGSS y Red de salud	
Definición	Para efectos del Convenio de Gestión 2016 se denomina "Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis", a aquellos establecimientos que cuentan con personal de salud con competencias para el diagnóstico y manejo de personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis, de acuerdo a su nivel de atención y categoría. Para ello, las instituciones implementan un conjunto de procesos de fortalecimiento de capacidades del personal de salud, en contenidos priorizados y con base en los documentos normativos vigentes.	
Justificación	Para una apropiada provisión de servicios a la población, los establecimientos de salud requieren contar con una adecuada infraestructura, equipamiento e insumos, y recursos humanos competentes. Con estos, deben implementar una serie de procesos operativos y de gestión, para producir y brindar a la población los servicios de salud que requieren según sus necesidades y prioridades sanitarias definidas. El fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud a través de acciones de capacitación, asistencia técnica y supervisión, es un elemento importante para mejorar la cobertura y calidad de atención en salud. En ese marco, el Ministerio de Salud ha aprobado normas para la atención de personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis, que deben ser difundidas, implementadas, monitoreadas y evaluadas en los diferentes niveles de atención en salud, conforme a lo establecido en la resolución de aprobación de los documentos normativos y la Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos de Ministerio de Salud. Esta última, precisa que la <i>difusión</i> tiene por objetivo poner a disposición del personal de salud el documento normativo para una mejor disponibilidad, accesibilidad, conocimiento y aplicación de lo normado; así mismo precisa que la <i>implementación</i> requiere asegurar su adecuada aplicación mediante <i>socialización</i> a través de seminarios, talleres o reuniones técnicas."	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Plan Operativo Institucional (POI) del 2016 debe contener las siguientes actividades:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Capacitación al personal de la salud relacionado a la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA.</li> <li>b. Capacitación al personal de la salud relacionado a la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención, aprobada por Resolución Ministerial N° 719-2015/MINSA.</li> <li>c. Capacitación, referida a Depresión de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica en Depresión (Resolución Ministerial N° 648-2006/MINSA).</li> <li>d. Disponibilidad y uso de respiradores N-95; i) compra y distribución de respiradores para DIRESA, y para las redes si corresponde (ejecutora); ii) capacitación y iii) supervisión del uso de respiradores.</li> </ol> </li> <li>2. Solo Redes de Salud: Plan de Control de Infecciones de TBC, según Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas con Tuberculosis N° 104-MNSA/DGSP-V01 (Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA: Medidas de control administrativo, control</li> </ol>	<p>Cumple con todas las acciones de los ítems 1 y 2 en el plazo establecido.</p> <p style="text-align: center;"><b>40%</b></p>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	<p align="center">ambiental y medidas de control respiratorio)</p> <p><b>Fuentes auditables:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Resolución Directoral (RD) de aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) del 2016. Al mes de mayo de 2016.</li> <li>b. Copias fedateadas de las secciones del POI que evidencien las acciones de capacitación solicitadas. Al mes de mayo de 2016</li> <li>c. Solo Redes Resolución Directoral (RD) de aprobación del Plan de Control de infecciones de TBC, Son válidas las RD emitidas durante 2014 o 2015 siempre que contengan acciones para el 2016 o más.</li> <li>d. Copias fedateadas de las secciones del POI que evidencien la programación de actividades solicitadas sobre disponibilidad y uso de respiradores N-95.</li> </ol>	
<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Elaboración de un plan de capacitación regional para: i) hipertensión arterial y diabetes y ii) depresión; según normatividad vigente. Ejecución de las acciones de capacitación de acuerdo a lo siguiente:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. IGSS, DIRESA/GERESA o las que hagan sus veces en el ámbito regional realizarán la capacitación de al menos dos (02) profesionales de la salud, en cada Red de Salud del ámbito de su jurisdicción. ;</li> <li>b. Las Redes de Salud capacitarán al menos un (01) médico, enfermero u otro profesional de al menos 60% de EE. SS. I-3 y 100% de los I-4 de su ámbito.</li> </ol> </li> <li>4. Disponibilidad y uso de respiradores N-95:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Compra y distribución de respiradores N-95 en cantidad adecuada (26 a más por año por cada persona), para el personal de salud de áreas críticas y de mayor riesgo para transmisión de tuberculosis. Solo aplica a DIRESA/GERESA u otro que haga las veces en el nivel regional y Redes que son ejecutoras del que dependen EESS.</li> <li>b. Supervisión del desempeño del personal de salud en áreas críticas y de mayor riesgo en el uso de respiradores N-95 (DIRESA 02 visitas al año a hospitales regionales y Red 02 visitas al años a EESSS I-4))</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Fuentes auditables:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>c. Planes de capacitación del ítem 3, aprobados por la instancia regional correspondiente (unidad de capacitación o la que haga sus veces). Al mes de julio de 2016.</li> <li>d. Informe de ejecución del plan de capacitación, que incluye reporte de entrega de certificados de capacitación emitidos por el responsable técnico y la DIRESA/GERESA/IGSS o MINSA, según corresponda. Al mes de diciembre.</li> <li>e. Copia fedateadas de PECOSAs, cuadros de distribución que acrediten el envío de respiradores N-95 a los establecimientos de salud en cantidad adecuada (26 a más por año por cada persona), para el personal de salud de áreas críticas y de mayor riesgo para transmisión de tuberculosis. Solo aplica a DIRESA/GERESA u otro que haga las veces en el nivel regional y Redes que son ejecutoras del que dependen EESS. Al mes de diciembre.</li> <li>f. Informe de supervisión con copia de listas de chequeo de uso de respiradores N-95, aplicados a personal de áreas críticas y de mayor riesgo para transmisión de tuberculosis de los hospitales regionales de los EESSS I-</li> </ol>	<p>Cumple con todas las acciones de los ítems 3), 4) y 5) en los plazos establecidos.</p> <p align="center"><b>60%</b></p>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	4, firmadas por supervisados y con V°B° del jefe del EESS. Al mes de diciembre.
Fuente de datos	Informe elaborado por la DIPREN y DSM de la DGIESP, y por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis; a partir de informes remitidos por las DIRESA/GERESA e IGSS. Las redes de salud remitirán informes a la DIRESA/GERESA e IGSS, según corresponda.
Frecuencia de medición	Evaluación: Anual
Área responsable técnica y de la información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas (DIPREN) de la DGIESP.</li> <li>• Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.</li> <li>• Dirección de Salud Mental (DSM) de la DGIESP.</li> </ul>

**Ficha N° 25. Supervisión a los establecimientos de salud**

Nombre	<b>Supervisión a los establecimientos de salud</b>	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	DIRESA/GERESA/IGSS y red de salud	
Definición	Es un proceso de interacción personal, individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor (es) y supervisado (os) con el propósito de generar, transferir y/o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal de salud de las redes de salud y establecimientos de salud en el ámbito regional, con énfasis en el cumplimiento de las metas de las metas institucionales (MI), los Indicadores de desempeño (ID) y los compromisos de mejora de los servicios (CMS) en el marco de los convenios de gestión 2016 (CdG). La Supervisión debe realizarse por los supervisores regionales certificados por la DIRESA/GERESA o IGSS.	
Justificación	El cumplimiento de las MI, ID y CM del convenio de gestión requiere un alto nivel de articulación entre los actores institucionales, conocimiento de la base legal y de los procesos técnicos de su ejecución monitoreo y evaluación. En el marco de los procesos de supervisión, la identificación oportuna de los procesos críticos en la implementación de los convenios y la toma de decisiones para su mejora son elementos cruciales, para el cumplimiento de los logros esperados de las MI, ID y CM.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración de un Plan de Supervisión del personal de salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para el nivel DIRESA/GERESA/IGSS debe figurar cronograma de supervisión a redes de salud y hospitales/institutos de su jurisdicción.</li> <li>▪ Para las redes de salud debe figurar los cronogramas de supervisión a sus microrredes y/o establecimientos de salud de su jurisdicción;</li> </ul> </li> </ol> <p>Fuente Auditable: Resolución Directoral que aprueba el Plan de Supervisión, a nivel regional o redes de salud según corresponda. Al mes de julio de 2016.</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 1 en los plazos establecidos</p> <p align="center">50%</p>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	<p>2. Ejecución del Plan Regional de supervisión del personal de salud :</p> <p>Para el nivel DIRESA/GERESA/IGSS visitas de supervisión realizadas al 100% de redes de salud y hospitales.</p> <p>Para las redes de salud visitas de supervisión al 100% de microrredes y establecimientos de salud del primer nivel de atención, priorizados según el grado de dificultad de avances de logros de metas.</p> <p>Fuente Auditable: a) Informe anual de ejecución del plan de supervisión DIRESA/GERESA/IGSS y red de salud según corresponda; que incluye "Actas de visitas de supervisión", firmadas por el personal y autoridades de salud de la red/microrred o establecimiento de salud. Entre mayo y diciembre de 2016.</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 2 en el plazo establecido</p> <p>50%.</p>
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP a partir de los informes remitidos por DIRESA/GERESA e IGSS.	
Frecuencia de medición	Evaluación: Anual	
Área responsable técnica y de la información.	DGIESP	

**Ficha N° 26. Establecimientos de Salud que aseguran los insumos críticos para los programas presupuestales seleccionados.**

Nombre	Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los programas presupuestales seleccionados.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	DIRESA/GERESA/IGSS y red de salud
Definición	Los EESS activos y registrados en el RENAES, tienen disponibilidad de al menos 85% de equipos y 85% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos por el Sector para la entrega de los productos CRED, Vacunas, APN y suplemento de hierro. Estos son los Establecimientos de salud con un mínimo de 85% de disponibilidad de equipos, medicamentos e insumos críticos necesarios para brindar la atención de los productos CRED, Vacunas, APN y suplemento de hierro a los niños las niñas y las gestantes son Establecimientos de salud que garantizan la entrega adecuada y efectiva de la prestación necesaria para la reducción de la anemia en menores de 36 meses de edad
Justificación	La escasa cantidad de los equipos medicamentos e insumos básicos, da lugar a establecimientos sanitarios desabastecidos de los mismos, desmotivando al personal para actuar a su nivel potencial, y también ocasiona pérdida de calidad en la atención (es usual que los propios pacientes deban procurar los medicamentos que necesitan). Esto repercute negativamente al número de niños que reciben el beneficio de controles CRED, Vacunas o gestantes con el control perinatal afectando la el logro esperado en el marco del convenio de gestión Para el desarrollo de las actividades de atención prenatal, vacunación del niño y el control de crecimiento y desarrollo se necesita un conjunto de equipos e insumos críticos, que



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	deben estar en el momento y el lugar de la prestación. (Ver Anexo N°01 –B estándares de sector salud de equipos, insumos críticos y medicamentos para la atención materna infantil). El equipo de gestión de las DIRESA /IGSS y redes mediante una apropiada gestión debe asegurar que todos los equipos e insumos críticos señalados estén disponibles para la atención en cada EESS.		
Logro Esperado y porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de establecimientos de salud con 85% de disponibilidad de equipos, insumos		
	<b>85% de los establecimientos de la Región.</b>	<b>70% de los establecimientos de la Región.</b>	<b>50% de los establecimientos de la Región.</b>
	Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Callao, Lima, Moquegua, Tacna, Tumbes, Pasco.	Cajamarca, Huánuco, Arequipa, Junín, Piura.	Loreto, Puno, Ucayali, Ica, Lambayeque, Ancash, Cusco, Libertad, Madre de Dios San Martín, IGSS.
	críticos y medicamentos. Si el valor alcanzado es igual o mayor a las metas arriba solicitadas, según DIRESA/GERESA/IGSS: 100% de cumplimiento. Si el valor alcanzado es menor a las metas arriba solicitadas: 0% de cumplimiento.		
Fuente de datos	Informe preparado por CENARES a partir de la base de datos de SIGA patrimonio y SISMED.		
Área responsable técnica.	DGIESP		
Frecuencia de medición	Evaluación: Anual		
Notas.	Anexos N° 01 – A y 01-B, precisiones para la medición.		



### INSTRUCTIVO PARA LA MEDICIÓN DEL COMPROMISO “ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE ASEGURAN LOS EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS CRÍTICOS PARA LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES SELECCIONADOS”

**Objetivo:** Determinar el porcentaje de los Establecimientos de Salud (EESS) que cuentan con un mínimo de 85% de disponibilidad de equipos, medicamentos e insumos para atención de la madre y el niño (Control prenatal, CRED, Inmunizaciones, Suplementación con Multimicronutrientes)

**Paso 1:** Se identifica en el módulo de patrimonio del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA) los EESS, que tienen registrados sus bienes patrimoniales. Es requisito para continuar con la verificación, que el 100% de EESS tenga registro patrimonial. Completar el módulo de patrimonio del SIGA, de la manera que 100% de los EESS de la red tengan el registro patrimonial actualizado, completo y veraz. El responsable para la realización de esta actividad es el equipo de gestión de la red correspondiente. La DIRESA se encarga de la verificación el llenado trimestralmente.

REDES de salud según la el CdG suscrito	N° Total EESS activos según RENAES	N° EESS con SIGA actualizado al I trimestre	N° EESS con SIGA actualizado al II trimestre	N° EESS con SIGA actualizado al III trimestre
<b>TOTAL DIRESA/GERESA/IGSS</b>				

**Paso 2:** Se verifica la disponibilidad por punto de atención, de cada equipo crítico relacionado al PAN y SMN según el estándar definido (Anexo N°1), a partir de la información del módulo de patrimonio del SIGA. Asimismo, se consideran disponibles los equipos que a la fecha de corte tienen programación presupuestal certificada en el Plan Anual de Obtención (PAO); sin embargo la región puede cumplir la meta sólo con la información del módulo de patrimonio del SIGA. Es requisito indispensable que dentro del 85% de disponibilidad de equipos críticos se cuente con hemoglobinómetro disponible. De lo contrario el criterio no se cumple. Completar la tabla:

REDES de salud según la el CdG suscrito	Código RENAES de EESS	Nombre de EESS activos según RENAES	Disponibilidad de equipos operativos =>85%, incluyendo hemoglobinómetro	Disponibilidad de equipos operativos <85% o sin hemoglobinómetro
<b>TOTAL DIRESA/GERESA/IGSS</b>				

**Paso 3:** Se verifica en la base de datos del SIMMED, la disponibilidad por punto de atención, de insumos críticos (vacunas contra rotavirus y neumococo, multimicronutrientes, reactivos y medicamentos), según estándar definido por el MINSA<sup>5</sup>.

**Paso 4:** Se verifica que dentro de los establecimientos que cuentan con 85% de disponibilidad de insumos críticos, los siguientes insumos se tengan disponibles; de lo contrario el criterio no se cumple. Estos insumos son: Lanceta (niño, adulto); Micro cubeta; Hemoglobina método manual (a partir de 1-3) y Tiras para: VIH-Sífilis (opcional a VIH y Sífilis), VIH, Sífilis y Orina. Completar las tablas:

<sup>5</sup> Los ítems del 1 al 9 del estándar se evalúan según el procedimiento y normatividad establecida por MINSA, es decir, se considera que la disponibilidad es adecuada cuando el stock alcanza para 1 a 6 meses. Los ítems 10 al 18 se evalúan sólo con el stock existente en el mes de evaluación.





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

REDES de salud según la el CdG suscrito	Código RENAES de EESS	Nombre de EESS activos según RENAES	Disponibilidad de Insumos =>85% (c/Lanceta, Micro cubeta, Hemoglobina (método manual a partir de 1-3; Tiras reactivas VIH, Sífilis, y Orina)	Disponibilidad de Insumos <85% o sin(c/Lanceta, Micro cubeta, Hemoglobina (método manual a partir de 1-3; Tiras reactivas VIH, Sífilis, y Orina)
<b>TOTAL DIRESA /GERESA/IGSS</b>				

REDES de salud según la el CdG suscrito	Código RENAES de EESS	Nombre de EESS activos según RENAES	Disponibilidad de medicamentos =>85%	Disponibilidad de medicamentos <85%
<b>TOTAL DIRESA/GERESA/IGSS</b>				

**Paso 5:** Se determina el número y porcentaje de EESS, que disponen de al menos 85% de equipos y al menos 85% medicamentos e insumos, de acuerdo a las condiciones señaladas anteriormente y según estándares preestablecidos. Completar tabla

REDES de salud según la el CdG suscrito	N° Total EESS activos según RENAES	N° y % EESS con =>85% disponibilidad de equipos		N° y % EESS con =>85% disponibilidad de insumos críticos		N° y % EESS con =>85% disponibilidad de medicamentos	
		Número	%	Número	%	Número	%
<b>TOTAL DIRESA/GERESA/IGSS</b>							

**Paso 6:** El equipo técnico de la DIRESA completa las tablas una vez trimestral y remitirlos como parte de un informe trimestral a la Instancia de Nivel Nacional responsable de la información de este compromiso indicado en la ficha técnica del convenio, utilizando como fuente de información del patrimonio SIGA y SISMED.

**Monitoreo mensual:** Tener en cuenta que la Base de datos de cubo de patrimonio, proporcionado por MEF al MINSA, donde se aprecia el registro realizado por la red de cada uno de los establecimientos se utilizará por los responsables de monitoreo del MINSA para verificar el Informe, que remitirá la DIRESA respecto a estos pasos, así mismo por los responsables de la información quienes finalmente presentaran el informe para la evaluación.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Entrega de información:**

El informe regional mensual se remite al responsable de la información del compromiso del nivel nacional, firmado por la Dirección general y acompañado por un disco con las bases de datos en electrónico. Para estas últimas el personal de la DIRESA debe recolectar la información de la siguiente manera:

En la red el usuario experto del SIGA generará las copias de la base de datos de su unidad ejecutora. Esta información será enviada al coordinador responsable de convenio de gestión de la DIRESA. Los archivos deberán ser nombrados usando el siguiente formato:

- BD\_SIGA\_UExxxxxx\_ddmmaaaa

El personal responsable del convenio de gestión, reúne las copias electrónicas de las bases de datos del SIGA y las envía al MINSA, con el informe de cumplimiento de compromisos suscrito por el Director Regional. Para ello, se creará una carpeta electrónica que contenga los archivos de todas las unidades ejecutoras. La carpeta será nombrada usando el siguiente formato:

- BD\_SIGA\_ConsolidadoRegional\_xxxxxxxx\_ddmmaaaa

Nota: Se recomienda comprimir la carpeta antes de copiarla en el CD o DVD. Los programas aceptables para tal fin son WinZip® o WinRAR®.

**Informe Final**

El Informe final será realizado por la DGIESP, en base a los siguientes insumos:

1. Informe sobre disponibilidad de medicamentos e insumos críticos para la realización del CRED, Vacunas, APN y suplementación con hierro por red y DIRESA/GERESA, elaborado por la DGIESP, a partir de base de datos del SISMED del nivel nacional, obtenida desde la siguiente dirección electrónica: (<ftp.minsa.gob.pe/sismed/SISMEDV2.0/informacion>).
2. Informe de disponibilidad de equipos. para la realización del CRED, Vacunas, APN y suplementación con hierro, por red y DIRESA/GERESA, elaborado por la DGIESP, a partir del Módulo SIGA de Patrimonio del MEF.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 27: Fortalecimiento de la Implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía**

Nombre	Fortalecimiento de la Implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, e institutos especializados según anexo N° 3.	
Definición	La Lista de verificación de la seguridad de la cirugía es el conjunto de controles, barreras y prácticas de seguridad a ser aplicados por el equipo de salud quirúrgico con la finalidad de garantizar la seguridad de la cirugía y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas durante la intervención quirúrgica de un paciente, lo cual conlleva a una reducción del número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.	
Justificación	Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. La falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo y en nuestro país. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Nuestro país no es ajeno a esta realidad, por ello mediante Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA se aprobó la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para ser implementada en todos los establecimientos de salud y mediante Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA se aprobó la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, en el marco del Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente "La Cirugía Segura Salva Vidas", establecido en la Alianza Mundial por el Paciente (2004 OMS), Política Nacional y Sistema de Gestión de Calidad en Salud de nuestro país. La citada Guía Técnica tiene por finalidad disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1.- Designación formal del Coordinador o responsable de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Plazo: julio 2016</p> <p><b>Fuente Auditable:</b> Acto Resolutivo o Documento Oficial que formalice la designación de coordinador por cada turno quirúrgico, remitido por cada Hospital a la DIRESA/GERESA/IGSS. En el caso del INEN, documento oficial emitido por la unidad orgánica a cargo del Servicio de Anestesiología/UPSS Centro Quirúrgico.</p>	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2, en los plazos establecidos.</p> <p style="text-align: center;">60%</p>
	<p>2.- Ejecución de la encuesta semestral por parte del Equipo Conductor del establecimiento de salud de II y III nivel de atención, aplicando anexo N° 02 de la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, aprobada por Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Plazo: Julio y Diciembre 2016.</p> <p>Se precisa que dicho documento es un formato de autoevaluación sobre el cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía que lo aplica por única vez por semestre el Equipo Conductor del establecimiento de salud.</p> <p><b>Fuente Auditable:</b> Copia del formato de autoevaluación (encuesta según la norma) debidamente suscrita por el Director del establecimiento de salud y por un integrante del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del establecimiento de salud. Dicha copia deberá ser remitida a la DIRESA/GERESA/IGSS. En caso del INEN deberá estar suscrita por la Jefatura Institucional y por un integrante del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del establecimiento de salud.</p>	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	<p>3.- Envío de la Encuesta aplicada a la Dirección de Calidad en Salud de la DGIESP por parte de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Plazo: Julio y Diciembre 2016</p> <p><b>Fuente Auditable:</b> Copia del formato de autoevaluación debidamente llenado y suscrito según pautas dadas en el numeral anterior. Dichos formatos deberán ser remitidos por las DIRESA/GERESA/IGSS/INEN a la DIGEPRES conjuntamente con el informe de la evaluación anual de este compromiso de mejora. Debe considerarse por cada hospital la aplicación de la encuesta por cada semestre.</p>	<p>Cumple con las acciones de los ítems 3 y 4, en los plazos establecidos</p> <p align="center">40%</p>
	<p>4.- Difusión de los resultados de la evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, entre el personal de salud involucrado en la atención quirúrgica del establecimiento de salud de II y III nivel de atención. Plazo: Diciembre 2016</p> <p><b>Fuente Auditable:</b> Informe del Equipo conductor del establecimiento de salud remitido a la DIRESA/GERESA/IGSS/INEN, mediante el cual evidencie la siguiente documentación:</p> <p>Cargo de documento oficial mediante el cual difunde los resultados de la autoevaluación (aplicación de la encuesta) de manera semestral, a los diferentes servicios quirúrgicos que cuente el establecimiento de salud. Solicitud de proyectos de mejora en los servicios quirúrgicos que incumplen la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del establecimiento de salud.</p>	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Calidad de la DIGEPRES, a partir de los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, IGSS y el INEN.	
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Calidad en Salud de la DIGEPRES.	
Frecuencia de medición	Anual	

**Ficha N° 28. Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.**

Nombre	Funcionamiento de Sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital general de III nivel.	
Justificación	<p>Disminuir el número de pacientes que componen la lista de espera quirúrgica, está muy relacionado con el tiempo de espera prolongado para acceder a una cirugía electiva. Dentro de la gestión del uso de las salas de operaciones, se debe tener en cuenta como elementos a mejorar el contar con un sistema de programación organizado, que optimice el uso de las salas de operaciones.</p> <p>La programación de cirugías determina que recursos deben disponerse para cumplir con la demanda de intervenciones quirúrgicas del establecimiento de salud.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>Para los que tuvieron el año 2015, el compromiso de mejora:</p> <p>a) Implementar según cronograma establecido el año 2015, el número de salas de operaciones en turnos diurnos de 12 horas definidas para atender por lo menos un 25% de la lista única de aptos. Periodo julio a diciembre de 2016. Fuente auditable.</p>	<p>Cumple con la acción en los plazos establecidos.</p> <p align="center">100%</p>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	Informe de implementación, que incluye el listado de pacientes y perfil de cirugía realizadas en los turnos adicionales, obtenido de Libro de SOP.									
	<p>Para los que asumen este compromiso en el año 2016:</p> <p>a) Lista única de pacientes en programación de intervenciones quirúrgicas, indicando la cirugía electiva, y tiempo de espera, al corte anual; por lo menos de los meses julio a diciembre de 2016.</p> <table border="1" data-bbox="481 533 1042 768"> <thead> <tr> <th>Numero de orden de paciente con iniciales de nombre y apellidos</th> <th>intervención quirúrgica a realizar</th> <th>Fecha de indicación de la intervención quirúrgica</th> <th>Tiempo de espera de la cirugía electiva</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>b) Determinar el número de Sala de Operaciones en turnos de doce horas para atención de la lista de espera.</p> <p>c) Determinar el número de sala de operaciones en turno diurno de doce horas a implementar (por lo menos en un 25%) en el siguiente año.</p> <p>d) Cronograma y compromiso de la Dirección para su implementación el 2017.</p> <p>Fuente auditable. Informe que contiene la información solicitada en los ítems a), b), c) y d).</p>	Numero de orden de paciente con iniciales de nombre y apellidos	intervención quirúrgica a realizar	Fecha de indicación de la intervención quirúrgica	Tiempo de espera de la cirugía electiva					<p>Cumple con todas las acciones de los ítems a), b), c) y d) en los plazos establecidos.</p> <p align="center">100%</p>
Numero de orden de paciente con iniciales de nombre y apellidos	intervención quirúrgica a realizar	Fecha de indicación de la intervención quirúrgica	Tiempo de espera de la cirugía electiva							
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud (DIGEPRES).									
Frecuencia de medición	Anual									
Fuente de datos	Informe preparado por DISS de la DIGEPRES, a partir de los informes remitidos por la DIRESA/GERESA o IGSS, según corresponda.									



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 29. Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales**

Nombre	<b>Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales</b>																	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios																	
Institución	Hospital general de III nivel, e institutos especializados según anexo N° 3.																	
Justificación	La programación de consultorio externos especializados es el proceso en el cual un establecimiento de salud dispone de los recursos que tiene para cumplir con su demanda de consultas de especialistas, disminuyendo el número de pacientes que componen la lista de espera para atención por consulta externa, y así mejorar sus indicadores de eficiencia.																	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>Para los que tuvieron el año 2015, el compromiso de mejora:                  Implementar según cronograma establecido el año 2015, el número de consultorios externos de especialidades en turnos adicionales. Periodo julio a diciembre 2016.</p> <p>Fuente auditable. Informe de implementación, que incluye el listado de pacientes atendidos y perfil de atención en los turnos adicionales de consultorios externos, obtenido del HIS.</p>					<p>Cumple con la acción en los plazos establecidos.</p> <p>100%</p>												
	<p>Para los que asumen este compromiso en el año 2016:</p> <p>a) Lista única de pacientes en espera de primera cita para consultorio externo de especialidades, que exceda los 3 días desde su ingreso a la lista; al menos periodo julio a diciembre 2016. Según formato:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Numero de orden</th> <th style="width: 15%;">Iniciales de nombre y apellidos de paciente</th> <th style="width: 15%;">Consultorio Externo de Especialidad</th> <th style="width: 15%;">Fecha de ingreso a Lista de Espera</th> <th style="width: 10%;">Fecha de cita</th> <th style="width: 10%;">Tiempo de espera (días)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>b) Seleccionar una de las especialidades entre aquellas identificadas con mayor demanda no atendida.                  c) Determinar el número de consultorios externos de especialidades a implementar en turno tarde. Diciembre 2016.                  d) Cronograma y compromiso de la Dirección para su implementación el 2017. Diciembre 2016.</p> <p>Fuente auditable. Informe que contiene la información solicitada en los ítems a), b) c) y d)..</p>					Numero de orden	Iniciales de nombre y apellidos de paciente	Consultorio Externo de Especialidad	Fecha de ingreso a Lista de Espera	Fecha de cita	Tiempo de espera (días)							<p>Cumple con todas las acciones de los ítems a), b), c) y d) en los plazos establecidos.</p> <p>100%</p>
Numero de orden	Iniciales de nombre y apellidos de paciente	Consultorio Externo de Especialidad	Fecha de ingreso a Lista de Espera	Fecha de cita	Tiempo de espera (días)													
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud (DIGEPRES).																	
Frecuencia de medición	Anual																	
Fuente de datos	Informe preparado por DISS de la DIGEPRES, a partir de los informes remitidos por la DIRESA/GERESA o IGSS, según corresponda.																	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 30. Fortalecimiento del proceso de atención para pacientes derivados de emergencia (prioridad III y IV)**

Nombre	<b>Fortalecimiento del proceso de atención en consulta externa para pacientes derivados de emergencia (prioridad III y IV)</b>																																												
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios																																												
Institución	Hospital general de III nivel.																																												
Definición	Es la atención oportuna de los pacientes con daños calificados como Prioridad III y IV en los servicios de triaje y tópicos de emergencia, y que son referidos a los consultorios externos de las especialidades según corresponda, disminuyendo las barreras administrativas y facilitando el acceso a una atención especializada de consulta externa, segura y continua, el mismo día para la prioridad III y atención inicial con seguimiento en un establecimiento de salud del primer nivel de atención para la prioridad IV.																																												
Justificación	Los servicios de emergencia se encuentran congestionados por pacientes principalmente con daños prioridad III y IV, originando un mal uso de estos servicios y en algunos casos distraendo los recursos humanos y de apoyo al diagnóstico y tratamiento de las verdaderas emergencias, las prioridades I y II. La falta de oferta de citas en los consultorios externos y la demora en obtenerlas origina una demanda insatisfecha la misma que acude a los servicios de emergencia. Facilitar la atención de los pacientes con daños calificados como prioridad III y IV en los consultorios externos contribuirá además a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico, disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso, mejorando la calidad y seguridad de la atención del paciente y disminuyendo la congestión y mal uso de los servicios de emergencia.																																												
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>Para los que tuvieron el año 2015, el compromiso de mejora:</p> <p>a) Mantener la implementación de consultorios de atención inmediata y Reporte comparativo año 2015 y 2016 mensualizado de pacientes con daños calificados como prioridad III y IV de los servicios de emergencia de la o las especialidades seleccionadas.</p> <p>b) Reporte de Número de consultorios de atención inmediata implementados 2015:____ Reporte de Número de consultorios de atención inmediata implementados 2016:____</p> <p>c) Reporte de número de pacientes según prioridad (III y IV)</p> <table border="1" data-bbox="437 1496 1155 1709"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Año</th> <th colspan="2">Enero</th> <th colspan="2">Febrero</th> <th colspan="2">.....</th> <th colspan="2">.....</th> <th colspan="2">Diciembre</th> </tr> <tr> <th>III</th> <th>IV</th> <th>III</th> <th>IV</th> <th>III</th> <th>IV</th> <th>III</th> <th>IV</th> <th>III</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente auditable. informe que contiene la información solicitada en los ítems a), b) y c).</p>	Año	Enero		Febrero		.....		.....		Diciembre		III	IV	III	IV	III	IV	III	IV	III	IV	2015											2016											<p>Cumple con todas las acciones de los ítems a), b) y c) en los plazos establecidos.</p> <p align="center">100%</p>
Año	Enero		Febrero		.....		.....		Diciembre																																				
	III	IV	III	IV	III	IV	III	IV	III	IV																																			
2015																																													
2016																																													
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>Para los que asumen este compromiso el año 2016:</p> <p>a) Determinar número de consultorios de atención inmediata para disminuir la carga de pacientes con daños calificados como prioridad III y IV de la emergencia adultos y emergencia pediátrica, según corresponda. A julio de 2016.</p> <p>b) Implementar consultorios de atención inmediata para disminuir</p>	<p>Cumple con todas las acciones de los ítems a), b) y c) en los plazos establecidos.</p> <p align="center">100%</p>																																											



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 2/9 - MINSA/DGPN-V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	<p>la carga de pacientes con daños calificados como prioridad III y IV de la emergencia adultos y emergencia pediátrica, según corresponda. A diciembre de 2016.</p> <p>c) Compromiso de la Dirección para continuar su implementación al 100% el 2017. A diciembre de 2016.</p> <p>Fuente auditable. Informe que contiene la información solicitada en los ítems a), b) y c).</p>	
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones de Salud (DIGEPRES).	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por DISS de la DIGEPRES, a partir de los informes remitidos por la DIRESA/GERESA o IGSS, según corresponda.	

**Ficha N° 31: Fortalecimiento de la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).**

Nombre	<b>Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)</b>	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, e institutos especializados según anexo N° 3.	
Definición	La Prevención y Control de las IAAS involucra la participación activa de todo el personal de salud que labora en estos establecimientos. El Comité de prevención y control de las IAAS es el responsable de promover una atención adecuada y segura al paciente e incide en aspectos de higiene integral, orientación al personal en el uso racional de los antimicrobianos, tener actualizada la información de casos de IAAS (Vigilancia Epidemiológica), así como contar con el mapa microbiológico que incluya la resistencia a antimicrobianos, entre otras prácticas seguras.	
Justificación	La evaluación del sistema de vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) muestra que, especialmente en hospitales que recientemente han adquirido la categoría, pueden existir deficiencias en la operación de este sistema. Por ello el Comité de Prevención y Control Local de las IAAS debe establecer un sistema de supervisión, monitoreo y evaluación periódica de los diferentes servicios hospitalarios en cuanto al cumplimiento de las normas de prevención y control vigentes y en ese marco, los Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS aprobado por RM N° 168-2015/MINSA tienen por finalidad contribuir a la disminución de las IAAS en los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos.	
	<p>1.- Informe de resultados de aplicación de la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones intrahospitalarias (RM N°523-2007/MINSA).</p> <p>Plazo: Julio y Diciembre 2016</p> <p>Fuente Auditable: Informe.</p>	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2, en los plazos establecidos.</p>
	<p>2.- Informe de supervisión del cumplimiento de la práctica de lavado de manos por parte del personal médico y no médico, en áreas críticas tales como emergencia, cuidados intensivos/intermedios, vigilancia</p>	<p>60%</p>





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	intensiva, centro quirúrgico y centro obstétrico. (RM N° 255-2016/MINSA) Plazo: Julio y Diciembre 2016 Fuente Auditable: Informe.	
	3.- Informe semestral consolidado en relación al porcentaje de implementación de los seis lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS a nivel local, aprobado por Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA. Plazo: Julio y Diciembre 2016 Fuente Auditable: Informe	Cumple con la acción en el plazo establecido 40%
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Calidad en Salud (DICAS) de la DIGEPRES, a partir de los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, IGSS y el INEN.	
Área responsable técnica y de la información.	DICAS de la DIGEPRES.	
Frecuencia de medición	Anual	

**Ficha N° 32 - Mejora de la gestión institucional basado en el seguimiento de indicadores para hospitales de emergencia.**

Nombre	<b>Mejora de la gestión institucional basado en el seguimiento de indicadores para hospitales de emergencia.</b>	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospitales de emergencias	
Definición	Implementación de un conjunto de procesos relacionados con la identificación, selección, procesamiento y análisis de indicadores del desempeño de los servicios de los hospitales de emergencia, organizados en un tablero de mando, para la toma de decisiones informadas por parte del equipo de gestión, a diferentes niveles del hospital.	
Justificación	El funcionamiento de un sistema de monitoreo de los indicadores de convenios de gestión y otros indicadores específicamente relacionados al quehacer de los hospitales de emergencia, es imprescindible para una adecuada toma de decisiones y la mejora de la atención a los usuarios.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento,	Designar al personal encargado de desarrollar la unidad funcional de análisis del desempeño hospitalario o su equivalente. Fuente Auditable: Resolución Directoral	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificación y selección de los procesos de atención que serán objeto de seguimiento.</li> <li>▪ Selección de indicadores para la medición de los procesos identificados y elaboración de fichas técnicas según la normatividad vigente.</li> <li>▪ Reuniones de trabajo para la socialización de la propuesta y aprobación por los jefes de departamentos, direcciones, servicios y oficinas del hospital.</li> </ul> Fuente Auditable: Informe técnico, que contiene los procesos	Cumple con el informe solicitado 30%



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	<p>identificados y la RD que aprueba los indicadores para el monitoreo. Al mes de julio de 2016.</p> <p>Desarrollo de un aplicativo de tablero de mando, suficientemente amigable para el uso de todo el personal del hospital, con base a los procesos e indicadores seleccionados. Al mes de diciembre de 2016.</p> <p>Fuente Auditable: Aplicativo de tablero de mando validado con el personal del hospital.</p> <p>Reuniones mensuales de análisis de la información a partir del cuarto trimestre del año, con los jefes de departamentos, direcciones, servicios y oficinas del hospital.</p> <p>Fuente Auditable: Un Informe de análisis y medidas correctivas adoptadas, acompañado por actas de reuniones, correspondiente a un mes del cuarto trimestre del año 2016.</p>	<p>Cumple con todas las acciones solicitadas 70%</p>
Fuente de datos	Informe preparado por la DISS de la DIGEPRES.	
Área responsable técnica y de la información.	DISS de la DIGEPRES.	
Frecuencia de medición	Anual	

**Ficha N° 33. Fortalecimiento de la implementación del Modelo de Salud Mental con enfoque comunitario.**

Nombre	<b>Fortalecimiento de la Implementación del Modelo de Salud Mental con enfoque comunitario.</b>
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	Institutos y hospitales especializados en salud mental
Definición	<p>En el Reglamento de la Ley 29889; Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, se define el Modelo de atención comunitario de salud mental, como <i>un modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, que promueve la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación protagónica de la propia comunidad.</i> Tiene las siguientes características:</p> <p>Prioriza la promoción y protección de la salud mental y la continuidad de los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidad.</p> <p>Promueve la participación de la comunidad organizada, a través de las asociaciones de personas afectadas por problemas de salud mental y sus familiares, así como de organizaciones sociales de base comprometidas en el proceso de identificación de necesidades, planificación, gestión y evaluación de planes y programas de intervención local.</p> <p>Cubre necesidades de atención en salud mental de una población jurisdiccionalmente determinada, en una red de servicios de salud.</p> <p>Funciona en red, logrando la coordinación y articulación de los servicios, y programas de la red asistencial, asegurando la continuidad de cuidados de salud.</p>



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA OEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	<p>Promueve un entorno familiar saludable para las personas usuarias, a través de la propia familia y su comunidad, o de su incorporación en hogares o residencias protegidas, en caso de no contar con familia.</p> <p>Se basa en la identificación y respuesta a las necesidades de salud mental de una población determinada en general y de los usuarios y usuarias en particular.</p> <p>Promueve la atención integral: Bio-psico-social, con equipos multidisciplinarios y abordajes interdisciplinarios.</p> <p>Impulsa la reinserción socio-laboral en función a la articulación de los recursos intersectoriales y de la propia comunidad.</p> <p>Asegura la atención especializada e integrada en el primer nivel de atención dentro del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, mediante los centros de salud mental comunitarios.</p> <p>Promueve la capacitación continua en salud mental de los equipos de salud, respetando las especificidades de formación y labor de los profesionales de la salud y agentes comunitarios.</p>				
Justificación	<p>Mediante Decreto Supremo N° 033-2015/S<sup>6</sup>, se dispone que la atención de la salud mental se realiza en el marco de un abordaje comunitario, interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial.</p> <p>Al respecto este compromiso busca que los hospitales especializados e Instituto establezcan los procesos y estrategias necesarias, de acuerdo a la realidad de cada institución, para la implementación del modelo de atención en salud mental con enfoque comunitario a fin de contribuir a garantizar una atención integral y la continuidad de cuidados para sus usuarios.</p>				
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración y aprobación de un plan institucional de implementación del modelo de atención con enfoque comunitario en los hospitales especializados e Instituto, <u>estableciendo cronograma de acciones a cumplir en el 2016.</u></li> </ul> <p><b>Fuente auditable:</b> Plan institucional consensuado con la Dirección de Salud Mental del Minsa, aprobado por RD de los hospitales e Instituto nacional de Salud Mental. A julio de 2016.</p> </td> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle; font-weight: bold;">30%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ejecución de las acciones de acuerdo al plan institucional del modelo de atención con enfoque comunitario aprobado, a ejecutarse del segundo al cuarto trimestre, que incluya al menos :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración y aprobación de una Directiva para la aplicación del Modelo Comunitario en la institución que establezca el flujo de procesos intra y extra hospitalario del usuario.</li> <li>- Establecimiento de un programa de Gestión de Casos graves o severos en los departamentos o servicios priorizados (mínimamente uno de niños y uno de adultos).</li> <li>- Personal de salud de los departamentos o servicios priorizados, con competencias en el modelo de atención comunitario</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Fuente auditable :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directiva aprobada con RD de los hospitales e Instituto nacional de Salud Mental, según corresponda</li> <li>▪ Informes de las actividades realizadas, que incluya :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de reuniones de trabajo de equipo.</li> <li>- Informe de las acciones desarrolladas en los departamentos o servicios priorizados.</li> <li>- Informe de capacitación con relación de personal capacitado.</li> </ul> </li> </ul> <p>Flujograma aprobado de procesos de la atención en departamentos</p> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; font-weight: bold;">Cumple con las e acciones solicitadas 70%</td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración y aprobación de un plan institucional de implementación del modelo de atención con enfoque comunitario en los hospitales especializados e Instituto, <u>estableciendo cronograma de acciones a cumplir en el 2016.</u></li> </ul> <p><b>Fuente auditable:</b> Plan institucional consensuado con la Dirección de Salud Mental del Minsa, aprobado por RD de los hospitales e Instituto nacional de Salud Mental. A julio de 2016.</p>	30%	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ejecución de las acciones de acuerdo al plan institucional del modelo de atención con enfoque comunitario aprobado, a ejecutarse del segundo al cuarto trimestre, que incluya al menos :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración y aprobación de una Directiva para la aplicación del Modelo Comunitario en la institución que establezca el flujo de procesos intra y extra hospitalario del usuario.</li> <li>- Establecimiento de un programa de Gestión de Casos graves o severos en los departamentos o servicios priorizados (mínimamente uno de niños y uno de adultos).</li> <li>- Personal de salud de los departamentos o servicios priorizados, con competencias en el modelo de atención comunitario</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Fuente auditable :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directiva aprobada con RD de los hospitales e Instituto nacional de Salud Mental, según corresponda</li> <li>▪ Informes de las actividades realizadas, que incluya :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de reuniones de trabajo de equipo.</li> <li>- Informe de las acciones desarrolladas en los departamentos o servicios priorizados.</li> <li>- Informe de capacitación con relación de personal capacitado.</li> </ul> </li> </ul> <p>Flujograma aprobado de procesos de la atención en departamentos</p>	Cumple con las e acciones solicitadas 70%
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración y aprobación de un plan institucional de implementación del modelo de atención con enfoque comunitario en los hospitales especializados e Instituto, <u>estableciendo cronograma de acciones a cumplir en el 2016.</u></li> </ul> <p><b>Fuente auditable:</b> Plan institucional consensuado con la Dirección de Salud Mental del Minsa, aprobado por RD de los hospitales e Instituto nacional de Salud Mental. A julio de 2016.</p>	30%				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ejecución de las acciones de acuerdo al plan institucional del modelo de atención con enfoque comunitario aprobado, a ejecutarse del segundo al cuarto trimestre, que incluya al menos :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración y aprobación de una Directiva para la aplicación del Modelo Comunitario en la institución que establezca el flujo de procesos intra y extra hospitalario del usuario.</li> <li>- Establecimiento de un programa de Gestión de Casos graves o severos en los departamentos o servicios priorizados (mínimamente uno de niños y uno de adultos).</li> <li>- Personal de salud de los departamentos o servicios priorizados, con competencias en el modelo de atención comunitario</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Fuente auditable :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directiva aprobada con RD de los hospitales e Instituto nacional de Salud Mental, según corresponda</li> <li>▪ Informes de las actividades realizadas, que incluya :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de reuniones de trabajo de equipo.</li> <li>- Informe de las acciones desarrolladas en los departamentos o servicios priorizados.</li> <li>- Informe de capacitación con relación de personal capacitado.</li> </ul> </li> </ul> <p>Flujograma aprobado de procesos de la atención en departamentos</p>	Cumple con las e acciones solicitadas 70%				



1 Decreto Supremo N° 033-2015/SA que aprueba el Reglamento de la Ley 29889; Ley que modifica el artículo 11 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

	o servicios priorizados. A diciembre de 2016.
Fuente de datos	Informe preparado de manera conjunta entre la Dirección de Salud Mental de la DGIESP y la DISS de la DIGEPRES; a partir de informe remitido por el IGSS.
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Salud Mental de la DGIESP / DISS de la DIGEPRES.
Frecuencia de medición	Anual

**Ficha N° 34 (1): Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud en la prevención y el manejo de las Emergencias Obstétricas y Atención inmediata del Recién Nacido.**

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud en la prevención y el manejo de las Emergencias Obstétricas y Atención inmediata del Recién Nacido.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)
Definición	<p>Consiste en el entrenamiento de facilitadores para la capacitación del personal de la salud profesional en la prevención y el manejo de las principales emergencias obstétricas, atención inmediata del recién nacido y reanimación neonatal básica. Los potenciales facilitadores serán seleccionados de hospitales regionales y de redes de salud seleccionadas, que puedan implementar o replicar las capacitaciones en su ámbito. Las regiones priorizadas serán Lima, Cajamarca, Loreto y Cusco, porque concentran las mayores tasas de mortalidad materna en el país.</p> <p>El entrenamiento se realizará mediante cursos-talleres con simulación clínica. Los temas de capacitación en salud materna serán:</p> <p>Atención prenatal integral.  Atención de Parto con adecuación cultural y partograma.  Destrezas para salvar vidas en hemorragia obstétrica.  Código rojo en el manejo de shock hemorrágico.  Clave azul y su manejo en los Trastornos Hipertensivos.  Sepsis en Obstetricia, Shock séptico.  Amenaza de parto prematuro.  Estabilización y Referencia Oportuna.</p> <p>Los temas de capacitación en salud neonatal serán:</p> <p>Atención inmediata del RN.  Reanimación básica neonatal.</p>
Justificación	El desarrollo de competencias en el personal profesional de salud es un mecanismo importante para mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud en el área materno perinatal. El INMP tiene dentro de sus funciones la docencia a nivel nacional en temas de Salud Sexual y reproductiva y al neonato de alto riesgo, de manera que se contribuya con la disminución de la mortalidad materna y perinatal.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Elaboración de Plan de entrenamiento de facilitadores para la capacitación de profesionales de la salud en la prevención y manejo de las emergencias obstétricas, y la atención del recién nacido, dirigido a profesionales de la salud de los hospitales regionales y redes seleccionados.  <b>Fuente auditable:</b> Plan consensuado con la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la DGIESP, aprobado por R.D. del INMP. Al mes de julio 2016.l.	Cumple con las acciones del ítem 1; en el plazo establecido.  <b>30%</b>
	2. Ejecución del Plan aprobado. Al menos 20 facilitadores por cada región priorizada, para la capacitación en la prevención y manejo de las emergencias obstétricas, y la atención del recién nacido. Entre el segundo y cuarto trimestre.  <b>Fuente auditable:</b> Informe de ejecución del plan que incluye listado de facilitadores aprobados según región.	Cumple con las acciones del ítem 2; en el plazo establecido  <b>70%</b>
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública (DGIESP) /DISS de la DIGEPRES.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado de manera conjunta entre la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la DGIESP y la DISS de la DIGEPRES, a partir de informe remitido por el IGSS.	

**Ficha N° 34 (2). Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los Establecimientos de Salud en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con alteraciones oculares.**

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los Establecimientos de Salud en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con alteraciones oculares.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.
Institución	Instituto Nacional de Oftalmología (INO) e Instituto Regional de Oftalmología (IRO).
Definición	Entrenamiento de facilitadores regionales para la capacitación de profesionales de la salud del primer nivel de atención (que desarrollan actividades asistenciales en consultorios de crecimiento y desarrollo, etapas de vida adolescente y adulto mayor), en lo que respecta a la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con alteraciones oculares.  Los contenidos del entrenamiento abarcarán información teórica sobre patologías oculares y la práctica de exámenes y procedimientos oculares, en el marco de la atención integral de las principales patologías oculares causantes de discapacidad visual y ceguera evitable establecidas en el Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera – ESNOPC (RM N° 907-2014/MINSA)



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINS/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LDS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Justificación	<p>El fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud es un mecanismo importante para ampliar el acceso a la salud ocular de calidad en el ámbito nacional. En ese marco, la formación de facilitadores regionales para la capacitación en atención integral de las principales patologías oculares es uno de los Objetivos Específicos del Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - ESNSOPC, dirigido a contribuir en la sostenibilidad del desarrollo de las intervenciones priorizadas en el primer nivel de atención, teniendo en cuenta la alta rotación del recurso humano en salud.</p> <p>El INO e IRO, como establecimientos de salud altamente especializados, tienen como una de sus funciones esenciales la docencia, la cual se desarrolla a través de la capacitación de profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención, en concordancia con las necesidades regionales identificadas por la ESNSOPC.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1. Elaboración de un Plan de Entrenamiento de Facilitadores para la capacitación de profesionales de la salud de hospitales y establecimientos del primer nivel de atención, en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de alteraciones oculares.</p> <p><b>Fuente Auditable:</b> Plan consensuado con la ESNSOPC, aprobado por Resolución Directoral del INO e IRO. Al mes de Abril.</p>	30%
	<p>2. Ejecución del Plan de Entrenamiento de Facilitadores. Se entrenará a no menos de 50 profesionales de la salud a nivel nacional, 02 por Región, mediante 04 talleres teórico-prácticos organizados por macro-regiones; y el acompañamiento de los facilitadores en el desarrollo de cursos de capacitación con personal de salud de los establecimientos de primer nivel, en 04 Regiones priorizadas por la ESNSOPC.</p> <p><b>Fuente Auditable:</b> Informe de ejecución del Plan, que incluye el listado de facilitadores aprobados por el INO, con visto bueno de la ESNSOPC y el IGSS. Entre el segundo y el cuarto trimestre.</p>	70%
Área responsable técnica y de la información.	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - ESNSOPC de la Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - DGIESP, y la DISS de la DIGEPRES.	
Frecuencia de medición	Anual.	
Fuente de datos	Informe preparado de manera conjunta entre la ESNSOPC de la DGIESP y la DISS de la DIGEPRES, a partir de informe remitido por el IGSS.	

**Ficha N° 34 (3). Fortalecimiento de competencias del personal de la salud de los hospitales y redes de salud en la certificación de la discapacidad.**

Nombre	<b>Fortalecimiento de competencias del personal de la salud de los hospitales y redes de salud en la certificación de la discapacidad.</b>
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)
Definición	Consiste en la capacitación de médicos para la certificación de la discapacidad. Los potenciales médicos certificadores de la discapacidad serán seleccionados de hospitales regionales y de las redes de salud de la DIRESA/GERESA/IGSS. El entrenamiento se realizará mediante cursos-talleres con simulaciones clínicas.



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Justificación	<p>En 2012, la Encuesta Nacional Especializada en Discapacidad (ENEDIS) INEI, mostró que del total de personas que viven con algún tipo de discapacidad solamente el 7% cuenta con certificado que acredite esa condición. Los hospitales que otorgaron el certificado según institución fueron: 52,8% Ministerio de Salud, 33,0% EsSalud, el 2,9% fuerzas policiales y 2,6% Fuerzas Armadas. A nivel nacional se cuenta con aproximadamente 288 médicos rehabilitadores y hay regiones que no cuentan con estos especialistas; por lo cual el acceso a la atención de salud especializada y a la obtención de la certificación de la discapacidad es limitada a nivel nacional.</p> <p>Frente a esta problemática, en 2015, el Ministerio de Salud aprobó la Norma Técnica de Salud NTS 112 MINSA-DGSP V0.1, que establece la "Evaluación, calificación y certificación de la persona con discapacidad" (R.M N°013-2015 MINSA); que dispone que en los establecimientos de salud que no cuenten con un médico rehabilitador o un médico cuya especialidad esté relacionado al diagnóstico de discapacidad, el certificado de Discapacidad podrá ser expedido por un médico general debidamente capacitado". En ese contexto, el INR desplegará acciones de capacitación de profesionales médicos para que realicen la certificación de la discapacidad de pacientes en áreas con difícil acceso a los servicios especializados; como una estrategia de extensión de la oferta a nivel nacional.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1. Elaboración de un plan de capacitación de profesionales médicos para la certificación de la discapacidad, para las regiones de Piura, Arequipa, Puno, Ica, Ancash, Apurímac y Amazonas, y el IGSS. <b>Fuente auditable:</b> Plan consensuado con el área responsable técnica del MINSA, aprobado por Resolución Directoral del INR. Al mes de mayo del 2016.</p> <p>2. Elaboración de módulos (s) educativo (s) para la capacitación de médicos para la certificación de la discapacidad. Al mes de mayo de 2016.</p> <p><b>Fuente auditable.</b> Informe que contiene el módulo educativo, aprobado por Resolución Directoral del INR.</p>	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en el plazo establecido</p> <p align="center"><b>30%</b></p>
	<p>3. Ejecución del plan de capacitación aprobado:</p> <p>De las regiones de Amazonas, Ancash, Apurímac Arequipa, Ica, Piura y Puno, se contará con un total de 210 médicos aprobados; y en Lima Metropolitana (IGSS) un total de 60 médicos aprobados. Entre mayo y diciembre de 2016</p> <p><b>Fuente auditable:</b> Informe de ejecución del plan, que incluye listado de Médicos que aprobaron el curso según región e IGSS.</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 3; en el plazo establecido</p> <p align="center"><b>70%</b></p>
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la DGIESP/DISS de la DIGEPRES.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado de manera conjunta entre la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la DGIESP y la DISS de la DIGEPRES, a partir de informe remitido por el IGSS.	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 34 (4). Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y redes de salud en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia. Instituto Nacional de Salud del Niño.**

Nombre	<b>Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales redes de salud en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia.</b>	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Nacional del Niño (INSN)	
Definición	Conjunto de acciones desarrolladas por la institución orientadas a mejorar las competencias del personal de salud del primer nivel de atención de Lima Metropolitana - ámbito del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), para mejorar la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia: Neumonía, SOBA/ASMA, Anemia y Desnutrición.	
Justificación	<p>El desarrollo de competencias en el personal de la salud del primer nivel de atención es una estrategia importante para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud.</p> <p>Según la ENDES 2014, en Lima Metropolitana 4 de cada 10 niños de 06 a 35 meses de edad tienen anemia por deficiencia de hierro; y según el reporte del sistema de vigilancia epidemiológica, en 2015, en esta parte se ha atendido más de 8 mil casos de neumonía en niños menores de 5 años, lo que representa un tercio del total reportado como país.</p> <p>El Instituto Nacional de Salud del Niño tiene como función "Capacitar a los profesionales de la salud y técnicos del sector, con nuevos conocimientos científicos y tecnológicos adquiridos de la investigación y atención especializada en el campo de la pediatría" (ROF).</p>	
Logros esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1. Elaboración consensuada (MINSA/DGIESP/Etapa de vida Niño), IGSS e INSN) del Plan de capacitación en el diagnóstico y manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia: Neumonía, SOBA/ASMA, Anemia y Desnutrición), dirigido al personal de la salud profesional de los establecimientos de salud de las 9 Redes de Salud de y de los hospitales nivel II de Lima Metropolitana.</p> <p>2. Elaboración/adaptación/adopción de módulos educativos para la capacitación, la metodología debe incorporar capacitación en servicio.</p> <p><b>Fuente auditable:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copia fedateada de la Resolución Directoral INSN que aprueba el Plan de Capacitación. Al primer trimestre.</li> <li>Módulos de capacitación en medio magnético. Al mes de mayo 2016.</li> </ul>	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en los plazos establecidos</p> <p style="text-align: center;"><b>30%</b></p>
	<p>3. Ejecución del plan de capacitación: Capacitar en diagnóstico y tratamiento de la neumonía SOBA/ASMA, Anemia y desnutrición infantil, como mínimo a 03 profesionales de todos los EESS categoría I-4; y al menos 02 profesionales de los EESS I-3 priorizados por el IGSS. (120 a 180 profesionales)</p> <p><b>Fuente auditable:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de capacitación que incluye la evidencia de la certificación de los participantes. Entre el tercer y cuarto trimestre.</li> </ul>	<p>Cumple con las acciones del ítem 3; en los plazos establecidos</p> <p style="text-align: center;"><b>70%</b></p>
Fuente de datos	Informe preparado de manera conjunta entre la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad la DGIESP y de la DISS de la DIGEPRES, a partir del informe remitido por IGSS.	
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida de la DGIESP /DISS de la DIGEPRES.	
Frecuencia de medición	Anual	





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 34 (5). Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y redes de salud en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo.**

Nombre	<b>Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y redes de salud en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo.</b>	
Tipo	Compromiso de Mejora de los Servicios	
Institución	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	
Definición	Se mejorará las competencias del personal de salud de hospitales (médicos emergenciólogos, médicos neurólogos, médicos internistas, médicos intensivistas y enfermeras de los servicios de emergencia y cuidados críticos) y de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de las redes de salud (médicos generales y enfermeras), en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo.	
Justificación	<p>Actualmente en el Perú una de las primeras causas de mortalidad específica es la enfermedad cerebrovascular, la cual tiene al infarto cerebral como el subtipo más frecuente. Además el infarto cerebral es una de las primeras causas de morbilidad neurológica y la segunda de discapacidad física y mental.</p> <p>Considerando que los principales factores de riesgo para la enfermedad cerebrovascular son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaco, dislipidemia, relación cintura cadera elevada, estrés psicosocial, depresión y estilos de vida no saludables; establecer medidas preventivas de estos factores de riesgo contribuirá a disminuir la incidencia de esta enfermedad. De manera específica, respecto al "infarto cerebral", es importante el diagnóstico y manejo precoz dentro de las primeras 4.5 horas de iniciado el Infarto cerebral, porque de ello dependerá la prevención de la discapacidad del paciente, para su posterior reinserción a la población económicamente activa. Además se mejorará la calidad de vida de las personas afectadas con esta enfermedad.</p> <p>Desde 2009, el INCN brinda el tratamiento trombolítico a los pacientes con infarto cerebral. En 2015, se aprobó la versión 2 de la Guía de Práctica Clínica de tratamiento trombolítico en infarto cerebral.</p>	
Determinación del logro y porcentaje de cumplimiento.	Elaboración del Plan de Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y redes en la prevención y manejo del Infarto Cerebral agudo.	30%
	<p>Fuente auditable: Plan aprobado por RD del INCN a julio de 2016.</p> <p>Ejecución del Plan de Fortalecimiento de competencias del personal de salud en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo. No menos de 20 médicos especialistas y 30 enfermeras del Hospital Nacional Hipólito Unanue; 25 médicos generales y 25 enfermeras de la Red de Salud San Juan de Luigancho del IGSS. Entre junio y diciembre de 2016.</p> <p>Fuente Auditable: Informe de ejecución del plan de fortalecimiento de competencias del personal de salud en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo. Incluye el listado de 100 profesionales de la salud certificados por el INCN según hospital y Red de Salud. (Hospitales: 20 médicos especialistas y 30 enfermeras. Red: 25 médicos generales y 25 enfermeras). A diciembre de 2016.</p>	70%
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Servicios de Salud de la DIGEPRES a partir del Informe remitido por el IGSS.	
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Servicios de Salud de la DIGEPRES.	
Frecuencia de medición	Anual	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 34 (6). Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.**

Nombre	<b>Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.</b>	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)	
Definición	Consiste en la capacitación de profesionales de la salud de las redes y hospitales de las regiones y del IGSS en los siguientes temas: Prevención primaria y secundaria de Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama. La capacitación se realizará a través de las Escuelas de Excelencia de cáncer de cuello uterino y de cáncer de mama.	
Justificación	El desarrollo de competencias en el personal profesional de la salud es un mecanismo importante para mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud oncológicos. El INEN en el marco de sus competencias, desarrolla como una de sus funciones esenciales, la docencia y capacitación dirigida a los profesionales de la salud del ámbito nacional de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutive de los servicios a través de las Escuelas de Excelencia de Cáncer de Cuello Uterino y de Prevención de Cáncer de Mama; para lo cual el INEN desarrolla coordinaciones interinstitucionales con los gobiernos regionales y sus unidades ejecutoras. La ejecución de estas actividades de capacitación contribuirá a la detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino y del Cáncer de Mama y con ello a una reducción del promedio de estancia hospitalaria, que se incrementa por la hospitalización de pacientes con estadios avanzados de la enfermedad.	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración y aprobación de un plan de capacitación para redes y hospitales del nivel nacional, en el marco del funcionamiento de la Escuela de Excelencia de Cáncer de Cuello Uterino y de Prevención de Cáncer de Mama del INEN.</li> </ul> <p><b>Fuente auditable:</b> Plan de capacitación aprobado por la Dirección de Control del Cáncer – INEN. 2016.</p>	30%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ejecución del plan de capacitación.</li> </ul> <p><b>Fuente auditable:</b> Informe de ejecución del Plan, que incluye el listado de profesionales de la salud que aprobaron el/los cursos (nombres y apellidos), grupo ocupacional, sede de trabajo (DIRESA, Red u hospital), y temas de capacitación. 2016.</p>	70%
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Servicios de Salud de la DIGEPRES, en coordinación con la Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas de la DGIESP:	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DIGEPRES a partir de informe remitido por el INEN.	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 34 (7). Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud mental.**

Nombre	<b>Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud mental.</b>	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Institutos y hospitales de salud mental.	
Definición	Capacitación y asesoría técnica dirigido a los equipos interdisciplinarios de los hospitales regionales y redes de salud con el propósito de brindar la asistencia técnica necesaria para el manejo clínico, psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutoria de los servicios. Esta actividad es realizados por los equipo de profesionales de los hospitales especializados e Instituto de Salud Mental.	
Justificación	Fortalecer la prestación de servicios de salud de los hospitales y redes de salud para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental en acción articulada y organizada por niveles de complejidad y desde la perspectiva de la atención primaria renovada. Impulsar la descentralización de la atención de salud mental para incrementar el acceso, ampliar coberturas, afianzar la gobernabilidad regional y mejorar la inclusión social en este aspecto. Ley 29889 y su Reglamento.	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<p>1)Elaboración y aprobación de un plan de fortalecimiento de competencias en base a la metodología "acompañamiento clínico-psicosocial" dirigido a equipos de salud de los hospitales regionales y redes seleccionadas: INSM al menos en 3 regiones del país y el IGSS, Hospital Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán al menos en una región y el IGSS</p> <p><b>Fuente auditable:</b> Plan aprobado por RD de los hospitales e Instituto de Salud Mental, según corresponda, con vistos de aprobación de la Dirección de Salud Mental de la DGIESP-MINSA, e IGSS. Al mes de julio 2016.</p>	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en los plazos establecidos</p> <p style="text-align: center;"><b>40%</b></p>
	<p>2) Elaboración de un plan de entrenamiento de facilitadores para la capacitación de equipos de la salud en la aplicación de la metodología "acompañamiento psicosocial". Al menos 05 facilitadores por Región seleccionada, entre hospitales y redes. Al primer trimestre.</p> <p><b>Fuente auditable:</b> Plan aprobado por RD de los hospitales e Instituto de Salud Mental, según corresponda; con vistos de aprobación de la Dirección de Salud Mental de la DGIESP-MINSA, e IGSS. Al mes de julio 2016.</p>	
	<p>3) Ejecución de los planes de capacitación a profesionales de la salud y facilitadores de hospitales y establecimientos de primer nivel de atención. La aprobación de facilitadores será por módulo educativo. Entre el segundo y cuarto trimestre.</p> <p><b>Fuente auditable:</b> Informe de ejecución de los Planes (arriba indicado), que incluye el listado de profesionales de la salud aprobados, y listado de facilitadores aprobados por módulo, según Región e IGSS. Entre el segundo y cuarto trimestre.</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 3) en los plazos establecidos</p> <p style="text-align: center;"><b>60%</b></p>
Fuente de datos	Informe preparado de manera conjunta entre la Dirección de Salud Mental de la DGIESP y la DISS de la DIGEPRES, a partir de informe remitido por el IGSS.	
Área responsable técnica y de la información	Dirección Ejecutiva de Salud Mental de la DGIESP /DISS de la DIGEPRES.	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 217 - MINS/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

Frecuencia de medición	Anual
Nota:	En la acción 1), se considerará válido los planes y programas de acompañamiento clínico psicosocial, y planes de desarrollo de capacidades/planes de capacitación para las redes y hospitales de salud, cuyos contenidos se enmarquen en los logros esperados.

**Ficha N°34 (8).Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los hospitales regionales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.**

Nombre	<b>Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales regionales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.</b>	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Regional Enfermedades Neoplásicas (IREN-Norte)	
Definición	Consiste en la capacitación de profesionales de la salud de las redes y hospitales de la región La Libertad en los siguientes temas: prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama. La capacitación se realizará a través de la coordinación con el responsable regional del Programa de Prevención y Control del Cáncer de la Gerencia de Salud de La Libertad.	
Justificación	El desarrollo de competencias en el personal profesional de la salud es un mecanismo importante para mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud oncológicos, tanto para la prevención primaria y secundaria del cáncer, por ello el IREN como órgano técnico en materia oncológica a nivel regional, desarrolla como una de sus funciones esenciales: la docencia y capacitación para el manejo integral oncológico del paciente dirigida a los profesionales de la salud del ámbito regional, de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutoria de los servicios, coordinación con el responsable del Programa de Prevención y Control del Cáncer a nivel de la Gerencia de Salud de La Libertad o quien haga sus veces; En el marco de los convenios interinstitucionales que se tienen con los diferentes establecimientos de salud y sus unidades ejecutoras. La ejecución de estas actividades de capacitación contribuirá a la prevención y control de Cáncer de Mama y de Cuello Uterino con la consiguiente disminución de la morbimortalidad de esta patología.	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración y aprobación de un plan de capacitación para redes y hospitales del nivel regional, en el marco de coordinación y funciones del IREN-Norte y la GERESA La Libertad.</li> </ul> <b>Fuente auditable:</b> Plan aprobado por Resolución Directoral a julio de 2016.	30%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ejecución del plan de capacitación.</li> </ul> <b>Fuente auditable:</b> Informe de ejecución del Plan, que incluye el listado de profesionales de la salud que aprobaron el /los cursos (nombres y apellidos), grupo ocupacional, sede de trabajo (DIRESA, Red u hospital), y temas de capacitación. A diciembre de 2016.	70%
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Servicios de Salud de la DIGEPRES, en coordinación con la Dirección de Prevención de Enfermedades No Trasmisibles y Oncológicas de la DGIESP.	
Frecuencia de	Anual	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- Minsa/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

medición	
Fuente de datos	Informe preparado por la DIGEPRES a partir de informe remitido por el IREN-Norte.

**Ficha N° 34 (9).Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los hospitales regionales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.**

Nombre	<b>Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales regionales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.</b>	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Regional Enfermedades Neoplásicas (IREN-Sur)	
Definición	Consiste en la capacitación de profesionales de la salud de las redes y hospitales de la región Arequipa en los siguientes temas: prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama. La capacitación se realizará a través de la coordinación con el responsable del Programa de Prevención y Control del Cáncer a nivel regional de la Gerencia de Salud Arequipa.	
Justificación	El desarrollo de competencias en el personal profesional de la salud es un mecanismo importante para mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud oncológicos, tanto para la prevención primaria y secundaria del cáncer, por ello el IREN como órgano técnico en materia oncológica a nivel regional, desarrolla como una de sus funciones esenciales: la docencia y capacitación para el manejo integral oncológico del paciente dirigida a los profesionales de la salud del ámbito regional, de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutoria de los servicios, coordinación con el responsable del Programa de Prevención y Control del Cáncer a nivel de la Gerencia de Salud de Arequipa o quien haga sus veces; En el marco de los convenios interinstitucionales que se tienen con los diferentes establecimientos de salud y sus unidades ejecutoras. La ejecución de estas actividades de capacitación contribuirá a la prevención y control de Cáncer de Mama y de Cuello Uterino con la consiguiente disminución de la morbimortalidad de esta patología.	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración y aprobación de un plan de capacitación para redes y hospitales del nivel regional, en el marco de coordinación y funciones del IREN-Sur y la GERESA Arequipa.</li> </ul> <b>Fuente auditable:</b> Plan aprobado por Resolución Directoral a julio de 2016.	30%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ejecución del plan de capacitación.</li> </ul> <b>Fuente auditable:</b> Informe de ejecución del Plan, que incluye el listado de profesionales de la salud que aprobaron el /los cursos (nombres y apellidos), grupo ocupacional, sede de trabajo (GERESA, Red u Hospital), y temas de capacitación. A diciembre de 2016.	70%
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Servicios de Salud de la DIGEPRES, en coordinación con la Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas de la DGIESP.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DIGEPRES a partir de informe remitido por el IREN-Norte.	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN - V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LDS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 35. Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en Emergencia (Hospital de Emergencias Pediátricas)**

Nombre del Indicador	Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en Emergencia (Hospital de Emergencias Pediátricas)	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Ámbito de Aplicación	Hospital de Emergencias Pediátricas	
Definición	El seguimiento sirve para detectar oportunamente complicaciones de enfermedades o problemas derivados de los procedimientos quirúrgicos realizados, asimismo para la finalización de los tratamientos quirúrgicos administrados.	
Justificación	<p>Los pacientes quirúrgicos atendidos en los servicios de emergencia que no son hospitalizados requieren de seguimiento de la evolución de su problema de salud y del tratamiento indicado después de su salida del Servicio de Emergencia.</p> <p>Al respecto, este compromiso busca facilitar el acceso y oportunidad de la atención médica especializada en las especialidades de Cirugía Pediátrica, Neurocirugía y Traumatología para el control de pacientes atendidos por una Emergencia o Urgencia quirúrgica médica.</p> <p>En el Hospital de Emergencias Pediátricas, la atención de seguimiento y control de los pacientes atendidos en Emergencia es entregado en el consultorio de control donde se accede vía ascensor o escaleras y con personal médico que se encuentra de guardia, esto ha traído problemas especialmente en el traslado de los pacientes al consultorio que muchas veces veían cancelada su cita ya que el personal médico era requerido en sala de operaciones para una intervención de emergencia para realizar un seguimiento luego de un procedimiento quirúrgico.</p>	
Logros esperados	1) Plan de Mejora al Acceso al control y seguimiento de pacientes quirúrgicos de Traumatología y Cirugía Pediátrica. <b>Fuente Auditable:</b> Documento aprobado por la institución Al mes de julio de 2016.	Cumple con las acciones del ítem 1) 30%
	2) Implementación de un área de atención de seguimiento y control de pacientes quirúrgicos. <b>Fuente Auditable:</b> Informes de la implementación, conteniendo fotos de la implementación, rol de programación u otros documentos sustentatorios. Al mes de diciembre de 2016.	Cumple con las acciones del ítem 2) 70%
Área responsable	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones en Salud.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por DIGEPRES, a partir de los informes proporcionados por el IGSS y el órgano desconcentrado.	



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ficha N° 36. Mejora del Seguimiento y control de pacientes atendidos en Emergencia- Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa.**

Nombre	Mejora del Seguimiento y control de pacientes atendidos en Emergencia- Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	
Definición	Consiste en la elaboración y uso de un aplicativo informático como herramienta de apoyo para el seguimiento y control de los pacientes post-quirúrgicos atendidos en los Servicios quirúrgicos del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa	
Justificación	El seguimiento post-quirúrgico de pacientes es importante y necesario para garantizar la evolución apropiada del paciente y a su vez evaluar el desempeño de los servicios. En este concepto, el HEJCU implementará un aplicativo informático para el registro de un conjunto de datos útiles para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos atendidos por emergencias y urgencias, que serviría para la evaluación del desempeño clínico de los servicios.	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	1) Diseñar y validar un Plan Institucional para la implementación de un sistema de registro de datos para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos.  Fuente auditable: RD que aprueba el Plan de implementación de un sistema de registro de datos para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos. Año 2016.	Cumple con las acciones del ítem 1)  30%
	2) Capacitación de al menos a 12 profesionales del equipo de salud de los Departamentos de Cirugía, Traumatología y Neurocirugía, respecto al manejo del aplicativo informático.  Fuente auditable: Informe de las capacitaciones realizadas remitidos a IGSS.	Cumple con las acciones de los ítems 2) y 3)  70%
	3) Implementación del aplicativo informático para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos.  Fuente auditable: Reportes automatizados que genera el aplicativo informático remitido a IGSS.  <i>Un reporte debe ser: Número de Complicaciones presentadas en pacientes atendidos por emergencia en las especialidades de Cirugía General, Neurocirugía y Traumatología, en los meses de Noviembre y Diciembre 2016.</i>	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Servicios de Salud de la DIGEPRES, a partir de informe remitido por el IGSS.	
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Prestaciones en Salud.	
Frecuencia de medición	Anual	



## ANEXO N° 2

### PROCEDIMIENTOS E INTERPRETACIÓN DE LOS CÁLCULOS DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS.

#### 1. PROCEDIMIENTO DEL CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ANUAL DE CADA UNA DE LAS MI, ID Y CM POR INSTITUCIÓN.

- a. Para metas institucionales e indicadores de desempeño que se miden en términos de porcentajes y coberturas:

Se aplica la siguiente fórmula:

$$PI = \frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$$

Dónde:

I: Porcentaje de cumplimiento anual del Indicador.

**Logro alcanzado y valor umbral:** Datos proporcionados por el responsable de la información, utilizando las fuentes de datos oficiales, aplicando la fórmula y el procedimiento de construcción definidos en la ficha técnica de cada indicador. Los datos de valor umbral se encuentran consignados en el convenio de gestión.

**Logro esperado:** Es el valor numérico definido en el convenio de gestión para cada institución, según los criterios de la presente directiva.

Los datos se disponen en una matriz de acuerdo al siguiente ejemplo:

#### Ejemplo 1A

INDICADOR: Porcentaje de recién nacidos afiliados al SIS con dos controles de crecimiento y desarrollo CRED.						
DIRESA/GERESA /IGSS	RED	Valor Umbral (%)	Valor Logro Esperado (%)	Valor Logro Alcanzado (%)	Porcentaje de Cumplimiento Anual (I)	Peso Ponderado (P)
Éxito	Primera	14.6	36	44.8	100%	
Éxito	Segunda	12.0	36	70.4	100%	
Éxito	Tercera	4.0	31	66.4	100%	
Avanza	Primera	3.1	31	16.3	47.2%	
Avanza	Segunda	2.7	28	18.8	63.6%	
Avanza	Cuarta	2.7	28	10.00	28.7%	
Avanza	Quinta	7.0	34	27.7	76.5%	
Esperanza	Primera	1	28	1.8	2.9%	
Esperanza	Segunda	0.7	28	1.8	4.0%	
Esperanza	Tercera	12.8	36	-10	0%	





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219- MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

▪ Interpretación de los resultados:

- Se podrá obtener un porcentaje de cumplimiento anual del indicador entre cero (0%) y cien (100%), que estará en función de la magnitud de logro alcanzado por la institución respecto del logro esperado.
- En caso que el valor de logro alcanzado sea mejor que el logro esperado (mayor o menor dependiendo del indicador) el porcentaje de cumplimiento del indicador será 100%. En el Ejemplo 1, las redes de salud Primera, Segunda y Tercera de la DIRESA Éxito cumplen con esa condición, aplicando la fórmula obtienen porcentajes de cumplimiento anual de 138%, 243% y 187% respectivamente; esto significa un mejor desempeño al esperado, que se califica como 100% de cumplimiento.
- En caso que el valor de logro alcanzado sea peor o igual que el valor umbral (mayor o menor dependiendo del indicador), el porcentaje de cumplimiento del indicador será 0%. Cuando el valor de logro alcanzado es inferior al valor umbral, como en el caso de la red Tercera de Esperanza del Ejemplo 1, se obtiene un valor negativo de porcentaje de cumplimiento (-10%), que se califica como 0% de cumplimiento.
- En caso que el valor de logro alcanzado se encuentre entre los valores del umbral y de logro esperado, el porcentaje de cumplimiento fluctúa entre 0.1% y 100% de cumplimiento. Así, en el Ejemplo 1, las redes de salud Primera y Segunda de la DIRESA Esperanza presentan valores de logro alcanzando muy inferiores a los valores de logro esperado pero mayores al valor umbral, por lo cual se obtiene valores menores al 5% de porcentaje de cumplimiento.

**b. Para indicadores de desempeño con valores de logro esperado expresados en un rango de valores promedio:**

Esto aplica para los indicadores: i) productividad hora médico, ii) promedio de permanencia cama, iii) rendimiento cama y otros similares.

Los posibles resultados son:

- Si el valor de logro alcanzado se encuentra entre los valores (inferior y superior) del rango establecido en la ficha del indicador, el porcentaje de cumplimiento anual del indicador es de 100%.
- Si el valor alcanzado es menor o mayor a los valores del rango, el cálculo del porcentaje de cumplimiento del indicador se realiza aplicando los criterios que para un 80% y 60% de cumplimiento se establece en la ficha del indicador. Valores del indicador por fuera de los rangos establecidos, se califica como 0% (cero) de cumplimiento.

**Ejemplo 2:**

Categoría de Establecimiento de Salud	Red/ Establecimiento de Salud	INDICADOR : Productividad Hora Médico				Peso Ponderado (P)
		Umbral	Valor Logro esperado	Valor Logro Alcanzado	Porcentaje de cumplimiento Anual (%)	
(I-3, I-4)	Red de Salud Uno	NA	4 a 5	4.1	100%	
(I-3, I-4)	Red de salud Dos	NA	4 a 5	3.5	80%	
II-1	Hospital Sol	NA	4 a 5	0.7	0%	
II-2	Hospital Paíta	NA	4 a 5	2.1	0%	
II-1	Hospital Luna	NA	4 a 5	3.4	60%	
III-1	Hospital Mamá	NA	3 a 4	2.9	100%	
III-2	Hospital Mental	NA	2 a 4	2.1	100%	

*Criterio [Ver Ficha Técnica]: Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%. Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 80%. Si el valor calculado se encuentra hasta 1 unidad por encima o debajo del rango: 60%.*



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**c. Para compromiso de mejora de los servicios:**

- Si la institución cumple con todas las acciones definidas y en las fechas establecidas para cada uno de los dos grupos de acciones, el porcentaje de cumplimiento es 100%. Si la institución no cumple con ninguno de los grupos de acciones, el porcentaje de cumplimiento del compromiso es cero por ciento (0%).
- Si la institución cumple solamente las acciones definidas y en las fechas establecidas para uno de los grupos, el porcentaje de cumplimiento del compromiso es la parte que señala la ficha técnica correspondiente. Así en el Ejemplo 3, para el Compromiso de Mejora "Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño" (Ficha Técnica N° 23 del Anexo N° 2), si la institución cumple con todas las acciones solicitadas para el primer grupo tendrá un porcentaje de cumplimiento del compromiso de 30%; y si solo cumple lo solicitado para el segundo grupo tendrá un porcentaje de cumplimiento de 70%.

**Ejemplo 3**

**Compromiso de Mejora "Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño"**

N°	Institución	Valor Logro esperado		Valor Logro Alcanzado		Porcentaje de cumplimiento Anual (%)	Criterios de Evaluación Ficha N° 23	
		Grupo de acciones 1	Grupo de acciones 2	Grupo de acciones 1	Grupo de acciones 2		Grupo de acciones 1	Grupo de acciones 2
01	DIRESA Amanecer	30%	70%	30%	70%	100%	Cumple con todas las acciones de los ítems 1 y 2 en el plazo establecido =30%	Cumple con todas las acciones del ítem 3 =70%
02	Red Luz	30%	70%	30%	0%	30%		
03	Red Celeste	30%	70%	0%	70%	70%		
04	Red Rayos	30%	70%	0%	0%	0%	Cumple con alguna o ninguna de las acciones = 0 %	Cumple con alguna o ninguna de las acciones = 0 %
05	Red Brisas	30%	70%	30%	70%	100%		

**2. PROCEDIMIENTO DEL CÁLCULO DEL PORCENTAJE GLOBAL DE LOGRO DE METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS (PG).**

- Para el cálculo de porcentaje global de logro (PG) se debe agregar en la "Matriz de datos" los valores de los pesos ponderados establecidos en el convenio de gestión por meta institucional, indicador de desempeño y compromiso de mejora, según Institución.
- Comprobar que la sumatoria de los pesos ponderados de todas las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora, es de cien por ciento (100%) por institución. Obsérvese en la siguiente Tabla, continuación del Ejemplo 1A, como para un mismo indicador los pesos ponderados asignados por las redes u hospitales pueden ser diferentes.



**Ejemplo 1B**

<b>INDICADOR: Porcentaje de recién nacidos afiliados al SiS con dos controles de crecimiento y desarrollo CRED.</b>						
<b>DIRESA/GERESA /IGSS</b>	<b>RED</b>	<b>Valor Umbral (%)</b>	<b>Valor Logro Esperado (%)</b>	<b>Valor Logro Alcanzado (%)</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Anual (i)</b>	<b>Peso Ponderado Asignado (P)</b>
Éxito	Primera	14.6	36	44.8	100%	13%
Éxito	Segunda	12.0	36	70.4	100%	10%
Avanza	Primera	3.1	31	16.3	47.2%	12%
Avanza	Segunda	2.7	28	18.8	63.6%	13%
Avanza	Cuarta	2.7	28	10.00	28.7%	12%
Avanza	Quinta	7.0	34	27.7	76.5%	10%
Esperanza	Primera	1	28	1.8	2.9%	12%
Esperanza	Segunda	0.69	28	1.8	4.0%	10%
Esperanza	Tercera	12.8	36	10.3	0%	10%

- A continuación, para cada Institución, elaborar una tabla resumen con los datos de todas las MI, ID y CM que corresponda según el Convenio de Gestión. En el Ejemplo 4A, se presenta los datos que corresponden a la institución: DIRESA/GERESA/IGSS.
- Con los datos de las dos últimas columnas de la tabla resumen de resultados de evaluación de las MI, ID y CM, según corresponda, se procede a realizar el cálculo del "Porcentaje Global de Cumplimiento", aplicando la siguiente fórmula:

$$PG = \frac{\sum (I_1 \times P_1 + I_2 \times P_2 + I_3 \times P_3 + I_4 \times P_4 + I_5 \times P_5 + \dots + I_n \times P_n)}{100\%}$$

Dónde:

**PG** : Porcentaje global de logro de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

**Σ** : Sumatoria

**I<sub>n</sub>** : Porcentaje de cumplimiento anual de la meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios n-ésimo.

**P<sub>n</sub>** : Peso ponderado de la meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de los servicios n-ésimo.



- El PG, se expresa en porcentaje, se calcula como el promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento anual de cada meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios, multiplicados por sus respectivos pesos ponderados. Se calcula a nivel de cada una de las instituciones incluidas en el Convenio de Gestión.

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**Ejemplo 4A. Tabla resumen de resultados de evaluación de las MI, ID y CM del Convenio de Gestión 2015. DIRESA Primordial.**

<b>DIRESA PRIMORDIAL</b>					
<b>Meta Institucional (MI) /Indicador de Desempeño (ID)/ Compromiso de Mejora (CM)</b>	<b>Valor Umbral (%)</b>	<b>Valor Logro Esperado (%)</b>	<b>Valor Logro Alcanzado (%)</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Anual (%)</b>	<b>Peso Ponderado Asignado (P)</b>
1. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses.	44.6	32.2	30.1	100	9%
2. Porcentaje de niños menores de 2 años con suplementación de hierro y/o MN.	15	>= 25	20	50	8%
3. Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.	80	95	85	33.3	9%
4. Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED.	2.7	28	18.8	63.6	8%
5. Porcentaje de parto institucional rural.	61.7	63.5	65	100	7%
6. Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	56	62	80	100	10%
7. Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada.	5.0	8.0	10	100	8%
8. Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de Cáncer de cuello uterino.	56.2	61.2	50.2	0	10%
9. Productividad hora médico en consulta externa.		4 a 5	3 a 5	80	7%
10. Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.		Cumple 3 acciones (2 primer y 1 segundo semestre).	Ninguna en primer semestre. Cumplió 1 acción en segundo semestre	70	7%
11. Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis.		Cumple 5 acciones (2 primer y 3 segundo semestre).	Cumplió con todas las acciones.	100	5%
12. Supervisión a los establecimientos de salud.		Cumple 3 acciones (2 primer y 3 segundo semestre)	Cumplió con todas las acciones.	100	7%
13. Establecimientos de salud (EESS) que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.		70% de EESS de la Región con 85% o más de disponibilidad de equipos, insumos críticos y medicamentos.	50% EESS con el logro esperado.	0	5%
					<b>100%</b>



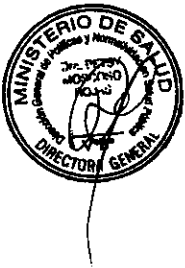
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

- En el Ejemplo 4B, se muestra la aplicación de la fórmula con los datos de las dos últimas columnas del Ejemplo 4A, que señala que la DIRESA Primordial ha alcanzado un PG de 61.6% sobre un logro esperado de 100%. Esto significa que el personal de la salud de Primordial que cumpla con las condiciones para el pago anual recibirá un monto que corresponde a la categoría de  $\geq 60\%$  y  $\leq 70\%$ .

**Ejemplo 4B**

$$\text{PG} = \frac{\Sigma [(100\% \times 9\%) + (50\% \times 8\%) + (33.3\% \times 9\%) + (63.6\% \times 8\%) + (100\% \times 7\%) + (100\% \times 10\%) + (100\% \times 8\%) + (0\% \times 10\%) + (80\% \times 7\%) + (70\% \times 7\%) + (10\% \times 5\%) + (0\% \times 5\%)]}{100\%}$$

**PG = 61.6%**



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 219 - MINSA/DGPN- V.01**  
**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y CDM PROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA DEL AÑO 2016, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.**

**ACRONIMOS**

CdG	Convenio de Gestión
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CDC	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
CM	Compromisos de Mejora de los Servicios
DIPREN	Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas
DSM	Dirección de Salud Mental
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISS	Dirección de Servicios de Salud
DICAS	Dirección de Calidad en Salud
DGPN	Dirección General de Políticas y Normatividad en Salud Pública
DMSP	Dirección de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de Políticas en Salud Pública
DGIESP	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
DIGEPRES	Dirección General de Prestaciones en Salud
DGGDRH	Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud
ENDES	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EESS	Establecimientos de Salud
GERESA	Gerencia Regional de Salud
HIS	Health Information Systems (Sistemas de Información en Salud)
IGSS	Instituto de Gestión de Servicios de Salud
IDI	Iowa Drug Information Service
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
ID	Indicadores de Desempeño
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MINSA	Ministerio de Salud
Mi	Metas Institucionales
OGTI	Oficina General de Tecnologías de la Información
OGAC	Oficina General de Articulación y Coordinación
OGPPM	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
PG	Porcentaje Global de Cumplimiento de las MI, ID y CM
RD	Resolución Directoral
SIASIS	Sistema Integrado de Aseguramiento del Seguro Integral de Salud.
SIS	Seguro Integral de Salud
SuSalud	Superintendencia Nacional de Salud
UPSS	Unidades Prestadoras de Servicios de Salud

