



CONVENIO N° 125-2015/MINSA

CONVENIO DE GESTION ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y EL INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

Conste por el presente documento el Convenio de Gestión que celebran de una parte el MINISTERIO DE SALUD, con RUC N° 20131373237, con domicilio en Av. Salaverry N° 801 distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima, representado por el Ministro de Salud Sr. ANIBAL VELASQUEZ VALDIVIA, identificado con DNI N° 29281571, designado mediante Resolución Suprema N° 107-2015-PCM, al que en adelante se denominará MINSA; y la otra parte, el INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD-IGSS, con RUC 20557424131 con domicilio en Av. La Rosa Toro N°1399 del distrito de San Borja, Lima, representado por su Jefa Institucional (e) Sra. ELIZABETH ZULEMA TOMAS GONZÁLES, identificada con DNI N° 09096500, designada mediante Resolución Jefatural N° 643-2015/IGSS, a quien en adelante se denominará IGSS, en los términos y condiciones de las cláusulas siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: DE LAS PARTES

El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) es un organismo público ejecutor, adscrito al Ministerio de Salud, creado a partir del Decreto Legislativo N° 1167, con personería jurídica de derecho público, autonomía funcional, administrativa, económica y financiera. Es competente para la gestión, operación y articulación de las prestaciones de servicios de salud de alcance nacional pre-hospitalarios y prestaciones de servicios de salud hospitalarios, en los Institutos Especializados y Hospitales Nacionales; así como de las prestaciones de servicios de salud de los establecimientos de Lima Metropolitana.

CLAUSULA SEGUNDA: ANTECEDENTES

El artículo 15° del "Decreto Legislativo N° 1153 que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado", autoriza la entrega económica anual por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

Mediante el Decreto Supremo N° 041-2014-SA del 31 de diciembre de 2014 se definieron las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entrega económicas del personal de la salud al servicio del Estado.



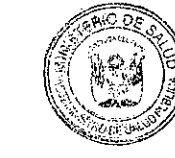
Z. TOMAS



A. Velásquez



S. RUIZ Z.



G. Villar



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



1



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Muñoz Vergara Director General



J. VARGAS

J



CLAÚSULA TERCERA: BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- 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 salud al servicio del Estado.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1167-2014, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- 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, 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 N° 1153.
- Decreto Supremo N° 041-2014-SA, Decreto Supremo que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia 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.

[Handwritten signature]



A. Velásquez

CLAÚSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO DE GESTIÓN

El presente Convenio de Gestión tiene por objeto establecer las obligaciones que asumirán las Partes para la implementación de la entrega económica anual que se otorgará al personal de salud por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios, aprobados mediante el Decreto Supremo N° 041-2014-SA, en el marco del artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153.



S. RUIZ Z.

CLAÚSULA QUINTA: DE LAS DEFINICIONES

Las Partes convienen mutuamente que, para efecto del presente Convenio de Gestión, los términos se definen de la siguiente manera:

Hospital

Establecimiento de salud del II ó III nivel de atención de Lima Metropolitana, que brinda atención de salud en diversos campos clínicos o grupos de edad. Es un órgano desconcentrado del IGSS.

Instituciones

Para el presente Convenio de Gestión se consideran instituciones a la Redes de Salud, Hospitales e Institutos Especializados.

Instituto Especializado

Establecimiento de salud especializado del tercer nivel de atención de Lima Metropolitana, que brinda atención de salud altamente especializada en un campo



G. Villar

[Handwritten signature]



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Muñoz Vergara Director General



J. VARGAS



clínico o dirigido a grupos de edad. Es un órgano desconcentrado que depende del IGSS.

CLAÚSULA SEXTA: DE LAS OBLIGACIONES O RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES

6.1 Del Instituto de Gestión de Servicios de Salud

- 6.1.1 Difundir el presente Convenio y su normatividad a nivel de sus instituciones para su correspondiente aplicación.
- 6.1.2 Designar un responsable de la implementación y monitoreo del Convenio de Gestión, mediante documento oficial, que será remitido al MINSA en un plazo no mayor a 15 días posteriores a la firma del Convenio.
- 6.1.3 Asignar los recursos y condiciones necesarias para realizar las prestaciones de salud en forma oportuna y de calidad, para cumplir con los indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios.
- 6.1.4 Realizar asistencia técnica, supervisión y monitoreo a las redes de salud, hospitales e institutos sobre el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.
- 6.1.5 Brindar mantenimiento o implementación de sistemas de información a fin de garantizar su operación, verificación, aseguramiento de la calidad de la información y de los procedimientos necesarios para el seguimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, y contar con información oportuna y veraz.
- 6.1.6 Brindar facilidades de acceso al MINSA para la revisión, procesamiento y análisis de todas las fuentes de información y sus correspondientes bases de datos, que constituyen medios de verificación de cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y los compromisos de mejora.
- 6.1.7 Recolectar, consolidar y enviar a la DGSP del MINSA los datos requeridos para el monitoreo mensual y la evaluación trimestral de los avances; en los indicadores y compromisos que corresponda.
- 6.1.8 Verificar y garantizar la calidad, veracidad y envío oportuno de la información.
- 6.1.9 Emitir y remitir a la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud las Resoluciones Directorales o Jefaturales, según corresponda, que aprueban las nóminas del personal beneficiario de la entrega económica anual por cumplimiento de metas, emitidas por los hospitales, institutos especializados y redes de salud que se encuentran dentro del ranking publicado por el MINSA según porcentaje global de cumplimiento de metas. La remisión de las Resoluciones Directorales o Jefaturales se deberá realizar dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la publicación del ranking antes indicado.
- 6.1.10 Verificar que el personal registrado en cada nómina cumple con los criterios técnicos establecidos en el artículo 5 del Decreto Supremo N° 116-2014-EF.
- 6.1.11 Transferir oportunamente a las unidades ejecutoras de salud los recursos asignados por el MINSA para el pago de la asignación económica anual por el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, en caso de corresponder. Verificar que el personal de la salud reciba la asignación económica correspondiente.



Handwritten mark



6.2 De las Redes de Salud, Hospitales e Institutos Especializados

- 6.2.1 Realizar la difusión del Convenio de Gestión y la normatividad vigente en el ámbito de su jurisdicción o según corresponda, para facilitar su implementación y el cumplimiento de obligaciones.
- 6.2.2 Designar mediante documento oficial un responsable de la implementación y monitoreo de los convenios de gestión.
- 6.2.3 Realizar asistencia técnica, supervisión y monitoreo a los establecimientos de salud de su jurisdicción o según corresponda, sobre el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.
- 6.2.4 Brindar las condiciones para que el personal de salud del ámbito de su jurisdicción o según corresponda cumplan con los logros esperados de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.
- 6.2.5 Realizar el mantenimiento e implementación del sistema de información, y de los procedimientos necesarios para el seguimiento de los indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios de salud en el ámbito de su jurisdicción o según corresponda.
- 6.2.6 Verificar y garantizar la calidad, veracidad y oportunidad de la información que generan los establecimientos de salud s en el ámbito de su jurisdicción o según corresponda.
- 6.2.7 Remitir al IGSS la información requerida para efectos de monitoreo y evaluación de los avances, cuando corresponda.
- 6.2.8 Brindar acceso al MINSa para la revisión, procesamiento y análisis de todas las fuentes de información y sus correspondientes bases de datos, que constituyen medios de verificación de cumplimiento.
- 6.2.9 Efectuar la entrega económica anual del artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, posterior a la evaluación de los convenios y de acuerdo a las disposiciones de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del MINSa.
- 6.2.10 Efectuar los descuentos en el caso de pagos indebidos, conforme a la legislación vigente.

[Handwritten signature]



A. Velásquez



S. RUIZ Z.

6.3 Del Ministerio de Salud

- 6.3.1 Las áreas responsables técnicas del Ministerio de Salud realizarán el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios bajo su competencia, según les corresponda; y en coordinación con las contrapartes designadas en los Convenios de Gestión podrán brindar asistencia técnica a las instituciones bajo su ámbito.
- 6.3.2 Las áreas responsables de información del Ministerio de Salud (OGEI, DGSP, DGIEM y DGE) y de sus organismos públicos adscritos (Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Seguro Integral de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud), emitirán informes técnicos de evaluación anual sobre el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios, según les corresponda. Estos informes serán remitidos a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP) del MINSa, para el cálculo del porcentaje global de logro alcanzado.
- 6.3.3 La Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP) del MINSa remitirá a la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud la relación de redes, hospitales e institutos especializados que han registrado un porcentaje global de cumplimiento de metas mayor o igual a 60 por ciento.



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Matúel L. Nuñez Vergara
Director General



J. VARGAS

[Handwritten signature]



- 6.3.4 La Oficina General de Gestión de Recursos Humanos (OGGRH) del Ministerio de Salud determinará el monto de la Asignación Económica Anual por Cumplimiento de Metas por entidad, basada en la información remitida por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud.
- 6.3.5 Las entidades o dependencias responsables de las fuentes de información realizarán de manera inopinada la verificación de la calidad y veracidad de la información.
- 6.3.6 Publicar en su portal institucional (www.minsa.gob.pe) el ranking de Hospitales, Institutos Especializados y Redes de Salud, según porcentaje global de cumplimiento de metas.

CLAÚSULA SÉTIMA: DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS

7.1 Indicadores de Desempeño

- 7.1.1 Incrementar a 80% el porcentaje de niños y niñas menores de 3 años asegurados en el SIS con 12 meses de suplemento de hierro y/o multimicronutrientes.
- 7.1.2 Lograr 95% de cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo con segundas dosis, en niños y niñas menores de 1 año.
- 7.1.3 Incrementar la proporción de recién nacidos con dos controles de crecimiento y desarrollo (CRED) en los 15 primeros días de vida, entre los recién nacidos afiliados al SIS; según la Tabla N°1 del Anexo 1.
- 7.1.4 Incrementar el porcentaje de parto institucional (en el establecimiento de salud y atendido por profesional) con respecto al valor del año previo, según la Tabla N°1 del Anexo 1.
- 7.1.5 Incrementar en 10% el porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar, con respecto al valor del año previo, según la Tabla N°1 del Anexo 1.
- 7.1.6 Incrementar a 60% el porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada.
- 7.1.7 Incrementar a 25% el porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.
- 7.1.8 Incrementar a 80% el porcentaje de adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- 7.1.9 Incrementar el porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa, según las tablas números 1 y 2 del Anexo 1.
- 7.1.10 Disminuir el tiempo de espera por la atención en consulta externa, según las tablas según las tablas números 1 y 2 del Anexo 1.
- 7.1.11 No exceder de 3% la prevalencia de infecciones intrahospitalarias o disminuir con respecto al basal, según las tablas números 1 y 2 del Anexo 1.
- 7.1.12 Alcanzar un valor de 4 a 5 consultas médicas por hora programada en los establecimientos de salud I-3, I-4 y hospitales generales; entre 3 a 4 consultas médicas por hora programada para los hospitales de mayor complejidad de la región; y entre 2 a 4 consultas médicas para los hospitales de campo especializado e institutos; según las tablas números 1 y 2 del Anexo 1.

- 7.2 **Indicadores de las prioridades regionales de salud seleccionadas**
Tuberculosis: Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados. Alcanzar el valor recomendado según la clasificación de riesgo de TBC (Ficha Técnica N° 27).



Z. TOMÁS



A. Velásquez



S. RUIZ Z.



G. Villar



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



5



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



J. VARGAS



7.3 Indicadores seleccionados del Anexo 5 del DS N° 041-2014-SA, para hospitales de tercer nivel de atención de Lima Metropolitana, seleccionados del Anexo 5 del DS N° 041-2014-SA. Se aplica según establecimientos de salud de acuerdo a las tablas números 4 al 21 del Anexo 1.

- 7.3.1 Promedio de permanencia cama hospitalaria.
- 7.3.2 Rendimiento cama.
- 7.3.3 Porcentaje de ocupación cama.
- 7.3.4 Razón de emergencias por consulta externa.
- 7.3.5 Porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 12 horas.
- 7.3.6 Rendimiento de sala de operaciones.
- 7.3.7 Porcentaje de cirugías suspendidas.
- 7.3.8 Tiempo de acceso para daños seleccionados de prioridad II.
- 7.3.9 Tasa de mortalidad específica en emergencia (Tasa X 100)
- 7.3.10 Tasa neta de mortalidad hospitalaria (Tasa X 100).
- 7.3.11 Tasa de mortalidad neonatal precoz (Tasa X 1000).

7.4 Compromisos de mejora de los servicios de salud

- 7.4.1 Redes de salud preparadas para el diagnóstico y manejo de enfermedades no transmisibles en el I nivel de atención.
- 7.4.2 Funcionamiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
- 7.4.3 Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.
- 7.4.4 Equipamiento básico en el primer nivel de atención.
- 7.4.5 Supervisión regional a establecimientos de salud.

7.5 Compromisos de mejora para los hospitales de tercer nivel de Lima Metropolitana. Se aplica según establecimientos de salud de acuerdo a las tablas números 4 al 21 del Anexo 1.

- 7.5.1 Implementación del corte tardío del cordón umbilical: Ficha N° 6 B.
- 7.5.2 Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas: Ficha N° 39.
- 7.5.3 Funcionamiento de consulta médica en turnos adicionales: Ficha N° 40
- 7.5.4 Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía: Ficha N° 41
- 7.5.5 Implementación de la Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño: Fichas N° 42 y 42B.
- 7.5.6 Fortalecimiento del proceso de atención en consulta externa para pacientes derivados de emergencia (prioridad III y IV): Ficha N° 44
- 7.5.7 Fortalecimiento del transporte de pacientes pediátricos: Ficha N° 47
- 7.5.8 Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en emergencia: Ficha N° 48
- 7.5.9 Determinación de los factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en el pabellón 01 y 20 del Hospital Larco Herrera: Ficha N° 49
- 7.5.10 Mejora del sistema de registro de información en la UPSS de Emergencia: Ficha N° 50.
- 7.5.11 Implementación de un sistema de citas en la UPSS Consulta Externa: Ficha N° 51.
- 7.5.12 Fortalecimiento de competencias del personal de salud del primer y segundo nivel para la atención de salud mental en Lima Metropolitana: Ficha N° 52.



A. Velásquez



A. RUIZ Z.



G. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA F.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



J. VARGAS



CLAÚSULA NOVENA: DE LA DESIGNACIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL CONVENIO

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud designará un responsable de la implementación y monitoreo del Convenio de Gestión, mediante documento oficial, que será remitido al MINSA en un plazo no mayor a quince días (15) posteriores a la firma del Convenio.

CLAÚSULA DÉCIMA: DE LAS ACCIONES POR INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMACIÓN O POR ENTREGA DE INFORMACIÓN INCORRECTA O FALSA

- 10.1 Si el resultado de la verificación evidencia información incorrecta o falsa se modificará el resultado en base a la información correcta, y se informará a los órganos de control para las acciones respectivas cuando se trate de información falsa.
- 10.2 El incumplimiento de la entrega de la información para evaluación en la fecha correspondiente será considerada como no logro.

CLAÚSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LA VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente Convenio de Gestión tendrá una vigencia de un (1) año, con eficacia anticipada al 1° de enero de 2015.

CLAÚSULA DÉCIMO SEGUNDA: DE LAS CONDICIONES DE REVISIÓN DE LOS CONVENIOS

Las partes podrán de mutuo acuerdo modificar el presente convenio. Para tal efecto, cualquiera de ellas pondrán en conocimiento de la otra, por escrito, tal intención, debiendo esta última manifestar su conformidad o disconformidad en un plazo máximo de quince (15) días calendario que se computa desde el día siguiente a la recepción de la propuesta de modificación. Trascurrido dicho plazo sin que exista respuesta expresa, se presumirá la tácita aceptación.

Asimismo, éstas podrán establecer procedimiento y mecanismos adicionales que resulten necesarios para la implementación del presente convenio y asegurar su eficiente ejecución.

CLAÚSULA DÉCIMO TERCERA: DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes se comprometen a desplegar sus esfuerzos a fin de que los inconvenientes que pudieran presentarse durante la ejecución del presente convenio, sean solucionados mediante el trato directo.

Cualquier conflicto que pudiera surgir durante la ejecución del Convenio y que no pueda ser resuelto sobre la base del mutuo entendimiento entre las Partes, se someterá a la jurisdicción y competencia del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



A. Velásquez



S. RUIZ Z.



G. Villar



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA B.



N. Reyes P



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



J. VARGAS

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: DE LAS NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación que deba ser cursada entre las Partes, se entenderá válidamente realizada en los domicilios consignados en la introducción del presente documento.

Los cambios de domicilio serán comunicados por escrito, mediante oficio, al domicilio de la otra parte, con cinco (5) días hábiles de anticipación.

Estando conformes LAS PARTES en todas y cada una de las cláusulas que anteceden, suscriben el presente Convenio en dos ejemplares de idéntico tenor, en la ciudad de Lima, a los 4 días del mes de DICIEMBRE del año 2015.

[Signature]
MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DEL PERU
MINISTRO

ANIBAL VELASQUEZ VALDIVIA
MINISTRO DE SALUD

[Signature]

ELIZABETH ZULEMA TOMAS
GONZÁLES Jefa Institucional (e)
INSTITUTO DE GESTIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL
S. RUÍZ Z.

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y ASESORIA

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE ASISTENCIA TÉCNICA

[Signature]
G. Villar

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS
J. TRUJILLO B.

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN
C. KUROIWA P.

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE ASesoría TÉCNICA

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
JEFE INSTITUCIONAL
Z. TOMÁS

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN
N. Reyes P.

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN
Dr. Marcos L. Núñez Vergara

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
J. VARGAS



ANEXOS

Anexo N° 1

- Tabla N° 1. Umbrales/basales y logros esperados de los indicadores de desempeño para las Redes de Salud de Lima Metropolitana. IGSS.
- Tabla N° 2. Pesos ponderados de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para las redes de salud y hospitales de II nivel de Lima Metropolitana. IGSS
- Tabla N° 3. Tabla N° 3: Umbrales /basales y logros esperados de los indicadores de desempeño para los hospitales de nivel II de Lima Metropolitana. IGSS.

Peso ponderado, valor umbral y logro esperado de los Indicadores de desempeño y compromisos de la prioridad mejora de la calidad, acceso y eficiencia de los servicios de salud para los establecimientos de salud de III nivel de Lima Metropolitana:

- Tabla N° 4. Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
- Tabla N° 5. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Tabla N° 6. Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Tabla N° 7. Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Tabla N° 8. Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Tabla N° 9. Hospital Nacional Hipólito Unánue
- Tabla N° 10. Hospital Víctor Larco Herrera
- Tabla N° 11. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi
- Tabla N° 12. Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú –Japón.
- Tabla N° 13. Instituto Nacional Materno Perinatal
- Tabla N° 14. Instituto Nacional de Oftalmología
- Tabla N° 15. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
- Tabla N° 16. Hospital María Auxiliadora.
- Tabla N° 17. Hospital Hermilio Valdizán
- Tabla N° 18. Instituto Nacional de Salud del Niño.
- Tabla N° 19. Hospital de Apoyo Santa Rosa
- Tabla N° 20. Hospital de Emergencias Pediátricas
- Tabla N° 21. Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa

Anexo N° 2 Fichas técnicas de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

Anexo N° 3 Descripción de los campos usados en las fichas de los indicadores.

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



Tabla N° 1. Umbrales/basales y logros esperados de los indicadores de desempeño para las Redes de Salud de Lima Metropolitana. IGSS

Institución	Tipo de valor	Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores 3 años.	Cobertura de inmunización contra Rotavirus y Neumococo	Porcentaje de Recién nacidos con 02 CRED	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada.	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.	Porcentaje de adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.	Porcentaje de usuarios satisfechos por la atención recibida en consulta externa	Productividad hora médico en consulta externa	Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados
Red Lima Ciudad	Umbral	20	55	1	11.6	30	15	60	75		
	Logro Esperado	80	95	28	12.7	60	25	80	85	4 a 5	4 a 4.9
Red de Salud Lima Norte IV (Puente Piedra)	Umbral	20	55	1.4	9.3	30	15	60	75		
	Logro Esperado	80	95	28	10.2	60	25	80	85	4 a 5	4 a 4.9
Red Tupac Amaru	Umbral	20	55	1.35	18.2	30	15	60	75		
	Logro Esperado	80	95	28	20.0	60	25	80	85	4 a 5	4 a 4.9
Red V Rimac-SMP-LO	Umbral	20	55	1.02	16.4	30	15	60	75		
	Logro Esperado	80	95	28	18.0	60	25	80	85	4 a 5	4 a 4.9

11





Institución	Tipo de valor	Indicadores									
		Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores 3 años.	Cobertura de inmunización contra Rotavirus y Neumococo	Porcentaje de Recién nacidos con 02 CRED	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada.	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.	Porcentaje de adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.	Porcentaje de usuarios satisfechos por la atención recibida en consulta externa	Productividad hora médico en consulta externa	Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados
Red Lima Este Metropolitana	Umbral	20	55	0.69	24.8	30	15	60	75		
	Logro Esperado	80	95	28	27.2	60	25	80	85	4 a 5	>=5
Red San Juan de Lurigancho	Umbral	20	55	3.05	18.5	30	15	60	75		
	Logro Esperado	80	95	31	20.3	60	25	80	85	4 a 5	>=5
Red Barranco-Chorrillos-Surco	Umbral	20.00	55.00	0.57	16.7	30	15	60	75		
	Logro Esperado	80.00	95.00	28.00	18.3	60	25	80	85	4 a 5	3 a 3.9
Red San Juan de Miraflores- Villa María del Triunfo	Umbral	20.00	55.00	0.92	27.3	30	15	60	75		
	Logro Esperado	80.00	95.00	28.00	30.0	60	25	80	85	4 a 5	4 a 4.9
Red Villa el Salvador- Lurin-Pachacamac-Pucucana	Umbral	20.00	55.00	2.70	31.5	30	15	60	75		
	Logro Esperado	80.00	95.00	28.00	34.6	60	25	80	85	4 a 5	4 a 4.9

[Handwritten signature]



C. KUROIWA P.



N. RIVEROS P.



Dr. Manuel L. Núñez Vergara
Director General



J. TRUJILLO B.



L. VARGAS



S. RUÍZ Z.

[Handwritten signature]

Tabla N° 2: Pesos ponderados de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para las redes de salud y hospitales de II nivel de Lima Metropolitana. IGSS

Prioridad	Meta / Indicador / Compromiso		Peso ponderado			
			Prioridad	Según tipo de institución		
	Tipo	Descripción			DIRESA/ GERESA	Red de Salud
Desnutrición crónica, anemia y mortalidad infantil	M	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.	25	5		
	M	Prevalencia de anemia en niños de 6-35 meses.		5		
	ID	Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores de 3 años.		5	10	
	ID	Cobertura de inmunización con rotavirus y neumococo.		3.75	7.5	
	ID	Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED.		3.75	7.5	
	C	Implementación del corte tardío del cordón umbilical.		2.5		
Mortalidad materna	M	Proporción de muertes maternas evitadas.	10	0		
	ID	Porcentaje de parto institucional.		2.5		
	ID	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.		2.5	5	
	ID	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada.		2.5	5	
	C	Mejora del sistema de referencia institucional.		2.5		
Enfermedades no transmisibles	ID	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.	12	4.2	4.2	
	ID	Adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.		4.2	4.2	
	C	Redes de salud preparadas para el diagnóstico y manejo de enfermedades no transmisibles en el I nivel de atención.		3.6	3.6	
Mejora de la calidad, acceso y eficiencia de los servicios de salud	ID	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	25	6.25	17.5	25
	ID	Tiempo de espera por la atención de consulta externa.		5		20
	ID	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.		5		20
	ID	Productividad hora-médico en consulta externa.		2.5	7.5	10
	C	Funcionamiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.		2.5		10
	C	Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.		3.75		15
Mejora de la gestión de recursos públicos	ID	Índice de calidad de gasto.	18	5.4		
	ID	Ejecución de plan de equipamiento de establecimientos de salud.		4.5		
	C	Equipamiento básico para el I nivel de atención.		2.7	9	
	C	Supervisión regional a Establecimientos de Salud.		5.4	9	
Sub total Prioridades Nacionales			90	90	90	
Prioridad Regional: TBC	ID	Porcentaje de sintomáticos respiratorios identificados.	10	10	10	
Total Puntuación Convenio de Gestión 2015			100	100	100	100 Z. TOMÁS

Nota: (Excluye EESS de III nivel)



S. RUIZ Z.



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.

13



N. Reyes F.


 Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
 Director General


G. Villar



J. VARGAS



Tabla N° 3: Umbrales /basales y logros esperados de los indicadores de desempeño para los hospitales de nivel II de Lima Metropolitana. IGSS.

CODIGO UNICO	NIVEL DE ATENCIÓN	NOMBRE DEL HOSPITAL	VALORES	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención recibida en Consulta externa (%)	Tiempo de espera por la atención en consulta externa (minutos)	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias	Productividad de hora médico en consulta externa
00005883	II-1	HOSPITAL DE BAJA COMPLEJO AD HUAYCAN	Umbral	75	90	0	
			Logro Esperado	85	75	≤3	4 a 5
00005945	II-1	HOSPITAL VITARTE	Umbral	75	90	0	
			Logro Esperado	85	75	≤3	4 a 5
00007632	II-2	HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ	Umbral	75	90	6.25	
			Logro Esperado	85	75	≤5.31	4 a 5
00005947	II-2	HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJO AD JOSE AGURTO TELLO	Umbral	75	90	0	
			Logro Esperado	85	75	≤3	4 a 5
00005617	II-2	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	Umbral	75	90	1.27	
			Logro Esperado	85	75	≤3	4 a 5



S. RUIZ Z.



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



J. VARGAS

Tabla 4. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de Desempeño y Compromisos para el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Nivel III – 1 (07634)

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	50	7
	Logro Esperado	65	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	133	7
	Logro Esperado	106	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	1.57	18
	Logro Esperado	<=3	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		7
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
5. Rendimiento cama (egresos/cama/mes)	Umbral		10
	Logro Esperado	3 a 5	
6. Porcentaje de ocupación cama (%)	Umbral		10
	Logro Esperado	80 - 90	
7. Promedio de permanencia cama (días de estancia del egresado)	Umbral		9
	Logro Esperado	5 a 7	
8. Porcentaje de cirugías suspendidas	Umbral		7
	Logro Esperado	<=5	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento indicadores seleccionados.			
3. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Ficha Técnica N° 41		5
4. Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.	Ficha Técnica N° 40		5
5. Implementación de la Directiva Administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.	Ficha Técnica N° 42		5
TOTAL			100



J. TRUJILLO B.

C. KUROIWA P.

J. VARGAS

15

N. Reyes P.

 Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
 Director General

G. Villar



Tabla 5. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Nivel III – 1 (06215).

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	75	7
	Logro Esperado	85	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	92	7
	Logro Esperado	75	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	9.22	7
	Logro Esperado	<=7.8	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		12
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Porcentaje de cirugías suspendidas (%)	Umbral		10
	Logro Esperado	≤ 5	
2. Porcentaje de ocupación cama (%)	Umbral		15
	Logro Esperado	80 - 90	
3. Rendimiento de Sala de Operaciones (Intervenciones por turno 6 horas/mes)	Umbral		7
	Logro Esperado	100	
4. Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz (Tasa X 1000)	Umbral		10
	Logro Esperado	<=10	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Ficha Técnica N° 41		5
2. Implementación de la Directiva Administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.	Ficha Técnica N° 42		5
3. Implementación del corte tardío del cordón umbilical.	Ficha Técnica N° 6 B		5
TOTAL			100



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMACIÓN
J. VARGAS

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA TÉCNICA
J. TRUJILLO B.

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL
S. RUIZ Z.

MINISTERIO DE SALUD
AGENCIA NACIONAL DE CALIDAD
C. KUROIWA P.

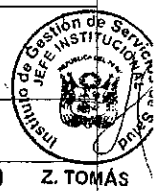
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LA FAMILIA
N. Reyes P.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS
Dr. Manuel L. Núñez Vergara
Director General

MINISTERIO DE SALUD
O.G. ADMINISTRATIVO
G. Villar

Tabla 6. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Nivel III – 1 (00007633)

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	70	7.50
	Logro Esperado	80	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	110	7.50
	Logro Esperado	88	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	5.83	12
	Logro Esperado	< ó = 4.96	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		10
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Promedio de permanencia cama (días de estancia del egresado)	Umbral		8
	Logro Esperado	6 a 8	
2. Rendimiento cama (egresos/cama/mes)	Umbral		14
	Logro Esperado	3 a 5	
3. Porcentaje de ocupación cama (%)	Umbral		12
	Logro Esperado	80 a 90	
4. Porcentaje de cirugías suspendidas (%)	Umbral		7
	Logro Esperado	<=9	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Implementación de la Directiva Administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.	Ficha Técnica N° 42 B		4
2. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Ficha Técnica N° 41		4
3. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación Pre quirúrgica	Ficha Técnica N° 54		4
TOTAL			100


 INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA


 MINISTERIO DE SALUD
 S. RUIZ Z.


 MINISTERIO DE SALUD
 J. TRUJILLO B.


 MINISTERIO DE SALUD


 MINISTERIO DE SALUD
 C. KUROIWA P.


 MINISTERIO DE SALUD


 MINISTERIO DE SALUD
 J. VARGAS


 MINISTERIO DE SALUD
 N. Reyes F.


 MINISTERIO DE SALUD


 MINISTERIO DE SALUD
 Dr. Manuel L. Núñez Vergara
 Director General


 MINISTERIO DE SALUD
 G. Villar



Tabla 7. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Hospital Nacional Dos de Mayo. Nivel III – 1 (00006206)

NOMBRE INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	75	7
	Logro Esperado	85	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	75	7
	Logro Esperado	<=75	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	6.01	7
	Logro Esperado	< ó = 5.1	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		7
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Rendimiento cama (egresos/cama/mes)	Umbral		10
	Logro Esperado	3 a 5	
2. Porcentaje de ocupación cama (%)	Umbral		10
	Logro Esperado	80 a 90	
3. Tiempo de acceso en emergencia para daños seleccionados de prioridad II (minutos)	Umbral		7
	Logro Esperado	<10	
4. Tasa de mortalidad neonatal precoz (Tasa X 1000)	Umbral		10
	Logro Esperado	<8	
5. Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria (%)	Umbral		10
	Logro Esperado	<=3	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de los indicadores seleccionados.			
Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.	Ficha Técnica N° 39		5
Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Ficha Técnica N° 41		5
Mejora en la atención inicial de pacientes adultos en Emergencia, según prioridades de atención	Ficha Técnica N° 61		5
TOTAL			100



MINISTERIO DE SALUD
Oficina General
G. VILLAS
J. TRUJILLO B.

MINISTERIO DE SALUD
Oficina General
S. RUZ Z.

MINISTERIO DE SALUD
Oficina General
C. KUROIWA P.

MINISTERIO DE SALUD
Oficina General de Seguimiento y Evaluación
N. Reyes P.

MINISTERIO DE SALUD
Oficina General de Estadística e Informática
Dr. Natali L. Nuñez Vergara
Director General

MINISTERIO DE SALUD
Oficina General de Estadística e Informática
J. VARGAS

Tabla 8. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de Desempeño y Compromisos para el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Nivel III-1 (00006207)

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	70	8
	Logro Esperado	80	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	90	7
	Logro Esperado	75	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	2.14	15
	Logro Esperado	<=3	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		8
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Porcentaje de ocupación cama (%)	Umbral		8
	Logro Esperado	80 a 90	
2. Promedio de permanencia cama (días)	Umbral		7
	Logro Esperado	6 a 8	
3. Rendimiento cama (egresos/cama/mes)	Umbral		7
	Logro Esperado	3 a 5	
4. Rendimiento de Sala de Operaciones (Intervenciones/turno horas/mes)	Umbral		7
	Logro Esperado	100	
5. Tiempo de acceso para daños seleccionados prioridad II (minutos)	Umbral		8
	Logro Esperado	10	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.	Ficha Técnica N° 39		5
2. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía..	Ficha Técnica N° 41		5
3. Funcionamiento de consulta médica en turnos adicionales.	Ficha Técnica N° 40		5
TOTAL			100


 JEF. INSTITUCIÓN
 C. TOMAS


 S. RUZ-Z.


 MINISTERIO DE SALUD


 VICEMINISTRO DE OPERACIONES Y SEGURIDAD EN SALUD


 J. VARGAS


 C. KUROIWA P.


 N. Reyes P.




 Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
 Director General


 G. Villar


 J. TRUJILLO B.



Tabla 9. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Hospital Nacional Hipólito Unánue. Nivel III-1 (00005946)

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	70	7
	Logro Esperado	80	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	100	7
	Logro Esperado	80	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	2.08	10
	Logro Esperado	<ó = 3	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		15
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Porcentaje de ocupación cama (%)	Umbral		15
	Logro Esperado	80 a 90	
2. Razón de emergencia por consulta externa	Umbral		7
	Logro Esperado	<=0.1	
3. Rendimiento de Sala de Operaciones (Intervenciones/turno horas/mes)	Umbral		6
	Logro Esperado	80 - 90	
4. Rendimiento cama	Umbral		8
	Logro Esperado	3 a 5	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.	Ficha Técnica N° 39		5
2. Fortalecimiento del proceso de atención en Consulta externa para pacientes derivados de emergencia (prioridad III y IV)	Ficha Técnica N° 44		5
3. Funcionamiento de consulta médica en turnos adicionales.	Ficha Técnica N° 40		5
TOTAL			100



Tabla 10. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de Desempeño y Compromisos para el Hospital Víctor Larco Herrera. Nivel III-1 (00006214)

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	70	10
	Logro Esperado	80	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	127	07
	Logro Esperado	101	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	0	19
	Logro Esperado	<= 3	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		10
	Logro Esperado	2 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Porcentaje de ocupación de cama (%)	Umbral		7
	Logro Esperado	80 a 90	
2. Razón de emergencias por consulta externa	Umbral		10
	Logro Esperado	<=0.1	
3. Tiempo de acceso a Emergencia Prioridad II (minutos)	Umbral		10
	Logro Esperado	10	
4. Tasa neta de mortalidad hospitalaria (%).	Umbral		10
	Logro Esperado	<=3	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		4
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		4
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Determinación de los factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en el Pabellón N°01 y N° 20	Ficha Técnica N° 39		3
2. Mejora del sistema de registro de información en la UPSS de Emergencia.	Ficha Técnica N° 44		3
3. Implementación de un sistema de citas en la UPSS Consulta Externa.	Ficha Técnica N° 40		3
TOTAL			100



S. RUIZ Z.



J. TRUJILLO B.



J. VARGAS



Z. TOMAS



C. KUROWA P.



N. Reyes F.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



G. Villar



Tabla 11. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi Nivel III – 2 (00007733)

NOMBRE INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	75	18
	Logro Esperado	85	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	90	14
	Logro Esperado	70	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	0	14
	Logro Esperado	< 6 = 3	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		5
	Logro Esperado	1.5 - 2	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Porcentaje de ocupación de cama (%)	Umbral		7
	Logro Esperado	80 a 90	
2. Rendimiento cama (egresos /cama/mes)	Umbral		7
	Logro Esperado	0.4 – 0.6	
3. Razón de emergencias por consulta externa	Umbral		7
	Logro Esperado	<=0.1	
4. Porcentaje de pacientes en sala de emergencia con estancia mayor o igual a 12 horas (%)	Umbral		7
	Logro Esperado	<=85	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		3
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		3
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Funcionamiento de consultorios médicos en turnos adicionales.	Ficha Técnica N° 40		5
Fortalecimiento de competencias del personal de salud del primer y segundo nivel para la atención de salud mental en Lima Metropolitana.	Ficha Técnica N° 52		5
	Ficha Técnica N° 53		5
3. Fortalecimiento de la gestión institucional basado en la generación de evidencias en salud mental.	Ficha Técnica N° 53		5
TOTAL			100

sl



S. RUZ Z.



C. KUROIWA P.

22



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General



J. VARGAS

Tabla 12. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú –Japón. Nivel III – 2 (00007734)

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	75	7
	Logro Esperado	85	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	50	10
	Logro Esperado	≤50	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	0	7
	Logro Esperado	≤3	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		15
	Logro Esperado	1.6 - 2	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Porcentaje de ocupación de cama (%)	Umbral		10
	Logro Esperado	80 a 90	
2. Rendimiento cama (egresos /cama/mes)	Umbral		7
	Logro Esperado	0.25 a 0.30	
3. Promedio de permanencia cama (días)	Umbral		7
	Logro Esperado	90	
4. Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria (%)	Umbral		12
	Logro Esperado	≤ 3	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Implementación de la Directiva Administrativa para la certificación de establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	Ficha Técnica N° 42		5
2. Fortalecimiento de competencias del personal de salud en prevención de la discapacidad.	Ficha Técnica N° 63		5
3. Fortalecimiento de competencias de profesionales de salud y técnicos en la prevención de complicaciones del paciente con lesión medular en el servicio de hospitalización	Ficha Técnica N° 64		5
TOTAL			100


 INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 JEFE INSTITUCIONAL
 Z. TOMAS


 S. RUIZ Z.


 J. TRUJILLO B.



 C. KURDIWA P.



 J. VARGAS


 N. Reyes P.


 Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
 Director General

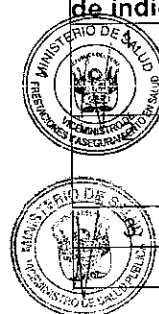

 G. Villar



Tabla 13. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Instituto Nacional Materno Perinatal. Nivel III-2 (00006208).

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	70	10
	Logro Esperado	80	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	90	10
	Logro Esperado	75	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	0	15
	Logro Esperado	<=3	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		10
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Promedio de permanencia cama (días)	Umbral		7
	Logro Esperado	6 a 8	
2. Rendimiento cama (egresos/cama/mes)	Umbral		7
	Logro Esperado	3 a 5	
3. Tasa neta de mortalidad hospitalaria (%)	Umbral		7
	Logro Esperado	<=3	
4. Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz *(Tasa X 1000)	Umbral		9
	Logro Esperado	<=10	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Ficha Técnica N° 41		5
Implementación de la Directiva Administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.	Ficha Técnica N° 42 B		5
Implementación del corte tardío del cordón umbilical.	Ficha Técnica N° 6 B		5
TOTAL			100

*Se excluirá las muertes neonatales asociadas a malformaciones congénitas incompatibles con la vida.



J. TRUJILLO B.

S. RUIZ Z.

C. KURDIWAP.

N. Reyes P.

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General

J. VARGAS

Tabla 14. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Instituto Nacional de Oftalmología. Nivel III – 2 (00006217).

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	60	7
	Logro Esperado	70	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	146	7
	Logro Esperado	117	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	8.5	7
	Logro Esperado	7.2	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		7
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Promedio de permanencia cama (días)	Umbral		11
	Logro Esperado	1 a 3	
2. Rendimiento cama (egresos/cama/mes)	Umbral		11
	Logro Esperado	3 a 5	
3. Razón de emergencia por consulta externa	Umbral		15
	Logro Esperado	<=0.1	
4. Rendimiento de sala de operaciones (Intervenciones/turno 6 horas/mes)	Umbral		10
	Logro Esperado	100	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Ficha Técnica N° 41		5
2. Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.	Ficha Técnica N° 40		5
3. Fortalecimiento de las competencias del personal de salud de los establecimientos de los hospitales regionales y redes de salud en la prevención de discapacidad visual.	Ficha Técnica N° 62		5
TOTAL			100


 S. RUIZ Z.




 J. TRUJILLO B.


 J. VARGAS


 C. KUROHWA P.

25


 N. Reyes P.


 Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
 Director General



 Z. TOMÁS





Tabla 15. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Nivel III-2 (00006209)

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	75	8
	Logro Esperado	80	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	90	7
	Logro Esperado	75	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	0.79	15
	Logro Esperado	<=3	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral	[REDACTED]	16
	Logro Esperado	2 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Promedio de permanencia cama (días)	Umbral	[REDACTED]	7
	Logro Esperado	14 - 16	
2. Razón de emergencias por consulta externa	Umbral	[REDACTED]	7
	Logro Esperado	<=0.1	
3. Porcentaje de cirugías suspendidas (%)	Umbral	[REDACTED]	7
	Logro Esperado	<=5	
4. Tasa de mortalidad específica en emergencia (%).	Umbral	[REDACTED]	8
	Logro Esperado	<2	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Ficha Técnica N° 41		5
2. Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.	Ficha Técnica N° 40		5
3. Fortalecimiento del sistema de citas para la atención de consultorio externo de Neuro-pediatría.	Ficha Técnica N° 60		5
TOTAL			100



S. RUIZ Z.



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General

[Handwritten signature]

Tabla 16. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Hospital Nacional María Auxiliadora.
Nivel III-1 (00005987)

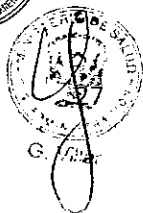
NOMBRE INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	65	7
	Logro Esperado	70	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	178	7
	Logro Esperado	142	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	5.31	10
	Logro Esperado	<=4.51	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		12
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Promedio de permanencia cama (días)	Umbral		14
	Logro Esperado	6 a 8	
2. Razón de emergencias por consulta externa	Umbral		8
	Logro Esperado	<=0.18	
3. Porcentaje de cirugías suspendidas (%)	Umbral		8
	Logro Esperado	<=7.5	
4. Tasa neta de mortalidad hospitalaria (%).	Umbral		9
	Logro Esperado	<=3	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Ficha Técnica N° 41		5
2. Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.	Ficha Técnica N° 40		5
3. Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.	Ficha Técnica N° 39		5
TOTAL			100


 S. RUIZ Z.


 J. TRUJILLO F.



 A. KUROIWA P.



 G.


 N. Reyes P.



 Dr. Manuel E. Nuñez Vergara
 Director General


 Z. TOMÁS


 J. VARGAS



Tabla 17. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Hospital Hermilio Valdizán. Nivel III-1 (00007634)

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	75	10
	Logro Esperado	85	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	115	7
	Logro Esperado	92	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	1.17	15
	Logro Esperado	<= 3	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		7
	Logro Esperado	2 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
1. Promedio de permanencia cama (días)	Umbral		10
	Logro Esperado	<=37	
2. Razón de emergencias por consulta externa	Umbral		16
	Logro Esperado	<=0.1	
3. Porcentaje de ocupación cama (%)	Umbral		7
	Logro Esperado	80 a 90	
4. Rendimiento cama (egresos /cama/mes)	Umbral		7
	Logro Esperado	0.7 a 0.8	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		3
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		3
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
1. Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales regionales y redes de salud en la atención de los problemas de salud mental	Ficha Técnica N° 57		5
2. Fortalecimiento del sistema de atención inmediata en el servicio de consulta externa para pacientes adultos y gerontes	Ficha Técnica N° 58		5
3. Implementación de un sistema de atención integral a pacientes mujeres con conducta adictiva	Ficha Técnica N° 59		5
TOTAL			100



S. RUIZ Z.



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



G. Villar

Tabla 18. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los indicadores de desempeño y compromisos para Instituto Nacional de Salud del Niño. Nivel III-2 (00006216)

NOMBRE INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	70	8
	Logro Esperado	80	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	104	7
	Logro Esperado	84	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	11.85	7
	Logro Esperado	<= 9.48	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		12
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
5. Promedio de permanencia cama (días)	Umbral		7
	Logro Esperado	6 a 8	
6. Razón de emergencias por consulta externa	Umbral		13
	Logro Esperado	<=0.1	
7. Porcentaje de ocupación cama (%)	Umbral		7
	Logro Esperado	80 a 90	
8. Tasa de mortalidad específica en emergencia (%).	Umbral		14
	Logro Esperado	< 2	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
3. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Ficha Técnica N° 41		5
4. Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.	Ficha Técnica N° 40		5
5. Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.	Ficha Técnica N° 39		5
TOTAL			100



S. RUIZ Z.





Z. TOMÁS



J. Villar



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



J. VARGAS



Tabla 19. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Hospital de Apoyo Santa Rosa. Nivel III – 1 (00006211)

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	70	7
	Logro Esperado	80	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	116	7
	Logro Esperado	93	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	2.21	12
	Logro Esperado	<= 3	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		11
	Logro Esperado	3 a 4	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
5. Promedio de permanencia cama (días de estancia del egresado)	Umbral		8
	Logro Esperado	6 a 8	
6. Rendimiento cama (egresos/cama/mes)	Umbral		13
	Logro Esperado	3 a 5	
7. Tasa de mortalidad neonatal precoz (Tasa X 1000).	Umbral		13
	Logro Esperado	<8	
8. Rendimiento de sala de operaciones (Intervenciones/turno 6 horas/mes)	Umbral		7
	Logro Esperado	100	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
3. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Ficha Técnica N° 41		5
4. Implementación de la Directiva Administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño	Ficha Técnica N° 42 B Modificada IGSS		3
5. Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en la UPSS de Emergencia	Ficha Técnica N° 56		4
TOTAL			100













S. RUIZ Z.


J. VARGAS TRUJILLO B.

C. KUROIWA P.
 30

N. Reyes P.

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
 Director General

G. Villar

Tabla 20. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para el Hospital de Emergencias Pediátricas. Nivel III – E (06212).

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	Umbral		
	Logro Esperado		
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa	Umbral		
	Logro Esperado		
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	5.56	15
	Logro Esperado	<=4.73	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		
	Logro Esperado		
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
5. Porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 12 horas (%).	Umbral		10
	Logro Esperado	22	
6. Tasa de mortalidad específica en emergencia.	Umbral		20
	Logro Esperado	<2	
7. Tiempo de acceso para daños seleccionados prioridad II (dos) (minutos): Crisis Asmática, Urticaria No Especificada, Laringitis Obstruccion (CRUP), Síndrome Doloroso Abdominal (AA), Traumatismo Cráneo-Encefálico (TEC).	Umbral		20
	Logro Esperado	10	
8. Porcentaje de cirugías suspendidas (%)	Umbral		15
	Logro Esperado	<=20	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		3
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
3. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Ficha Técnica N° 41		5
4. Fortalecimiento del transporte asistido de Pacientes Pediátricos.	Ficha Técnica N° 47		3
5. Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en emergencia	Ficha Técnica N° 48		4
TOTAL			100



 INSTITUCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
 C. TOMÁS


 S. RUIZ Z.


 J. TRUJILLO B.


 J. VARGAS


 C. KUROIWA P.


 31


 N. Reyes P.


 Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
 Director General


 G. Villar



Tabla 21. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de Desempeño y Compromisos para el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Nivel III-1 (00006213)

INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales			
1. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%)	Umbral	0	20
	Logro Esperado	<= 3	
Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA			
2. Porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 12 horas (%)	Umbral		15
	Logro Esperado	<=4	
3. Rendimiento de sala de operaciones (intervenciones/turno 6 horas/mes)	Umbral		10
	Logro Esperado	25 a 30	
4. Tiempo de acceso a Emergencia Prioridad II (minutos): Dolor Torácico, intoxicaciones, trastornos del sensorio, cefalea y herida de tejido blando.	Umbral		15
	Logro Esperado	10	
5. Tasa de mortalidad específica en emergencia (%): Neumonía, Traumatismo Intracraneal no especificado, Enfermedad Cerebrovascular no especificada, Infarto Agudo de Miocardio sin otra especificación y Diabetes Mellitus no especificada sin mención de complicación.	Umbral		15
	Logro Esperado	<2	
Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales			
1. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
2. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.			
4. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Ficha Técnica N° 41		5
5. Factores asociados a demora en el alta hospitalaria y medidas correctivas.	Ficha Técnica N° 65		5
6. Implementación de un sistema de registro de seguimiento y control de pacientes post quirúrgicos..	Ficha Técnica N° 66		5
TOTAL			100

S. RUIZ Z.



32



J. VARGAS

J. TRUJILLO B.

C. KUROIWA P.

N. Reyes P.

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General

G. Villar

Anexo N° 02
Fichas técnicas de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.
I. Desnutrición Crónica, anemia y mortalidad en niños.
Ficha N° 1. Desnutrición crónica, anemia y mortalidad infantil

Nombre	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.
Tipo	Meta institucional.
Definición	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años de edad cuya talla para la edad se encuentra dos desviaciones estándar (DE) por debajo de la mediana de la población de referencia, según patrón de la Organización Mundial de Salud (OMS).
Justificación	Existe consenso a nivel internacional en el uso de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil como indicador para el seguimiento del estado nutricional y la salud de las poblaciones. En la medida que el retraso en el crecimiento de los niños es el reflejo de una inadecuada ingesta de nutrientes y de la incidencia de enfermedades durante un periodo largo de tiempo, se considera que la prevalencia de la desnutrición crónica es una medida acumulada del estado nutricional de la población.
Determinación del logro esperado	Si DCI >10%, reducción del 15% del valor umbral. Si DCI >5%, reducción del 10% del valor umbral, o alcanzar o reducir a menos de 5%. Si DCI ≤5%, mantener menor o igual a 5%.
Determinación del valor umbral	Valor obtenido en el año previo, según reporte de ENDES.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de niños menores de 5 años con desnutrición crónica} \times 100}{\text{Número de niños menores de 5 años evaluados}}$
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	ENDES



S. RUIZ Z.



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.

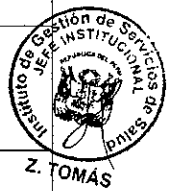


C. KUROIWA P.

33



N. REYES P.


 Dr. Manuel U. Nuñez Vergara
 Director General


Z. TOMÁS



G. VILLAR



Ficha N° 2. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.

Nombre	Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.
Tipo	Meta institucional.
Definición	Proporción de niños y niñas con un valor de hemoglobina medido en campo por debajo de punto de corte para anemia.
Justificación	En el Perú, la anemia infantil es uno de los principales problemas nutricionales que afecta a las niñas y niños menores de 3 años. Según ENDES 2013, el 46.4% de niños menores de tres años tiene anemia, lo que significa que casi la mitad de niños en el país a edad muy temprana ven afectada su capacidad física e intelectual debido a la anemia, lo cual representa un problema de salud pública severo del país.
Determinación del logro esperado	Reducción del 15% del valor umbral (valor obtenido en el año previo)
Determinación del valor umbral	Valor obtenido en el año previo, según reporte de ENDES.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de niños 6-35 m con anemia} \times 100}{\text{Número de niños 6-35 m evaluados}}$
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	ENDES

[Handwritten signature]


S. RUIZ Z.




Ficha N° 3. Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores de 3 años.

Nombre del indicador	Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores de 3 años.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Porcentaje de niñas y niños menores de 3 años de edad que han culminado un periodo de 12 meses continuos de suplementación con hierro elemental para prevenir anemia, suplementación que se inicia a los 6 meses de edad, es realizado como parte de la atención integral de




G. Villar


J. TRUJILLO B.


C. KUROIWA P.


N. Reyes P.

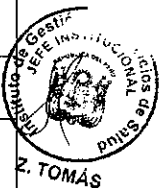

Dirección General de Registro e Información


J. VARGAS

	salud. La suplementación puede realizarse con una sal ferrosa o con un agregado de vitaminas y/o minerales que incluye la dosis requerida de hierro.
Justificación	La anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 3 años de edad es un problema de salud pública que afecta el adecuado desarrollo infantil temprano. Una de las intervenciones de probada evidencia científica para prevenirla es la suplementación continua durante 12 meses con multimicronutrientes (hierro, ácido fólico, zinc, vitamina A y vitamina C), cuya administración debe ser acompañada de la respectiva consejería integral, el seguimiento domiciliario y estrategias comunicacionales adecuadas que aseguren la adherencia y culminación del periodo de suplementación.
Determinación del logro esperado	80% de los niños menores de 3 años asegurados en el SIS con 12 meses de suplemento de hierro y/o micronutrientes.
Determinación del valor umbral	20% de los niños menores de 3 años asegurados en el SIS con 12 meses de suplemento de hierro y/o micronutrientes.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Seguro Integral de Salud (SIS).
Fórmula del indicador	Número de niños <3 años asegurados en el SIS <u>con suplemento de 12 meses de hierro y/o MN x100</u> Número de niños asegurados en el SIS menores de 3 años
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	SIASIS


S. RUIZ Z.
Ficha N° 4. Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.

Nombre del indicador	Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	La vacuna para rotavirus y neumococo en niños menores de 1 año: a) Mide el porcentaje de niños y niñas menores de 1 año vacunadas con 2da dosis de vacuna neumococo. b) Mide el porcentaje total de niños y niñas menores de 1 año protegidos con 2da dosis de vacuna rotavirus.


Z. TOMÁS

J. TRUJILLO B.

C. KUROIWA P.

 35


N. Reyes P.

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
 Director General


J. VARGAS

G. VILIER



Justificación	<p>La vacunación es la intervención más segura en salud, ha demostrado ser la más costo efectiva y costo beneficio en los últimos dos siglos.</p> <p>Por lo tanto la salud y la prevención de enfermedades a través de la vacunación son un elemento crucial en el desarrollo de las naciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La vacuna contra el Rotavirus está indicada para la prevención de gastroenteritis causada por rotavirus de los serotipos G1 y no G1 (como G2, G3, G4 y G9). Recomendado en dos dosis siendo a los 2 y 4 meses de edad. • Vacuna antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años, previene las enfermedades respiratorias severas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media.
Determinación del logro esperado	95% de cobertura sobre el total de niños menores de 1 año de edad estimados por INEI.
Determinación del valor umbral	55% de cobertura sobre el total de niños menores de 1 año de edad estimados por INEI.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	<p>Número de niñas y niños menores de 1 año vacunados <u>con 2da dosis de Neumococo y Rotavirus x 100</u></p> <p>Niñas y niños menores de 1 año estimados según INEI</p>
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<p>$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$</p> <p>Logro esperado - Valor umbral</p>
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS
Nota	La población podrá ser reajustada según padrón nominado si la región, en los últimos 3 años mantuvo niveles de cobertura no menores de 80%, pero con deserción menor de 5%.

Ficha N° 5. Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED.

Nombre del indicador	Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Este indicador mide el porcentaje de neonatos a los que se les realiza 2



S. RUIZ Z.



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Henz Vergara



G. Villar

	controles de crecimiento y desarrollo (CRED) durante la etapa neonatal (primeros 15 días de vida). Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o como parte de la visita domiciliaria.							
Justificación	Los controles realizados durante la etapa neonatal permiten la evaluación periódica y el reforzamiento de las prácticas de cuidado integral del recién nacido que deben ser aplicadas en el hogar y para lo cual se deben priorizar las prácticas claves como lactancia materna exclusiva, las prácticas de higiene, cadena de calor y el apego, a fin de contribuir a la reducción de la tasa de mortalidad neonatal tardía en el país.							
Determinación del logro esperado	Valor basal	<3%	≥3% y <7%	≥7% y <11%	≥11% y <16%	≥16% y <23%	≥23% y <28%	≥28%
	Logro esperado	28%	31%	34%	36%	41%	43%	56%
Determinación del valor umbral	Logro alcanzado el año previo.							
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.							
Área responsable de información	Seguro Integral de Salud (SIS).							
Fórmula del indicador	Número de RN asegurados SIS con 2° controles <u>CRED dentro de los primeros 15 días x100</u> Número de RN asegurados (afiliados) al SIS del período							
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<u>(Logro alcanzado – Valor umbral) x100</u> Logro esperado – Valor umbral							
Frecuencia de medición	Mensual							
Fuente de datos	SIASIS							

Ficha N° 6. Implementación del corte tardío del cordón umbilical.

Nombre	Implementación del corte tardío del cordón umbilical.
Tipo	Compromiso de mejora.
Justificación	El pinzamiento del cordón umbilical realizado entre el primer y tercer minuto posteriores al alumbramiento o cuando las pulsaciones del mismo hayan cesado aumenta las reservas de hierro del recién nacido, disminuyendo la prevalencia de anemia en los 4 a 6 meses de vida. Además mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros en las primeras 24 horas de vida. Los beneficios de esta práctica entre otros, se asocian a la probabilidad de reducir en el infante la anemia durante los



S. RUIZ Z.



J. TRUJILLO B.



J. VARGAS



C. KUROIWA P.

37



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General



S. Villar



Z. TOMAS



		primeros meses de vida, ya que puede incrementar alrededor de 50% del volumen total de sangre en el recién nacido.		
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem.	Socialización de norma técnica N° 106-MINSA/DGSP-V.01 (incluyendo pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical) a todo el personal de atención de parto y recién nacido. Supervisión de prácticas en los EESS.	60%	Informe de capacitación y supervisión de EESS para implementación de corte tardío del cordón umbilical.
	II sem.	Supervisión a EESS seleccionados por parte de la DIRESA (o su equivalente) para verificar cumplimiento de corte tardío de cordón umbilical	40%	Informe de visitas de campo.
Area responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).			
Frecuencia de medición	Semestral			
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP.			

Ficha N° 6B. Implementación del corte tardío del cordón umbilical.

Nombre	Implementación del corte tardío del cordón umbilical.
Tipo	Compromiso de mejora.
Justificación	El pinzamiento del cordón umbilical realizado entre el primer y tercer minuto posteriores al alumbramiento o cuando las pulsaciones del mismo hayan cesado aumenta las reservas de hierro del recién nacido, disminuyendo la prevalencia de anemia en los 4 a 6 meses de vida. Además mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros en las primeras 24 horas de vida. Los beneficios de esta práctica entre otros, se asocian a la probabilidad de reducir en el infante la anemia durante los primeros meses de vida, ya que puede incrementar alrededor de 50% del volumen total de sangre en el recién nacido.
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Socialización de norma técnica N° 106-MINSA/DGSP-V.01 (incluyendo pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical) a todo el personal de atención de parto y recién nacido. Resolución Directoral que dispone la obligatoriedad de la práctica de pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical. Supervisión de prácticas en el personal de los servicios de atención de parto y sala de operaciones.


S. RUIZ Z.








J. VARGAS


J. TRUJILLO B.


C. KUROIWA P.


Reyes P.


Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General


G. Villar



	Fuente auditable: Informe de capacitación y supervisión de la implementación de corte tardío del cordón umbilical.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Semestral
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP.

II. Prioridad Mortalidad materna

Ficha N° 7. Proporción de muertes maternas evitadas.

Nombre del indicador	Proporción de muertes maternas evitadas.
Tipo	Meta institucional.
Definición	Se define muerte materna evitada a un diagnóstico o situación de severidad en una paciente obstétrica, no fallecida ocurrida entre las 28 semanas de embarazo y 6 semanas post parto. Los diagnósticos incluidos son shock hipovolémico, shock séptico, eclampsia, falla o disfunción orgánica, única o múltiple (renal, cardíaca, hepática, cerebral, respiratoria o de la coagulación), el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, la cirugía de emergencia no por cesárea y la transfusión sanguínea aguda de más de 5 unidades.
Justificación	Conforme se reduce la razón de mortalidad materna, la poca frecuencia del evento hace esta medición menos útil para determinar la situación y avances en el control de la morbilidad materna severa. Este indicador se emplea internacionalmente con este propósito.
Determinación del logro esperado	No aplica.
Determinación del valor umbral	No aplica.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de muertes maternas evitadas} \times 100}{\text{Número de gestantes con diagnósticos incluidos}}$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}}$
Frecuencia de medición	Trimestral
Fuente de datos	Planilla de egresos, registro de banco de sangre, libro de sala de operaciones.



S. RUIZ Z.



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.

39



N. Reyes P.



Dr. Manuel C. Nuñez Vergara
Director General



Z. TOMAS



G. W.



Notas	Este indicador se medirá durante el 2015 pero no tendrá efecto sobre la evaluación final.
Determinación del valor umbral	No aplica.

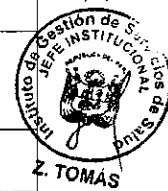
Ficha N° 8. Porcentaje de parto institucional

Nombre del indicador	Porcentaje de parto institucional.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Porcentaje de mujeres que reporte 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	La atención del parto institucional es una estrategia de evidencia comprobada que contribuye a la reducción de la mortalidad materna. Permite mostrar problemas en la oferta, así como en el acceso a los servicios de salud; lo que implica mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos y modificar las características de la oferta del servicio, incluyendo la adecuación intercultural para motivar su incremento.
Determinación del logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Si valor en año previo es inferior a 95%, incrementar en 3% con respecto a valor basal o incrementar a 95% o superior. • Si valor en año previo es igual o superior a 95%, mantener superior a 95%.
Determinación del valor umbral	Valor obtenido en el año previo, según reporte de ENDES.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	<p>Número de mujeres entrevistadas cuyo parto fue atendido en un ES y por un profesional de la salud x100</p> <p>Número de mujeres entrevistadas que dieron a luz en los últimos 5 años</p>
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<p>$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$</p> <p>Logro esperado - Valor umbral</p>
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	ENDES



Ficha N° 9. Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de método de planificación familiar.

Nombre del indicador	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de método de planificación familiar.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Se define como mujer protegida por un método a (1) la usuaria que cumplió con la entrega de insumos para un año (para métodos con insumo), o (2) la usuaria que cumplió con el número de controles requeridos, para los demás métodos.
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.
Determinación del logro esperado	Incremento del 10% con respecto al valor del año previo.
Determinación del valor umbral	Valor del año previo.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de parejas protegidas} \times 100}{\text{Mujeres en edad fértil de la población bajo responsabilidad}}$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}}$
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS





Ficha N° 10. Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada.

Nombre del indicador	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Se incluye como numerador a todas las gestantes que cumplen con los siguientes criterios: entrega a la gestante de al menos 4 controles prenatales, incluyendo el primero en el primer trimestre del embarazo, exámenes de laboratorio para despistaje de complicaciones del embarazo (glicemia, hemoglobina, hematocrito, examen de orina, descarte de VIH y sífilis, grupo y Rh) y al menos un examen de ecografía.
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.
Determinación del logro esperado	60% de las gestantes estimadas según INEI.
Determinación del valor umbral	30% de las gestantes estimadas según INEI.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Seguro Integral de Salud (SIS).
Fórmula del indicador	Número de gestantes aseguradas en el SIS que cumplen con criterios <u>para atención prenatal reenforcada</u> y han terminado su embarazo x100 Número de gestantes aseguradas en el SIS que han terminado su embarazo en el segundo semestre
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



Ficha N° 11. Mejora del sistema de referencia institucional.

Nombre del indicador	Mejora del sistema de referencia institucional.			
Tipo	Compromiso de mejora.			
Justificación	El Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia (SNRC), es el conjunto ordenado y uniformizado de procesos, que permiten articular la atención del usuario en los servicios de salud con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención de manera oportuna con calidad, eficacia, y eficiencia e integralidad. A través de este sistema se busca que el usuario por derecho a su salud reciba una atención continua, en el nivel de complejidad y con la tecnología adecuada, y en función de sus necesidades.			
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem.	Revisión o conformación de equipo de gestión y control del SRCR regional, elaboración de plan de trabajo, flujos de referencia, mejora de sistema de información, definición de responsabilidad de coordinación 24 h, mejora de sistemas de comunicación y transporte, definición de tiempos máximos de traslado.	40%	Informe de plan de trabajo ejecutado
	II sem.	Referencias oportunas y efectivas según redes y niveles de atención, >95% de las reportadas en tiempos mínimos establecidos	60%	Informe auditado
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).			
Frecuencia de medición	Semestral			
Fuente de datos	Informes DGSP.			



43





III. Enfermedades no transmisibles

Ficha N° 12. Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.

Nombre del indicador	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Proporción de mujeres que luego de la consejería respectiva son tamizadas mediante la prueba de Papanicolaou, independientemente del resultado y de la entrega del mismo.
Justificación	En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más notificada. La citología por Papanicolaou constituye una estrategia de tamizaje poblacional muy difundida en la población; permite captar los casos de cáncer 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.
Determinación del logro esperado	25%
Determinación del valor umbral	15%
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años con examen de Papanicolaou}}{\text{Número total de mujeres 25 a 64 años estimado por INEI}} \times 100$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}}$
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS
Notas	Incluye 1er, 2do o Papanicolaou consecutivo.

ll

ll


S. RUÍZ Z.


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
J. VARGAS


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
J. TRUJILLO B.


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
C. KUROIWA P.


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
N. Reyes P.


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
Dr. Manuel L. Núñez Vergara
Director General


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
G. Villar

Ficha N° 14. Adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Nombre del indicador	Adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	<p>Conjunto de actividades integradas para la identificación de factores de riesgo y el diagnóstico oportuno en personas asintomáticas de enfermedades crónicas no transmisibles, incluye el uso de la historia clínica dirigida a identificar los factores de riesgo, así como exámenes de laboratorio. Estas actividades son desarrolladas por profesional de la salud capacitado en establecimientos de salud con población asignada (Establecimientos de Salud del primer nivel de atención).</p> <p>Incluye los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de factores de riesgo a través de la Historia Clínica. - Exámenes de laboratorio.
Justificación	<p>En el país se estima que existen alrededor de un millón personas viviendo con diabetes. Es la sexta causa de carga de enfermedad en el país y la primera en personas de 45 a 69 años de edad.</p> <p>Según el Seguro Integral de Salud, en el año 2013 se han atendido a más de 130 mil personas con diabetes y de enero a junio de este año a más de 110 mil (70% fueron mujeres y 45% entre 40 y 60 años) representando más del doble de personas atendidas con esta patología en el mismo período.</p> <p>Para mejorar el control de la diabetes y reducir la frecuencia de sus complicaciones, debe incorporarse la educación y prevención a la población como parte de la atención médica. Además, la atención debe considerar los factores relacionados con aspectos biológicos, emocionales y socio familiar para tomar decisiones.</p>
Determinación del logro esperado	80% de meta física para el producto.
Determinación del valor umbral	60% de meta física para el producto.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	<p><u>Número de personas tamizadas para HTA y DM x100</u></p> <p>Meta física programada para el producto a nivel regional</p>





Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Trimestral
Fuente de datos	HIS

Ficha N° 15. Redes de Salud preparadas para el diagnóstico y manejo de enfermedades no transmisibles en el I nivel de atención.

Nombre	Redes de Salud preparadas para el diagnóstico y manejo de enfermedades no transmisibles en el I nivel de atención.			
Tipo	Compromiso de mejora.			
Justificación	La atención de enfermedades crónicas requiere que éstas puedan ser manejadas adecuadamente en el I nivel de atención, para asegurar un mayor acceso y una combinación adecuada de acciones de prevención y control. El primer paso en esta acción es fortalecer las capacidades del personal profesional de la salud para la atención de estas enfermedades, así como otras adecuaciones que permitan responder apropiadamente a estas necesidades de salud.			
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem	1. Socialización al equipo básico del establecimiento de salud en la Guía de Práctica Clínica en Depresión (R.M. N° 648-2006/MINSA) a través de supervisión de práctica (acompañamiento clínico-psicosocial). 2. Capacitación de profesionales de salud de EESS de nivel I-3 y I-4 en manejo de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HTA). 3. Organización de la Red de Salud para el procesamiento de muestras, referencia de casos al II y III nivel, y seguimiento de casos identificados.	30%	Informe de capacitación y supervisión para la implementación del diagnóstico y manejo de enfermedades de salud mental, DM e HTA en el I nivel de atención. Informe de organización de la red.
	II sem	Visitas inopinadas a los Establecimientos de Salud a cargo del nivel nacional para verificar el nivel de cumplimiento.	70%	Informe de visitas de campo.
Area responsable	DGSP			
Frecuencia de medición	Semestral			
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP.			

Handwritten initials and signature



IV. Mejora de la calidad, acceso y eficiencia de los servicios de salud.
Ficha N° 16. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.

Nombre del indicador	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	La Organización Mundial de la Salud introdujo como criterio de evaluación de los sistemas de salud la atención a las necesidades no sanitarias de los usuarios, incluyendo aspectos como mantenimiento de la autonomía, confidencialidad, respeto a la dignidad, elección de prestadores y acceso a redes sociales. Estos aspectos pueden resumirse en una medición de la percepción de la satisfacción del usuario mediante una escala Likert. La escala diseñada señala como satisfecho al usuario que reporta sentirse muy satisfecho o satisfecho con la atención recibida (los dos valores superiores), para una escala de cinco valores posibles.
Justificación	El derecho a la atención de salud garantizado constitucionalmente debe implicar también un nivel mínimo de calidad de dicha atención. Esta calidad depende esencialmente en la atención de las necesidades sanitarias y no sanitarias de los usuarios de los servicios de salud. Se espera que la introducción de un estímulo externo mejore la calidad percibida de la atención de salud. Si bien la mejora de la satisfacción de los usuarios es un fin en sí mismo, esta mejora puede afectar positivamente la decisión de utilización de los servicios por parte de la población, mejorando el efecto de las intervenciones que se realizan como parte de la atención ambulatoria, y/o reduciendo el costo de acceso a las personas a las que se desea proteger con tales intervenciones.
Determinación del logro esperado	85% Para los establecimientos de salud de III nivel de Lima Metropolitana ver las Tablas de la N°4 a la N°21, según corresponda.
Determinación del valor umbral	75% Para los establecimientos de salud de III nivel de Lima Metropolitana ver las Tablas de la N°4 a la N°21, según corresponda.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
Fórmula del indicador	Número de personas encuestadas que refieren estar satisfechos o <u>muy satisfechos con la atención de consulta externa</u> x100 Número de personas encuestadas
Cálculo del porcentaje de	<u>(Logro alcanzado – Valor umbral) x100</u>



S. RUIZ Z.



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.

47



N. Reyes P.


 Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
 Director General


G. Villar



Z. TOMÁS



cumplimiento	Logro esperado – Valor umbral
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD (ENSUSALUD). La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias (Hospital de Emergencias Pediátricas y Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa).

Ficha N° 17. Tiempo de espera para atención en consulta externa.

Nombre del indicador	Tiempo de espera para atención en consulta externa.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Tiempo promedio transcurrido, medido directamente, entre el contacto con el área de admisión y la entrada al consultorio para la atención respectiva. Para el caso de los establecimientos de salud con sistema de citas, tiempo promedio transcurrido entre la hora de cita y la entrada al consultorio para la atención respectiva.
Justificación	El tiempo de espera, fuera del impacto que tiene sobre la satisfacción global del paciente por la atención, puede ser un factor que explica la menor utilización de los servicios de salud, según datos de ENAHO. El postergar la decisión de contacto con los servicios de salud tiene efectos probados sobre el control de las enfermedades.
Determinación del logro esperado	75 minutos Para los establecimientos de salud de III nivel de Lima Metropolitana ver las Tablas de la N°4 a la N°21, según corresponda.
Determinación del valor umbral	90 minutos Para los establecimientos de salud de III nivel de Lima Metropolitana ver las Tablas de la N°4 a la N°21, según corresponda.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
Fórmula del indicador	Suma de tiempo transcurrido entre contacto con admisión e ingreso al consultorio Número de personas evaluadas
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$

[Handwritten signature]



Frecuencia de medición	de Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD (ENSUSALUD). La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias

Ficha N° 18. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.

Nombre del indicador		Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.				
Tipo		Indicador de desempeño.				
Definición		Es el valor porcentual que se obtiene al medir el número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria que presenta un hospital o instituto, dividido por el total de pacientes que ingresaron al estudio.				
Justificación		Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un problema de salud pública de actualidad mundial y un desafío para las autoridades de los hospitales. La tasa de prevalencia permite tener un conocimiento amplio en relación a las IIH que se presentan en el establecimiento, algunas de las cuales no son captadas a través de la vigilancia epidemiológica regular. Por lo tanto, puede ser útil para determinar la magnitud del problema, particularmente cuando se estratifica por especialidad, procedimiento y complejidad del hospital, siendo un insumo para que los comités de IIH puedan priorizar las acciones de control en su institución. También permite medir la sensibilidad del sistema de vigilancia regular y permite evaluar la calidad de la atención hospitalaria desde la dimensión de la seguridad del paciente.				
Determinación del logro esperado	Valor basal	<3%	≥3% y <5%	≥5% y <10%	≥10% y <15%	≥15%
	Logro esperado	No exceder de 3%	Disminuir 10% respecto al basal	Disminuir 15% respecto al basal	Disminuir 20% respecto al basal	Disminuir 25% respecto al basal
Determinación del valor umbral		Valor del año previo.				
Área responsable técnica		Dirección General de Salud de las Personas.				
Área responsable de información		Dirección General de Epidemiología (DGE).				






Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria}}{\text{Número total de pacientes hospitalizados que ingresan al estudio}} \times 100$
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	Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias.

Ficha N°19. Productividad hora-médico en consulta externa.

Nombre del indicador	Productividad hora-médico en consulta externa.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Resultado de dividir el número de consultas médicas en consulta externa de un período, entre el número de horas médico programadas en el mismo período.
Justificación	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, problemas para la identificación de las atenciones registradas (por ejemplo, por no estar todos los médicos en el maestro de personal), o programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.
Determinación del logro esperado	Para hospitales generales: 4 a 5 consultas por hora. Para redes de salud: 4 a 5 consultas por hora. Para hospitales de campo especializado e institutos: 2 a 4 consultas por hora; este valor referencial se puede ajustar de acuerdo al campo clínico. Para los establecimientos de salud de III nivel de Lima Metropolitana ver las Tablas de la N°4 a la N°21, según corresponda.
Determinación del valor umbral	No aplica.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.

Handwritten initials and signature


S. RUIZ Z.





 J. VARGAS
 J. TRUJILLO B.


C. KUROIWA P.


N. Reyes P.

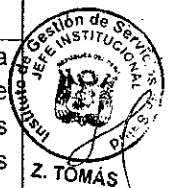
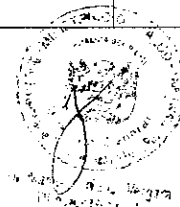

Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General


G. Villar

Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de atenciones de consulta médica en un período} \times 100}{\text{Número de horas de consulta externa programadas en el período}}$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% - Si el valor calculado se encuentra dentro de 0.5 unidad del rango: 80% - Si el valor calculado se encuentra dentro de 1 unidad del rango: 60%. <p>Para el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y para el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% - Si el valor calculado está fuera del rango: 0%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS (numerador), reporte de programación de consulta externa (denominador).
Notas	<p>No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.</p> <p>En el caso de Redes, este indicador se medirá para el conjunto de establecimientos de salud de categoría I-3 y I-4; si no se dispone de información sobre el número de horas de consulta externa programadas, la red podrá alcanzar un valor de programación promedio mensual de horas de consulta externa para dichos establecimientos de salud.</p>

Ficha N° 20. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias

Nombre	Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.			
Tipo	Compromiso de mejora.			
Justificación	La evaluación del sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias muestra que, especialmente en hospitales que recientemente han adquirido la categoría, pueden existir deficiencias en la operación del sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias			
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem.	Formulación de plan de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobado con RD, incluido en el POI. Informe de avance de ejecución. Personal responsable designado.	40%	Informe DGSP





	II sem.	Reporte de vigilancia de IIH todos los meses, oportunamente. Ha reducido tasa de incidencia o densidad de incidencia seleccionada en el plan, con respecto al promedio del propio hospital o al promedio para su categoría	60%	Informe DGE
Área responsable		Dirección General de Epidemiología (DGE). Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).		
Frecuencia de medición		Semestral		
Fuente de datos		Informe preparado por DGE / DGSP, según corresponda.		

Ficha N° 21. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.

Nombre		Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.		
Tipo		Compromiso de mejora.		
Justificación		<p>La mayor parte de atenciones culminan con la satisfacción del usuario; no obstante, entre aquellas entre las que el usuario no está satisfecho, una proporción de ellas refleja serias deficiencias percibidas, y terminará en un usuario que desea expresar su queja.</p> <p>La respuesta a este tipo de quejas es una oportunidad para identificar y corregir deficiencias de la atención, pero también es un deber para con la persona que expresa su queja.</p>		
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem.	<p>-Difusión del uso del libro de reclamaciones a los usuarios de los establecimientos de salud.</p> <p>-Designación de la unidad responsable del manejo y uso del libro de reclamaciones en el establecimiento de salud.</p> <p>-Registro de quejas y reclamaciones en el Sistema de Atención de quejas (SIRE, rubro libro de reclamaciones).</p> <p>-Respuesta de las acciones realizadas para la resolución de la queja entregada al usuario antes de los 30 días calendario de interpuesta la queja o reclamo, de acuerdo a la tabla de clasificación de causas de reclamos (Resolución de Superintendencia N°160-2011 SUNASA/CD)</p>	50%	Informe

[Handwritten signature]



S. RUIZ Z.


MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL


MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL


MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL

J. VARGAS


MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL

J. TRUJILLO B.


MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL

C. KUROWAP.


MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL

D.G.

Reyes P.


MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General


MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL

G. Villat



	II sem.	- Encuesta de conocimiento sobre derechos del usuario. -Reporte consolidado del Registro de quejas y reclamaciones. -Reporte consolidado de solicitudes de reclamo atendidas e informadas que consigna acciones ejecutadas y medidas correctivas.	50%	Informe
Área responsable		Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).		
Frecuencia de medición		Semestral		
Fuente de datos		Informe preparado por DGSP.		

V. Mejora de la gestión de recursos públicos

Ficha N° 22. Índice de calidad de gasto

Nombre del indicador	Índice de calidad de gasto
Tipo	Indicador de desempeño
Definición	Resultado combinado de indicadores de ejecución presupuestal y física: 1. Avance de ejecución de recursos asignados a programas presupuestales en la función Salud, gasto corriente, como compromiso anual, para la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios y genérica de gasto 2.3 Bienes y Servicios, medido al semestre. 2. Avance de ejecución de recursos asignados a programas presupuestales en la función Salud, gasto corriente, como devengado, para la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias, para cualquier genérica de gasto, medido al 31 de diciembre. 3. Avance de metas físicas de productos definidos (niño controlado CRED, niño protegido con vacunas, parto institucional, atención prenatal reenforcada).
Justificación	La transformación de los recursos en resultados requiere asegurar varios aspectos, incluyendo que se identifiquen y financien las intervenciones más costo efectivas, que éstas se ejecuten con un uso eficiente de recursos y dentro de los parámetros técnicos de calidad y que sean dirigidas a los sujetos que más las requieren. La medición de estos aspectos, o introducir estímulos para mejorar en los mismos, está limitado por la disponibilidad de información.
Determinación del logro esperado	del 75



J. VARGAS

J. TRUJILLO B.

C. KUROIWA P.

N. Reyes P.

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Gerente General

E. Villar



Determinación del valor umbral	60
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	El índice se construye a partir de los indicadores presentados, con la siguiente fórmula: $\frac{2x(\text{Ejec RO-ByS}) + \text{Ejec DYT} + \sum \%MF}{4}$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}}$
Frecuencia de medición	Trimestral
Fuente de datos	Asignación y ejecución presupuesta: módulo de consulta MEF. Metas físicas: HIS.

Ficha N° 23. Ejecución del plan de equipamiento de establecimientos de salud

Nombre del indicador	Ejecución del plan de equipamiento de establecimientos de salud
Tipo	Indicador de desempeño
Definición	Avance de ejecución del plan (como valor estimado de los ítems adquiridos), como bienes entregados y con acta de conformidad al cierre del año, sobre el total del valor estimado del plan formulado y aprobado.
Justificación	El plan de equipamiento permite a la institución contar con equipamiento operativo para la atención de intervenciones de los programas presupuestales del sector salud.
Determinación del logro esperado	95%
Determinación del valor umbral	75%
Área responsable técnica	Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM).
Área responsable de	Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento


S. RUIZ Z.


MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA GENERAL


MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA


MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
J. VARGAS


MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
J. TRUJILLO B.


MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
C. KUROIWA P.


MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
N. Reyes P.


MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
Dr. Manuel L. Núñez Vergara
Director General


MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
G. MILLO

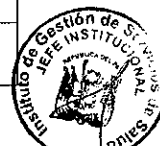
información	(DGIEM).
Fórmula del indicador	<u>Avance de ejecución del plan de equipamiento x100</u> Plan formulado y aprobado
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<u>(Logro alcanzado – Valor umbral) x100</u> Logro esperado – Valor umbral
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM).

Ficha N° 24. Equipamiento básico para el I nivel de atención

Nombre del indicador	Equipamiento básico para el I nivel de atención			
Tipo	Compromiso de mejora.			
Justificación	Se ha identificado un listado de equipamiento mínimo para la prestación de las intervenciones que formarán parte del convenio de gestión, así como de otras intervenciones priorizadas. El cumplimiento de este compromiso asegurará que se dispone de los equipos mínimos para la adecuada prestación de estas intervenciones.			
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem	Identificación de brechas de equipamiento básico según categoría	25%	Informe
	II sem	Cierre de brechas de equipamiento básico según categoría, según inventario de bienes patrimoniales	75%	Informe
Área responsable	DGSP			
Frecuencia de medición	Semestral			
Fuente de datos	DGSP, sobre revisión del inventario de bienes patrimoniales.			

Ficha N° 25. Supervisión regional a establecimientos de salud

Nombre	Supervisión regional a establecimientos de salud
Tipo	Compromiso de mejora.
Justificación	Los recursos para supervisión incluidos en los programas presupuestales representan más de 4,400 nuevos soles por cada establecimiento de salud-año. Pese a ello, esta acción de control no



Z. TOMÁS



G. Villar



		es ejecutada en la cantidad, calidad o focalización requeridas para resolver los problemas de ejecución de intervenciones que puedan presentarse en los Establecimientos de Salud.		
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem	Elaboración de Plan Regional Anual de Supervisión a Establecimientos de Salud, incluyendo cronograma de visitas, ajustado a presupuesto aprobado. Elaboración de instrumentos de supervisión. Selección y capacitación de supervisores regionales. Ejecución de visitas de supervisión.	60%	Informe de ejecución que incluye: Plan Regional Anual. Cronograma de supervisión. Instrumentos de supervisión aprobados. Relación de supervisores regionales aprobados. Porcentaje de visitas ejecutadas.
	II sem	Ejecución de visitas de supervisión. Análisis y evaluación de visitas realizadas, incluyendo cambios entre primera visitas y segunda visita Verificación de levantamiento de observaciones realizadas	40%	Informe de ejecución que incluye: Análisis y evaluación de visitas. Porcentaje de ejecución.
Área responsable		Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).		
Frecuencia de medición		Semestral		
Fuente de datos		Informe preparado por DGSP.		

H
J



S. RUIZ Z.



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



J. VARGAS

VI. Prioridades Regionales
Ficha N°27. Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados

Nombre del indicador		Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados.			
Tipo		Indicador de desempeño.			
Definición		Es la proporción de pacientes que acuden a la consulta externa, mayores de 15 años, a quienes se identificó como pacientes Sintomáticos Respiratorios.			
Justificación		La identificación precoz de las personas con tuberculosis, a través de la búsqueda activa del sintomático respiratorio, es una intervención costo efectiva que contribuye a la reducción de la propagación de la enfermedad y al inicio del tratamiento oportuno de los pacientes.			
Determinación del logro esperado	Valor basal				
	Logro esperado	Bajo riesgo <=3	Mediano riesgo 3 a 3.9	Alto riesgo No menos de 4 a 4.9	Muy Alto riesgo >= 5%.
		Amazonas Ancash Apurímac Ayacucho Cajamarca Huancavelica Pasco Piura Puno	Arequipa Cusco Huánuco Ica Junín La libertad Lambayeque Región lima Moquegua San Martin Tumbes	Callao Lima Metropolitana Loreto	Madre de dios Tacna Ucayali
Área responsable técnica		Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Nacional de Tuberculosis.			
Área responsable de información.		Estrategia Nacional de Tuberculosis.			
Fórmula del indicador		$\frac{\text{Número Total de Sintomáticos Respiratorios Identificados}}{100} \times \text{Atenciones de mayores de 15 años}$			
Cálculo del porcentaje de cumplimiento.		<ul style="list-style-type: none"> - Si el valor calculado se encuentra dentro del valor esperado: 100% - Si el valor calculado se encuentra 0.5 % por debajo del valor esperado: 80% - Si el valor calculado se encuentra 1% por debajo del valor esperado: 60% 			
Frecuencia de medición		Anual			
Monitoreo		Trimestral			
Fuente de datos		Informe Operacional de Tuberculosis- ESN PCT			


S. RUIZ Z.

Z. TOMÁS

J. VARGAS

J. TRUJILLO B.

C. KUROIWA P.

N. Reyes P.

Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
 Director General

G. Villan



VII. Indicadores de desempeño y compromisos de mejora para hospitales e institutos especializados.

Ficha N° 28. Promedio de permanencia cama

Nombre del Indicador	Promedio de permanencia cama
Tipo	Indicador de Desempeño
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 causa, 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.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 3 – 5 días / egreso Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 6 – 8 días / egreso Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, el logro esperado se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias. Para el Hospital Nacional Sergio E. Bernales: 3 – 5 días / egreso Para el Instituto Nacional de Oftalmología: 1 - 3 días / egreso Para el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: 14 - 16 días / egreso Para el Hospital Hermitio Valdizán: <= 37 días / egreso.
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período}}$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor calculado se encuentra en 0.5 del rango: 80% Si el valor calculado se encuentra en 1 del rango: 60% Para el Instituto Nacional de Oftalmología: Si el valor se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor se encuentra fuera del rango: 0%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Libro de egresos hospitalarios Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).

H
J

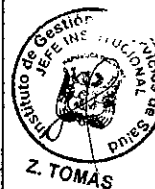


Ficha N° 29. Rendimiento cama

Nombre del Indicador	Rendimiento cama
Tipo	Indicador de Desempeño
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. Se le conoce también como índice de rotación. La cama hospitalaria será más utilizada en el periodo medido si hay una mayor demanda efectiva. Este indicador es influenciado por el Promedio de Permanencia Cama y el Intervalo de Sustitución.
Determinación del 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. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias. Para el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi: 0.4 – 0.6 egresos / cama / mes Para el Instituto Nacional de Rehabilitación: 0.25 – 0.30 egresos / cama / mes Para el Hospital Hermilio Valdizán: 7 – 8 egresos / cama / mes
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° de egresos en la UPSS Hospitalización de un período}}{\text{N° de camas disponibles promedio en el mismo período}}$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor calculado se encuentra en 0.5 del rango: 80% Si el valor calculado se encuentra en 1 del rango: 60% Para el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi y para el Instituto Nacional de Rehabilitación: Si el valor se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor se encuentra fuera del rango: 0%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Libro de egresos hospitalarios Censo Diario de la Enfermera Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).



S. RUÍZ Z.



Z. TOMÁS



J. VARGAS



J. TRUJILLO B



C. KUROIWA P.



Reyes P


 Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
 Director General


G. Villar



Ficha N° 30. Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)

Nombre del Indicador	Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)
Tipo	Indicador de Desempeño
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 la 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.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 80-90% Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 80-90% Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: 80-90% No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° pacientes-día (de un período)}}{\text{N° de días-cama-disponible (en el mismo período)}} \times 100$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango o mayor: 100% Si el valor calculado se encuentra entre < 80% y > 70 %: 80% Si el valor calculado se encuentra entre 70% y 60 %: 60%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Censo Diario de la Enfermera Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).

JL

JL


S. RUIZ Z.


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS


MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA


J. VARGAS


J. TRUJILLO B.


C. KUROIWA P.


N. Reyes P.


Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General


G. Villar



Ficha N° 31. Razón de emergencias por consulta externa

Nombre del Indicador	Razón de emergencias por consulta externa
Tipo	Indicador de Desempeño
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.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: $\leq 0,1$ Para Hospitales Generales del III nivel de atención: $\leq 0,1$ Para establecimientos de atención especializada: $\leq 0,1$ No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias. Para el Hospital María Auxiliadora: ≤ 0.18 .
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° de atenciones médicas en la UPSS Emergencia (en un período)}}{\text{N° de consultas médicas en la UPSS Consulta Externa (en el mismo período)}}$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del logro esperado: 100% Si el valor calculado se encuentra entre > 0.18 y 0.2 : 80% Si el valor calculado se encuentra entre > 0.2 y 0.3 : 60%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Libro de Emergencias (numerador); Ficha HIS (denominador). Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).



S. RUIZ Z.

Ficha N° 32. Tiempo de acceso para daños seleccionados prioridad II

Nombre del Indicador	Tiempo de acceso para daños seleccionados prioridad II
Tipo	Indicador de Desempeño
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.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 10 minutos Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 10 minutos



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vargas
Ger.



G. Villaz



Z. TOMÁS

[Handwritten signature]



PERÚ

Ministerio de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

	Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: 10 minutos
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	Suma de tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente a sala de emergencia hasta el inicio de la atención Total de pacientes atendidos por daño determinado
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del logro esperado: 100% Si el valor calculado se encuentra entre > 10 a 15 minutos: 80% Si el valor calculado se encuentra entre > 15 a 20 minutos: 60%
Frecuencia de medición	Mensual
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 a la sala de emergencia y la hora de inicio de la atención médica.
Nota	Para el Hospital de Emergencias Pediátricas se ha definido para medición a los pacientes con Apendicitis y Traumatismo Cráneo Encefálico.

Ficha N° 33. Tasa de mortalidad neonatal precoz hospitalaria

Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad neonatal precoz hospitalaria
Tipo	Indicador de Desempeño
Definición	Es la relación entre el número de recién nacidos vivos fallecidos hasta los siete días de vida y el número de recién nacidos vivos en el establecimiento de salud, en el período de un año.
Justificación	Permite conocer indirectamente el manejo institucional de la atención prenatal, la atención del parto y la atención del recién nacido. La mortalidad neonatal precoz puede estar subestimada por la exclusión de la muertes declaradas como nacidos muertos (mortinato o natimuerto), que pudieron ocurrir poco después de nacimiento. Este sesgo es una de las causas del subregistro de nacidos vivos.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: < 8 x 1000 Para Hospitales Generales del III nivel de atención: III-1: < 8 x 1000; III-2: < 10 x 1000 Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: < 10 x 1000 No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Dirección General de Estadística e Informática

Handwritten marks on the left side of the page.



S. RUIZ Z.



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara

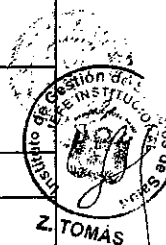


G. Villar

Fórmula del Indicador	N° recién nacidos vivos fallecidos hasta los 7 días de vida en el establecimiento de salud en el año x1000
	N° recién nacidos vivos en el establecimiento de salud en el año
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del logro esperado: 100%
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Libro de centro obstétrico, libro de centro quirúrgico (numerador y denominador); libro de emergencia, libro de cuidados intensivos (numerador).

Ficha N° 34. Tasa de mortalidad específica en emergencia

Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad específica en emergencia
Tipo	Indicador de Desempeño
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.
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
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
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	Si el valor calculado se encuentra dentro del logro esperado: 100%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Libro de Emergencia Libro de Egresos Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).





Ficha N° 35. Rendimiento de Sala de Operaciones

Nombre del Indicador	Rendimiento de Sala de Operaciones
Tipo	Indicador de Desempeño
Definición	Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en la UPSS Centro Quirúrgico y el número de salas de operaciones en el establecimiento de salud en un determinado período de tiempo.
Justificación	Permite medir la intensidad de uso del recurso sala de operaciones de la UPSS Centro Quirúrgico por turno de 06 (seis) horas. Este indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada sala de operaciones, evalúa la sub-utilización o la sobre-utilización del recurso sala de operaciones de la UPSS Centro Quirúrgico.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 80 -90 intervenciones x turno de sala de 6 horas / mes Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 100 intervenciones x turno de sala de 6 horas / mes Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: 100 intervenciones x turno de sala de 6 horas / mes. Podrá ajustarse de acuerdo a la complejidad de la especialidad. Para el Hospital Nacional Hipólito Unánue: 80 -90 intervenciones x turno de sala de 6 horas / mes. Para el Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa: 25 a 30 intervenciones x turno de sala de 6 horas / mes.
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	<u>Número de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en un período</u> Número de salas de operaciones de la UPSS Centro Quirúrgico (por turno de 06 horas) en el mismo período
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor calculado se encuentra al 90%: del rango: 80% Si el valor calculado se encuentra al 80%: del rango: 60% Para el Hospital Nacional Hipólito Unánue: Si el valor calculado es mayor o igual a 80 intervenciones X turno sala de 6 horas/mes: 100% Si el valor calculado es entre 70 y 80=80% Si el valor calculado es menor a 70: 0% Para el Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa: Si el valor calculado es igual o mayor a 25 intervenciones X turno sala de 6 horas/mes: 100%. Si el valor calculado es menor a 25: 0%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Libro de sala de operaciones (numerador) Informes de estadística (denominador) Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).

Handwritten initials: "H" and "Y"



Ficha N° 36. Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria

Nombre del Indicador	Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria
Tipo	Indicador de Desempeño
Definición	Es la relación entre el número de egresos por defunción que fallecieron después de 48 horas de admisión a la UPSS de Hospitalización del establecimiento de salud y el número de egresos de la UPSS de Hospitalización del establecimiento de salud en un período de tiempo.
Justificación	Permite evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención. Se encuentra directamente relacionada con características como nivel de complejidad del establecimiento de salud, niveles socioculturales y perfil epidemiológico de la población usuaria.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: $\leq 3\%$ Para Hospitales Generales del III nivel de atención: $\leq 3\%$ Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: $\leq 3\%$
Determinación del valor umbral	No aplica
Area responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Area responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	$\frac{\text{Nº de egresos por defunción (fallecidos de 48 horas a más de admisión a la UPSS de Hospitalización del establecimiento de salud) (en un período)}}{\text{Número de egresos de la UPSS de Hospitalización del establecimiento de salud (en el mismo período)}} \times 100$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del logro esperado: 100%
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Libro de egresos hospitalarios (numerador y denominador). Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).

Ficha N° 37. Porcentaje de cirugías suspendidas

Nombre del Indicador	Porcentaje de cirugías suspendidas
Tipo	Indicador de Desempeño
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.



S. RUIZ Z.



Z. TOMÁS



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KURTOSKA P.

65



N. Reyes F.


 Dr. Manuel L. Núñez Vergara
 Director General


G. Villar



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).
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: $\leq 5\%$ Para Hospitales Generales del III nivel de atención: $\leq 5\%$ Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: $\leq 5\%$ Para el Hospital Nacional Cayetano Heredia: $\leq 9\%$ Para el Hospital María Auxiliadora: $\leq 7.5\%$ Hospital de Emergencias Pediátricas: $\leq 20\%$
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas (en un período)}}{\text{N}^\circ \text{ Intervenciones quirúrgicas programadas (en el mismo período)}} \times 100$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del logro esperado: 100% Si el valor calculado se encuentra dentro de $>5\%$ a 10% : 80% Para el Hospital Nacional Cayetano Heredia, si el valor calculado es $\leq 9\%$: 100%. Si es entre $>9\%$ - 10% : 80%. Para el Hospital María Auxiliadora, si el valor calculado es: $\leq 7.5\%$: 100%. Si es entre $>7.5\%$ - 8.5% : 80%. Para el Hospital de Emergencias Pediátricas, si el valor calculado es: $\leq 20\%$: 100%. Si es entre $>20\%$ - 21% : 80%.
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Registro de sala de operaciones (numerador) Informe de estadística (denominador) Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).

Ficha N° 38. Porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 12 horas

Nombre del Indicador	Porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 12 horas
Tipo	Indicador de Desempeño
Definición	Es el porcentaje de pacientes que permanecen en sala de observación de emergencia con estancias mayores o iguales a 12 horas.





Justificación	Permite evaluar la eficacia de la atención del servicio de emergencia al definir el destino del paciente dentro de las 12 horas de observación, así como la interrelación con los servicios de apoyo al diagnóstico y hospitalización.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 0% Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 0% Para Establecimientos de atención especializada II-E y III-E: 0%
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con estancia mayor o igual a 12 horas en sala de emergencia en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes censados en el mismo periodo}} \times 100$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del logro esperado: 100% Si el valor calculado se encuentra en el 20% : 80% Si el valor calculado se encuentra en el 30%: 60%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Libro de Emergencia, Censo diario de pacientes Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).

Ficha N° 39. Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.

Nombre del Indicador	Funcionamiento de Sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	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. La programación de cirugías determina que recursos deben disponerse para cumplir con la demanda de intervenciones quirúrgicas del establecimiento de salud.



S. RUIZ Z.



Z. TOMÁS



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



G. Villar



Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> Lista única de pacientes en programación de intervenciones quirúrgicas, indicando la cirugía electiva, apto (15 días con pre-operatorio completo). Determinar el número de Sala de Operaciones en turnos de doce horas para atención de la lista de espera. Determinar el número de sala de operaciones en turno diurno de doce horas a implementar (por lo menos en un 25%). Cronograma y compromiso de la Dirección para su implementación en 2016. <p>Fuente auditable. Informe del Establecimiento de Salud.</p>
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de los informes remitidos por el establecimiento de salud.
Área responsable	Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual

Ficha N° 40. Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales

Nombre del Indicador	Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
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	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de lista única de pacientes en programación para consultorio externo de especialidades. Lista única de pacientes programados para consulta externa especialistas que no exceda los 3 días desde su ingreso a la lista. Determinar el número de consultorios por especialidad a implementar en turno tarde. Cronograma y compromiso de la Dirección para su implementación en 2016. <p>Fuente auditable. Informe del Establecimiento de Salud</p>
Área responsable	Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de los informes remitidos por el establecimiento de salud.

H
y


S. RUIZ Z.






J. VARGAS


J. TRUJILLO B.


C. KURDIWA P.


N. Reyes P.


Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General


G. Villa

Ficha N° 41. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Nombre del Indicador	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de Aplicación	Establecimientos de Salud del Segundo y Tercer Nivel de Atención
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	Conformación y formalización del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Fuente Auditable: Acto Resolutivo que apruebe la conformación del Equipo Conductor remitido a la DGSP Elaboración y ejecución de plan de trabajo del Equipo Conductor que contenga las actividades de capacitación a los jefes de departamento, servicio y equipos de salud del establecimientos así como las actividades de difusión dirigido a los directivos y personal de sala de operaciones (Departamento y Servicio de Cirugía – Anestesiología). Fuente Auditable: Plan de Trabajo e Informe remitido a la DGSP
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (Dirección de Calidad en Salud)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGSP, a partir de los informes remitidos por las DRESAS/GERESAS y del IGSS



S. RUIZ Z.



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.

69



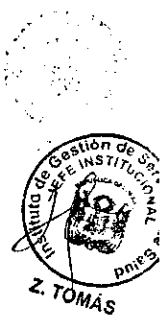
N. Reyes P.



Manuel L. Nuñez Vergara



G. Villar



Z. TOMÁS

Y

Ficha N° 42. Implementación de la Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.

Nombre del Indicador	Implementación de la Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Definición	Verificación de los procesos de certificación como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño como una estrategia orientada a promover y proteger la lactancia materna, esta como una práctica que favorece el desarrollo infantil temprano, previene la desnutrición, la anemia y la mortalidad neonatal. Los procesos a verificar corresponde a las etapas de planificación y organización para la certificación, Promoción de la certificación, Evaluación interna y Evaluación externa, de acuerdo a lo establecido en la Directiva Administrativa N° 201- MINS/DGSP V.01 aprobada con RM N° 609-2014/MINSA.
Justificación	Los resultados de la ENDES 2014, muestran 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). El mismo estudio, muestra también una tendencia decreciente en la proporción de recién nacidos que inician la lactancia materna "dentro de la primera hora de nacido". Por otro lado, se observa tasas de parto institucional en sostenido, lo cual indica que los establecimientos de salud no están cumpliendo su rol promotor y protector de la lactancia materna y de otras prácticas costo efectivas (inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, contacto piel a piel y la ligadura y corte oportuno del cordón umbilical). Un Establecimiento de Salud certificado como "Amigo de la madre y el Niño" implica que realiza una serie de acciones para mejorar la organización de los servicios a fin de garantizar el acceso de niños y niñas a servicios de salud de calidad.
Logro esperado	Conformación y formalización del Comité de lactancia materna a nivel de Hospitales. Incorporación en los Planes Operativos Anuales o sus equivalentes, actividades relacionadas a la certificación del Hospital, destinando presupuesto para este efecto. Plan de trabajo para la ejecución de la evaluación interna 2016..
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP a partir de los informes de hospitales consolidados por las DIRESAS e GSS.

[Handwritten signature]



S. RUIZ Z.





J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General





Ficha N° 44. Fortalecimiento del proceso de atención en consulta externa para pacientes derivados de emergencia (prioridad III y IV)

Nombre del Indicador	Fortalecimiento del proceso de atención en consulta externa para pacientes derivados de emergencia (prioridad III y IV)
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Definición	Es la atención oportuna de los pacientes con daños calificados como Prioridad III y IV en el Triage de Emergencia Adultos y el Tópico de Emergencia Pediátrica, y que son referidos a los consultorios externos de Medicina y Pediatría, 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 distrayendo 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	Implementar consultorios para disminuir la carga de pacientes con daños calificados como prioridad III y IV de la emergencia adultos y emergencia pediátrica, según corresponda Fuente auditable: Informe del Establecimiento de Salud.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir del informe remitido por IGSS.

Handwritten initials: H, K


S. RUIZ Z.

Ficha N° 47. Fortalecimiento del Transporte Asistido de Pacientes Pediátricos

Nombre del Indicador	Fortalecimiento del transporte de Pacientes Pediátricos
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	El transporte de pacientes pediátricos consiste en el traslado del paciente fuera del hospital en ambulancias acondicionadas y con personal calificado. El transporte de pacientes puede darse cuando el paciente es traído al hospital desde un establecimiento de menor complejidad, o cuando un paciente internado en el hospital es llevado a otro establecimiento para continuar su atención, por una interconsulta, procedimiento o examen auxiliar. El transporte adecuado y oportuno de un paciente estado crítico sirve para prevenir complicaciones durante su traslado y para que pueda






J. VARGAS


J. TRUJILLO B


C. KUROIWA P.


N. Reyes P.

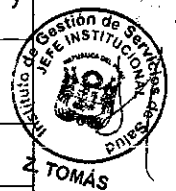

Dr. Marnel L. Nuñez Vergara


G. Villar



Ficha N° 42B. Implementación de la Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.

Nombre del Indicador	Implementación de la Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Definición	Verificación de los procesos de certificación como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño como una estrategia orientada a promover y proteger la lactancia materna, esta como una práctica que favorece el desarrollo infantil temprano, previene la desnutrición, la anemia y la mortalidad neonatal.
	Los procesos a verificar corresponde a las etapas de planificación y organización para la certificación, Promoción de la certificación, Evaluación interna y Evaluación externa, de acuerdo a lo establecido en la Directiva Administrativa N° 201- MINSAD/GSP V.01 aprobada con RM N° 609-2014/MINSA.
Justificación	Los resultados de la ENDES 2014, muestran 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). El mismo estudio, muestra también una tendencia decreciente en la proporción de recién nacidos que inician la lactancia materna "dentro de la primera hora de nacido". Por otro lado, se observa tasas de parto institucional en sostenido, lo cual indica que los establecimientos de salud no están cumpliendo su rol promotor y protector de la lactancia materna y de otras prácticas costo efectivas (inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, contacto piel a piel y la ligadura y corte oportuno del cordón umbilical). Un Establecimiento de Salud certificado como "Amigo de la madre y el Niño" implica que realiza una serie de acciones para mejorar la organización de los servicios a fin de garantizar el acceso de niños y niñas a servicios de salud de calidad.
Logro esperado	a) Recertificación como Hospital Amigo de la Madre y el Niño. b) Cumplimiento del código internacional de comercialización de sucedaneos de leche materna. c) Implementación del lactario institucional. Fuente auditable: Informe técnico preparado por el establecimiento de salud, que contiene documentos probatorios de los ítems a), b) y c).
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de los informes de recertificación y del comité de lactancia materna del hospital remitido por IGSS.



[Handwritten signature]





PERU

Ministerio de Salud

	llegar en mejores condiciones al establecimiento de salud donde recibirá tratamiento. Al respecto, este compromiso busca mejorar las condiciones en las que los pacientes del Hospital de Emergencias Pediátricas son llevados para interconsultas, procedimientos o exámenes auxiliares a otros establecimientos de salud, y a la vez brindar asesoría a otros establecimientos para el transporte de pacientes referidos al hospital. Base Legal: RM N° 953-2006/MINSA / RD N° 180-2012-HEP/MINSA Normas sobre referencia y contra referencia de pacientes
Logro esperado	Asignación de profesional de salud para el transporte asistido de pacientes Fuente Auditable: Memorando de asignación de personal de enfermería al Servicio Pre hospitalario del Departamento de Emergencia / Registro de salidas de ambulancias con personal de salud.
	Elaboración y aprobación de un protocolo de asistencia técnica para el Soporte Vital durante el transporte asistido de pacientes pediátricos Fuente Auditable: Documento aprobado con RD
	Plan de difusión e implementación del protocolo al personal de salud del hospital Fuente Auditable: protocolo publicado en Web HEP / Informe de cumplimiento de actividades del plan.
	Evaluación de la satisfacción de familiares respecto al transporte de los pacientes Fuente Auditable: Informe de Encuesta a familiares de pacientes transportados en ambulancias del HEP
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de la información del establecimiento de salud remitida a IGSS.

Ficha N° 48. Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en Emergencia

Nombre del Indicador	Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en Emergencia
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de Aplicación	Hospital de Emergencias Pediátricas
Justificación	Los pacientes pediátricos atendidos como prioridad I, II y III en Servicios de Emergencia que no son hospitalizados requieren seguimiento de la evolución de su problema de salud y del tratamiento indicado después de su salida del Servicio de Emergencia. Los pacientes atendidos en los Servicios de Emergencia no siempre requieren ser hospitalizados, pero si es necesario que el personal de salud haga un seguimiento de la evolución del paciente y del tratamiento que se les indico. El seguimiento sirve para detectar oportunamente complicaciones de enfermedades o errores en la administración de los tratamientos indicados. Al respecto, este compromiso busca facilitar el acceso y oportunidad de la atención médica especializada para el control de pacientes atendidos por una Emergencia o Urgencia médica.

Oficina de Gestión de Servicios de Salud
 DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
 Z. TOMÁS

MINISTERIO DE SALUD
 Oficina General de
 S. RUIZ Z.

MINISTERIO DE SALUD
 Oficina General de
 DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
 Oficina General de
 DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
 Oficina General de
 DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
 J. VARGAS

MINISTERIO DE SALUD
 Oficina General de
 DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
 J. TRUJILLO B.

MINISTERIO DE SALUD
 Oficina General de
 DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
 C. KUROIWA P.

MINISTERIO DE SALUD
 Oficina General de
 DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
 N. Reyes P.

MINISTERIO DE SALUD
 Oficina General de
 DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
 Dr. Manuel L. Nuñez Vergara

MINISTERIO DE SALUD
 Oficina General de
 DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
 Villar



Logro esperado	Implementación del Sistema de Citas para el Control de Pacientes en Emergencia Fuente Auditable: Modulo Sistema de Control de Citas en el Sistema Informático / Informe mensual de registro y cumplimiento de citas.
	Elaboración y aprobación de la directiva que regula el Sistema de Citas para pacientes en el Hospital de Emergencias Pediátricas Fuente Auditable: Directiva aprobada por RD, y publicada en Web HEP / Cartillas de orientación a usuarios externos
	Evaluación de la satisfacción de familiares respecto al sistema de citas de los pacientes Fuente Auditable: Informe de resultados de encuesta de satisfacción de familiares respecto al sistema de citas
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de la información del establecimiento de salud remitida a IGSS.

Ficha N° 49. Determinación de los factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada y medidas correctivas.

Nombre	Determinación de los factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada y medidas correctivas.
Tipo	Compromiso de mejora.
Justificación	La estancia hospitalaria es un indicador de eficiencia hospitalaria. En un hospital de tercer nivel, que brinda Atención especializada III-E, como el Hospital Víctor Larco Herrera, se considera estancia prolongada aquella que sobrepasa el estándar de 65 días. El tiempo de estancia hospitalaria de un paciente responde a múltiples factores institucionales, patológicos y personales, entre otros. En el Hospital Víctor Larco Herrera el promedio de estancia hospitalaria supera al estándar establecido (65 días promedio en los últimos tres años). El presente Compromiso de Mejora tiene por principal objetivo identificar los factores que prolongan la estancia de los pacientes hospitalizados en el Pabellón 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera. Para ello se realizarán encuestas a familiares de pacientes, prestadores de servicios de salud en dichos pabellones. Se utilizarán fichas de recolección de datos. Los factores de estancia prolongada de los pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera dependen principalmente de la gestión administrativa institucional; sin embargo, se requiere de otros estudios para evaluar las condiciones específicas de estos pabellones de hospitalización, así como estudios por patología para conocer las causas de estancia hospitalaria prolongada por entidad nosológica.



Handwritten signature





	A través del presente Compromiso de Mejora, se espera mejorar las tasas de estancia hospitalaria para ofertar un mayor número de hospitalizaciones, disminuir costos de tratamiento y costo social para el paciente, y reducir las infecciones intrahospitalarias y/o complicaciones. El interés de este Compromiso de Mejora, es identificar los factores que prolongan la estancia hospitalaria y sus resultados deben servir como base para que el Equipo de Gestión, genere la estrategia adecuada a fin de evitar la estancia hospitalaria prolongada y las complicaciones que de ella devienen.
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> Designación de un grupo de trabajo para el desarrollo el estudio de los factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en el pabellón 1 y 20. Diseño de estudio y Plan de Trabajo aprobado por la instancia correspondiente del hospital. Elaboración y validación de los instrumentos de recolección de datos. <p>Fuente auditable: Informe técnico remitido por IGSS a DGSP.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Recolección, procesamiento y análisis de datos. Elaboración y presentación de los resultados de investigación. Reunión técnica del equipo de gestión del hospital, con participación del IGSS, para el análisis de los resultados obtenidos y la toma de decisiones respecto a las medidas correctivas a adoptar. <p>Fuente auditable: Informe de resultados de investigación y acta de acuerdos de las medidas correctivas por adoptar, remitido por IGSS a DGSP.</p>
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP a partir de informe de IGSS



S. RUIZ Z.

Ficha N° 50. Mejora del sistema de registro de información en la Unidad Productora de Servicio de Salud (UPSS) de Emergencia

Nombre	Mejora del sistema de registro de información en la UPSS de emergencia
Tipo	Compromiso de mejora.
Justificación	<p>Implementar la mejora del Registro de Información de la UPSS Emergencias implica el registro, seguimiento, gestión y control de la información derivada de la atención de las emergencias y urgencias. Esto va a permite a la UPSS Emergencia, consignar información sobre su desempeño, análisis de Indicadores clínicos de la UPSS, análisis de necesidades, siendo ingresada ésta información por los prestadores del servicio y procesada por la Oficina de Estadística e Informática.</p> <p>De acuerdo al diagnóstico de situación realizado en el Hospital Víctor Larco Herrera, se observa, que la demanda del servicio de emergencia, se caracteriza por un alto porcentaje de consultas que no tienen un carácter</p>



Z. TOMÁS

Y



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.

75



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Núñez Vergara



G. Villar



PERÚ

Ministerio de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

	Emergencia y que podrían ser atendidas fuera de este servicio. Esta situación ha sobrecargado dicho servicio de pacientes con prioridad II, que de acuerdo a las normas vigentes deben ser atendidos en menos de 10 minutos y no generar problemas asistenciales y disconformidad de los usuarios por el tiempo de espera para ser atendidos. Asimismo no se cuenta con un sistema de registro de información en Emergencia que permita medir el tiempo de espera para recibir la atención en prioridad I, II, III y IV. Este Compromiso de Mejora, permitirá la medición del indicador tiempo de acceso a emergencia según prioridades, su seguimiento y mejora según corresponda; y a su vez redundará en la mejora del funcionamiento del servicio.
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de un sistema de registro automatizado de indicadores de gestión de la UPSS de emergencia, que incorpore variables relacionadas a la medición del indicador tiempo de acceso para la atención de emergencia según prioridades. Capacitación al equipo de salud respecto al uso del Sistema de Información de la UPSS Emergencia. Reportes de los tiempos de acceso a emergencia según prioridades (I a IV) emitidos por el sistema de información de la Unidad Productora de Servicios de Salud "UPSS" Emergencia, y de otros indicadores, para los meses de noviembre y diciembre 2015. <p>Fuente auditable: Acta de verificación del funcionamiento del sistema de registro automatizado de indicadores UPSS Emergencia, emitido y remitido por IGSS a DGSP.</p>
Area responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP a partir de informe de IGSS.



Ficha N° 51. Implementación de un sistema de citas en la UPSS de consulta externa.

Nombre del Indicador	Implementación de un sistema de citas en la UPSS de consulta externa.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	<p>Los tiempos de espera para la atención en consulta externa de pacientes con problemas de salud mental en el Hospital Especializado "Víctor Larco Herrera" son prolongados. Una de las medidas para mejorar esta situación, será la implementación de un sistema de citas, mediante la implementación de una plataforma informática que permitirá al ciudadano solicitar sus citas médicas siguiendo procedimientos simples.</p> <p>El cumplimiento de este compromiso contribuirá a la reducción de los tiempos de espera para la atención en consulta externa, hospitalizaciones oportunas y una disminución de la sobrecarga de atención en emergencia por casos que deben ser manejados en la consulta externa.</p>
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> Formulación de plan de trabajo. Diseño del programa informático del sistema de citas. Instalación de una Plataforma tecnológica que comprenda: Infraestructura, personal asignado formalmente para este propósito, Aplicativo de Citas Médicas.



	<ul style="list-style-type: none"> Implementación del sistema de citas en 04 consultorios externos especializados. <p>Fuente auditable. Informe técnico sobre el proceso de implementación del sistema de citas, que contiene un reporte automatizado de citas otorgadas a pacientes en 04 consultorios, emitidos de manera automatizada; acta de verificación de infraestructura, personal asignado y funcionamiento de aplicativo informático. Emitido y remitido por IGSS a DGSP.</p>
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de los informes del IGSS.

Ficha N° 52. Fortalecimiento de competencias del personal de salud del primer y segundo nivel para la atención de salud mental en Lima Metropolitana

Nombre del indicador	Fortalecimiento de competencias del personal de salud del primer y segundo nivel para la atención de salud mental en Lima Metropolitana
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
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 mental. El INSM "HD-HN" en el marco de sus competencias, desarrolla como una de sus funciones esenciales, la docencia y capacitación dirigida a los profesionales de la salud de Lima Metropolitana (primer y segundo nivel), de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutoria de los servicios. Los profesionales de salud capacitados, brindarán una mejor identificación y atención de problemas de salud mental y trastornos mentales en su jurisdicción, lo que permitirá no solamente que se descentralice la atención, sino también el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, reduciendo la severidad y cronicidad de los cuadros clínicos psiquiátricos, lo que a su vez redundará en una mejora de nuestros indicadores institucionales: aumento del rendimiento cama, disminución de la razón de emergencias por consulta externa y disminución del porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 12 horas.


S. RUIZ Z.






J. VARGAS



J. TRUJILLO B.


C. KUROIWA P.


M. Reyes P.


Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General


Z. TOMAS


G. Villar

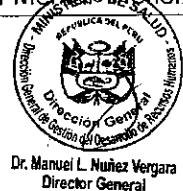
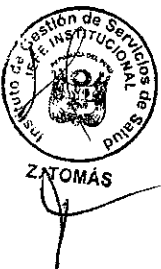
Y



Logro esperado	Elaboración y ejecución del plan de fortalecimiento de capacidades en salud mental para el personal del primer y segundo nivel de atención de Lima Metropolitana: <ul style="list-style-type: none"> Programa de Desarrollo de Capacidades para la Atención de Salud Mental de los Equipos Básicos y Especializados de las Redes de Salud de Rímac-San Martín-Los Olivos, Túpac Amaru, Lima Norte IV y Lima Ciudad. 184 profesionales (médicos, enfermeras, obstetras, trabajadoras sociales y psicólogos), capacitados en los siguientes temas: Depresión, Conducta suicida, Psicosis, Trastornos por uso de alcohol, Trastornos de conducta en niños, Intervenciones Psicosociales Avanzadas, Emergencias Psiquiátricas. Fuente Auditable: Plan de capacitación e informe de ejecución, que incluye certificados emitidos por el INSM "HD-HN" e IGSS.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (Dirección de Salud Mental)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGSP, en base a informes remitidos por el IGSS.

Ficha N°53. Fortalecimiento de la gestión institucional basado en la generación de evidencias en salud mental

Nombre del indicador	Fortalecimiento de la gestión institucional basado en la generación de evidencias en salud mental
Tipo	Compromiso de mejora de la gestión institucional
Justificación	La generación de evidencias en salud mental, es una fuente importante para mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud mental. El INSM "HD-HN" en el marco de sus competencias, desarrolla como una de sus funciones esenciales, la investigación en salud mental, que permita la identificación de trastornos mentales y problemas de salud mental en la población atendida en hospitales generales y centros de salud, con miras a fortalecer y descentralizar la atención en el primer y segundo nivel, mejorando las competencias de su personal de salud; lo que a su vez redundará en la mejora de los indicadores de gestión hospitalaria en consulta externa, hospitalización y emergencia.
Logro esperado	Identificación de la prevalencia de trastornos mentales y problemas de salud mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana. Fuente Auditable: Documento del proyecto de investigación del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana, aprobado por el Comité de Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado



J. VARGAS

J. TRUJILLO B

C. KUROIWA F.

N. Reyes P.

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General

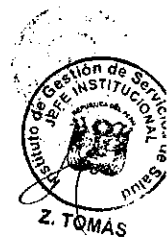
G. Villar



	<p>– Hideyo Noguchi"</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de ejecución del proyecto de investigación.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (Dirección de Salud Mental)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGSP, en base a informes remitidos por el IGSS.

Ficha N° 54. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de verificación pre quirúrgico

Nombre del Indicador	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación Pre quirúrgico
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	<p>En el Hospital Cayetano Heredia el porcentaje de cirugías suspendidas está por encima del valor referencial recomendado (11% vs 5% respectivamente). Las causas más frecuentemente asociadas a la suspensión de las cirugías programadas son: i) la duración prolongada de las cirugías previas, deficiencias en la preparación pre quirúrgica del paciente, falta de insumos y falla de los equipos en sala de operaciones. Asimismo las salas programadas para cirugía electiva son ocupadas para atender cirugías de emergencia. Una cirugía suspendida implica un incremento en el riesgo de complicaciones en el paciente por la falta de oportunidad en la atención, mayores costos hospitalarios y altos niveles de insatisfacción en los pacientes y sus familiares. Las deficiencias en la preparación pre quirúrgica de los pacientes son factibles de abordar y mejorar, identificando y priorizando los factores de intervención para su monitoreo mediante el diseño e implementación de un listado de verificación pre-quirúrgico, y capacitando a los equipos encargados de la atención para su aplicación.</p>
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conformación y formalización del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación del Pre Quirúrgico en el Hospital Cayetano Heredia. ▪ Elaboración, validación y aprobación de la Lista de Chequeo Pre quirúrgico <p>Fuente Auditable: RD que aprueba la Lista de Verificación Pre Quirúrgico y su instructivo de aplicación.</p>
	<p>Sensibilización y Capacitación al Personal de salud del Departamento de Cirugía, Enfermería, Anestesiología y Centro Quirúrgico</p> <p>Fuente Auditable: Certificación del personal capacitado por el HCH y el IGSS.</p>
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)





Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGSP a partir de informe remitido por el IGSS.

Ficha N° 56. Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en la UPSS de Emergencia

Nombre del Indicador	Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en la UPSS de Emergencia
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Definición	Es la atención oportuna de los pacientes con daños calificados como Prioridad I, II, III y IV en el Servicio de Emergencia que no son hospitalizados y requieren de seguimiento de la evolución de su problema de salud y del tratamiento indicado después de su salida del Servicio de Emergencia.
Justificación	Los pacientes atendidos en los Servicios de Emergencia no siempre requieren ser hospitalizados, pero si es necesario que el personal de salud haga un seguimiento de la evolución del paciente y del tratamiento que se les indica. El seguimiento sirve para detectar oportunamente complicaciones de enfermedades o errores en la administración de los tratamientos indicados. Al respecto, este compromiso busca facilitar el acceso y oportunidad de la atención médica especializada para el control de pacientes atendidos por una Emergencia o Urgencia médica.
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementación del Sistema de Citas para el seguimiento y control en consulta externa de pacientes de Pediatría y Cirugía post atención en Emergencia. Fuente Auditable: Modulo de sistema de control de Citas funcionando en el Sistema Informático / Informe de registro y cumplimiento de citas. ▪ Elaboración y aprobación de la directiva que regula el Sistema de Citas para pacientes en Emergencia. Fuente Auditable: Directiva aprobada por RD, y publicada en Web HSR / Cartillas de orientación a usuarios externos. ▪ Evaluación de la satisfacción de familiares respecto al sistema de citas de los pacientes Fuente Auditable: Informe de resultados de encuesta de satisfacción de familiares respecto al sistema de citas.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de la información del establecimiento de salud remitida a IGSS.


Z. TOMÁS




S. RUIZ Z.






J. VARGAS


J. TRUJILLO B.


C. KUROIWA P.


N. Reyes P.


Dr. Maryel L. Nuñez Vergara
Directora General



Ficha N° 57. Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales regionales y redes de salud en la atención de los problemas de salud mental.

Nombre del Indicador	Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales regionales y redes de salud en la atención de los problemas de salud mental.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	El desarrollo de competencias en el personal de la salud de los hospitales regionales y redes de salud, es una estrategia importante para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud mental, enfatizando en actividades preventivo promocionales. Ante la falta crítica de especialistas en salud mental. El HHV, en coordinación con la Dirección de Salud Mental, se propone desarrollar actividades de docencia y capacitación para la mejora de las competencias (cognitivas, procedimentales, actitudinales) en el personal de los establecimientos de salud del nivel I, II y III, específicamente para la mejora de los procesos de educación, captación, referencia y tratamiento oportuno de personas con problemas de salud mental.
Logro esperado	Fortalecimiento de competencias de 75 profesionales y técnicos de salud de los establecimientos de salud de I, II y III nivel de atención, para prevención y despistaje de problemas de salud mental. Fuente auditable: Informes de capacitación que incluye certificados otorgados a los participantes por HHV e IGSS.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de informe remitido por IGSS.

Ficha N° 58. Fortalecimiento del sistema de atención inmediata en el servicio de consulta externa para pacientes adultos y gerontes

Nombre del Indicador	Fortalecimiento del sistema de atención inmediata en el servicio de consulta externa para pacientes adultos y gerontes
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	El sistema de atención inmediata en el servicio de consulta externa, es un conjunto de medidas y disposiciones dentro del proceso de atención ambulatoria que debidamente articuladas, posibilitan la atención inmediata de los usuarios. Este sistema disminuye las barreras administrativas y facilitando el acceso a una atención especializada de consulta externa, segura y continua, el mismo día, evita la formación de una lista de espera, lo que posibilita la mejora de la eficiencia en sus procesos. El compromiso de mejora está dirigido al diseño e implementación de un


S. RUIZ Z.


MINISTERIO DE SALUD


MINISTERIO DE SALUD


J. VARGAS


J. TRUJILLO B.


C. KUROIWA P.


N. Hcyes P.


Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General


Z. TOMÁS


G. Villar



	<p>conjunto de actividades de corto plazo para facilitar el acceso a la atención de los pacientes en consultorios externos, el mismo día en que solicitan consulta. Contribuirá a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico, disminuyendo las secuelas y riesgos inherentes a los mismos, que incluye hospitalizaciones y la atención de las urgencias; lo que a su vez redundará en la mejora de la calidad y seguridad de la atención del paciente y la disminución de la congestión y mal uso de los servicios de emergencia.</p> <p>Asimismo, este sistema permite la atención inmediata de daños calificados como prioridad III y IV en emergencia, evitando un mal uso de este servicio y en algunos casos la distracción de los recursos humanos y de apoyo al diagnóstico.</p>
Logro esperado	<p>a) Elaboración de un Listado de usuarios que solicita citas adicionales para atención inmediata,, incluyendo el perfil de los mismos.</p> <p>b) Listado de las causas/razones por las que los usuarios requieren de citas adicionales para su atención Inmediata.</p> <p>c) Determinar el número de consultorios para la atención de pacientes con citas adicionales y de pacientes calificados como prioridad III y IV de la emergencia.</p> <p>d) Implementación de consultorios de acuerdo a disponibilidad de recursos.</p> <p>Fuente auditable: Informe técnico de los ítems a), b) y c); y reporte mensual (noviembre y diciembre) de la atención de usuarios con citas adicionales en las UPSS de consulta externa.</p>
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir del informe remitido por el IGSS.



Ficha N° 59. Implementación de un Sistema de Atención Integral a pacientes Mujeres con Conducta Adictiva.

Nombre	Implementación de un Sistema de Atención Integral a pacientes Mujeres con Conducta Adictiva.
Tipo	Compromiso de mejora.
Justificación	Existe un aumento en la prevalencia de conductas adictivas en el sexo femenino, a nivel nacional, por lo que toma relevancia la Implementación de un Sistema de Atención Integral en pacientes Mujeres con esta condición, permitiendo un abordaje multidisciplinario que permita incrementar la eficacia en el manejo de este tipo de pacientes. .
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulación de plan de implementación de servicio de atención integral a pacientes mujeres con conducta adictiva. ▪ Designación del personal responsable para el servicio. ▪ Capacitación al personal en la atención integral de pacientes mujeres con Conducta Adictiva. <p>Fuente auditable: Informe de avances (que incluye documentos probatorios) remitido por el establecimiento de salud a IGSS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementación de un servicio de Atención Integral a pacientes Mujeres con Conducta Adictiva. <p>Fuente auditable: Reporte de las atenciones brindadas a pacientes Mujeres con Conducta Adictiva en el consultorios externos, hospitalización y seguimiento.</p>
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de la información remitida por IGSS.



S. RUIZ Z.





J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.


83



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



G. Villar



Z. TOMÁS

Y



Ficha N° 60. Fortalecimiento del sistema de triaje para la atención de consulta externa Neuropediátrica.

Nombre del compromiso	Fortalecimiento del sistema de triaje para la atención de consulta externa Neuropediátrica.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de aplicación	Establecimientos de Salud Tercer Nivel de Atención
Definición	<p>La consulta de Neuropediatría es un proceso que abarca diferentes actividades donde están involucradas las áreas de consulta externa, servicio de Neuropediatría y oficina de estadística con la finalidad de atender a niños de 0 a 16 años con alguna patología neurológica.</p> <p>El Sistema de triaje de neuropediatría es un proceso realizado por un profesional especializado o capacitado en el área, a través del cual se evalúa y selecciona a los pacientes determinando los que deben ser atendidos de acuerdo a nuestro nivel de complejidad.</p>
Justificación	<p>La demanda en esta subespecialidad cada vez es mayor, lo que genera diariamente quejas, insatisfacción y frustración en los padres de familia; la falta de oferta de citas en los consultorios externos de Neuropediatría y la demora en obtenerlas origina una demanda insatisfecha, quienes se ven obligados a concurrir en más de una oportunidad en su intento de conseguir una cita para su paciente, llegando incluso a pernoctar en la puerta del establecimiento con el consiguiente perjuicio económico y en su seguridad. Facilitar la atención de este grupo etéreo a través de un mejor sistema de triaje permitirá identificar los casos que por su complejidad deben ser atendidos en este nivel evitando la congestión y mejorando el indicador razón de emergencias por consulta externa.</p>
Logro esperado	<p>Sistema de triaje para la atención de consulta externa de pacientes neuropediatricos funcionando con médicos neuropediatras y/o Lic. Enfermería en horario diferenciado.</p> <p>Fuente auditable</p> <ul style="list-style-type: none"> Resolución Directoral que aprueba el funcionamiento de un sistema de triaje para pacientes neuropediatricos. Programación mensual de personal asignado al servicio de triaje para pacientes neuropediatricos, de los meses de noviembre y diciembre, emitido por la Oficina de Personal.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGSP, a partir de los informes remitidos por el IGSS.



Ficha N° 61. Mejora en la atención inicial de pacientes adultos en Emergencia, según prioridades de atención

Nombre del Indicador	Mejora en la atención inicial de pacientes adultos en Emergencia, según prioridades de atención
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	Se requiere mejorar los procesos de atención de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Dos de Mayo en términos de simplificar los flujos de atención que deben seguir los pacientes y sus acompañantes; con lo cual se espera lograr una reducción de los tiempos de acceso para la atención en emergencia según prioridad (I-IV) y un mayor nivel de satisfacción de los usuarios. Se considera atención inicial al periodo que va desde el ingreso del paciente al servicio de triaje y la atención en los tópicos del Servicio de Emergencia. Adultos.
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulación y aprobación de plan de mejora de la atención inicial de pacientes adultos en Emergencia, según prioridades I, II, III y IV. Fuente Auditable: Plan de mejora de procesos aprobado por Resolución Directoral. ▪ Reubicación de los servicios de Triaje y Admisión en un solo ambiente para la evaluación médica inicial del paciente, la verificación de la identidad, el registro de los datos del paciente y entrega de hoja de atención al paciente y/o familiar; en forma simultánea. Fuente Auditable: Acta de verificación de la fusión de los servicios de triaje y admisión en un solo ambiente, emitido por el IGSS. ▪ Implementación del sistema informático SIS-GALEN en Admisión y Caja en Emergencia. Fuente Auditable: Reporte de registro de atenciones en Admisión y Caja de Emergencia a través del SIS-GALEN, emitido dentro del periodo de evaluación, por parte de la Oficina de Estadística e Informática y de la Oficina de Economía del Hospital.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGSP, a partir de los informes remitidos por el IGSS



S. RUIZ Z



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.

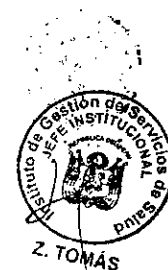
85



N. Reyes P.


 Dr. Manuel L. Noriáez Vergara
 Director General


G. Villar



Z. TOMÁS



Ficha N° 62. Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales regionales y redes de salud en la prevención de discapacidad visual.

Nombre del Indicador	Fortalecimiento de las competencias del personal de salud de los establecimientos de los hospitales regionales y redes de salud en la prevención de discapacidad visual.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	<p>El desarrollo de las competencias de los profesionales y técnicos de la salud en el primer y segundo nivel de atención es una estrategia importante para ampliar la cobertura, mejorar la calidad de los servicios, contribuir a disminuir las brechas de recursos humanos y fortalecer la continuidad de la atención.</p> <p>Actualmente, en el Perú las principales causas de ceguera son la catarata, los errores refractivos y el glaucoma. Por otro lado las principales causas de discapacidad visual moderada son los errores refractivos, la catarata y el glaucoma. Si bien la retinopatía de la prematuridad no tiene gran prevalencia, su consecuencia son la ceguera y por ende gran pérdida de años de vida saludables. Todos los daños oculares mencionados son evitables.</p> <p>El diagnóstico y tratamiento de la catarata, los errores refractivos y la retinopatía de la prematuridad son complejos y requieren de una articulación entre los tres niveles de atención, que garanticen la continuidad de la atención una vez detectado un caso sospechoso. En esa dirección, es esencial el fortalecimiento de capacidades del personal de salud para la detección precoz y manejo oportuno de estos daños; que junto a elementos de mejora de la organización y gestión de los servicios de salud contribuirá a una reducción del riesgo de discapacidad visual evitable en la población.</p> <p>La atención oportuna de pacientes con catarata, errores refractivos y retinopatía de la prematuridad, contribuirá a la reducción de demanda de la atención de hospitalización de pacientes con complicaciones, mejorando los promedios de permanencia cama, rendimiento cama y rendimiento de sala de operaciones.</p>
Determinación del logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de plan de fortalecimiento de competencias en la prevención de la discapacidad visual dirigido al personal de salud de los hospitales regionales y redes de salud del país. ▪ Ejecución del plan de capacitación: Al menos 80 profesionales de la salud capacitados y certificados por el INO: <p>Fuente auditable: Informe de capacitación que incluye certificados emitidos por INO e IGSS.</p>
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informes elaborado por DGSP con base a informe remitido por IGSS.

Comisión de Servicios de la Institución
C. TOMÁS

[Handwritten signature]

MINISTERIO DE SALUD
Secretaría General
S. RUIZ Z.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
C. TORRES

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
C. TORRES

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Estadística e Informática
J. VARGAS

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Organización y Recursos Humanos
J. TRUJILLO B.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Organización y Recursos Humanos
C. KUROIWA P.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
N. Reyes P.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Salud de las Personas
G. Villar

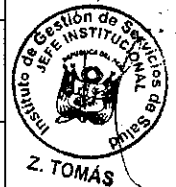


Ficha N° 63. Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud en prevención de discapacidad.

Nombre del Indicador	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud en prevención de discapacidad.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	<p>La transferencia de tecnología blanda (conocimientos y competencias) en el potencial humano de las Unidades Productoras de Servicios de Salud en Medicina de Rehabilitación (UPSSMR) y de los establecimientos de salud del primer nivel de atención a nivel nacional, es un factor importante para el mejoramiento de la atención, prevención y promoción de la salud en la persona con discapacidad.</p> <p>En el Perú se vive una etapa de transición epidemiológica desde las enfermedades infectocontagiosas hacia las no transmisibles, así mismo la discapacidad asociada a las enfermedades no transmisibles ha sido declarada problema de salud pública a nivel mundial de acuerdo a la OMS, por lo que se debe capacitar a los profesionales de la salud de las regiones en identificar los factores de riesgo para discapacidad en la población a su cargo y en la detección precoz para una atención oportuna</p> <p>El Instituto Nacional de Rehabilitación Dra. Adriana Rebaza Flores Amistad Perú – Japón 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 cada región y a la capacidad resolutoria de sus establecimientos de salud; con esto busca mejorar el acceso a servicios de calidad de la población con discapacidad.</p>
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> 780 profesionales capacitados en prevención de discapacidad en el ámbito nacional. 20 coordinadores del componente discapacidad capacitados en el marco de la estrategia RBC. <p>Fuente auditable: Informe de capacitación que contiene el listado de profesionales capacitados y certificados, emitido por el INR remitido a IGSS.</p>
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP a partir de informe remitido por IGSS.



S. RUIZ Z.



Z. TOMÁS



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



M. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



G. Villar



Ficha N° 64. Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud y técnicos en la prevención de complicaciones del paciente con Lesión Medular en el servicio de hospitalización.

Nombre del Indicador	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud y técnicos en la prevención de complicaciones del paciente con Lesión Medular en el servicio de hospitalización.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	<p>Dentro de los servicio que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón" (INR), se encuentra el Servicio de hospitalización para Rehabilitación Integral en pacientes con Lesión Medular.</p> <p>El tiempo de hospitalización de los pacientes con lesión medular está establecido generalmente por la mejoría de su funcionalidad, de acuerdo al nivel y tipo de lesión, adicionalmente de las complicaciones y /o comorbilidades que puede presentar el paciente.</p> <p>La evidencia señala que la asistencia adecuada al paciente con LM se asocia a una reducción de complicaciones y del tiempo de estancia hospitalaria, y un mejor estado de salud al alta.</p> <p>Para reducir el tiempo promedio de estancia hospitalaria de estos pacientes, el INR implementará un proceso de fortalecimientos de competencias de los profesionales y técnicos de salud en la prevención de complicaciones del paciente con Lesión Medular. Lo cual, a su vez redundará en la prevención de complicaciones y la mejora del nivel funcional del paciente.</p>
Logro esperado	<p>Formulación de plan de fortalecimiento de capacidades para profesionales y técnicos de salud de los servicios de hospitalización del INR.</p> <p>Ejecución del plan. Al menos 80 profesionales y/o técnicos capacitados y certificados en la prevención de complicaciones del paciente con Lesión Medular en el servicio de hospitalización. Fuente Auditable. Informe de capacitación que incluye certificados emitidos por el INR e IGSS.</p>
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas - DGSP
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGSP, a partir de informe remitido por IGSS.


Z. TOMÁS




S. RUZ Z.






J. VARGAS


J. TRUJILLO B.


C. KUROIWA P.


N. Reyes P.


Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General


G. Villa



Logro esperado	Diseñar y validar el sistema de registro de datos para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos. Implementación de un aplicativo informático en el servicio de emergencia. Capacitación al equipo de salud del Departamento y UPSS Emergencia, respecto al manejo del aplicativo informático. Fuente auditable: Reportes automatizados que genera el aplicativo informático, remitidos a IGSS.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP a partir de informe de IGSS.

[Handwritten signatures]



S. RUZ Z.



J. VARGAS



J. TRUJILLO E.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



G. Villar



Ficha N° 65: Factores asociados a demora en el alta hospitalaria y medidas correctivas.

Nombre	Factores asociados a demora en el alta hospitalaria y medidas correctivas.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.
Justificación	Una vez que los pacientes hospitalizados ha sido dados de alta, se requiere que se efectivice de manera rápida. Sin embargo, en el HECU el proceso de alta de los pacientes atendidos en emergencia y que requieren ser hospitalizados es lento, lo que genera estadías prolongadas, costos extras y sobre todo falta de disponibilidad de camas. Dada la alta demanda y los presupuestos restringidos debe identificarse y evaluarse los factores que incrementan los tiempos totales del proceso para mitigarlos o eliminarlos optimizando así el proceso y reduciendo el impacto negativo mencionado.
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de trabajo aprobado por la instancia correspondiente del hospital. ▪ Identificación de los factores que incrementan los tiempos en el proceso de atención de los pacientes en el servicio de emergencia, a través de un estudio de investigación rápida. ▪ Reunión técnica del equipo de gestión del hospital, con participación del IGSS, para el análisis de los resultados obtenidos y la toma de decisiones respecto a las medidas correctivas a adoptar. <p>Fuente auditable: Informe de resultados de investigación rápida y acta de acuerdos de las medidas correctivas por adoptar, remitido por IGSS a DGSP.</p>
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP a partir de informe del establecimiento de salud remitida al IGSS.



S. RUIZ Z.

Ficha N° 66 Implementación de un sistema de registro de seguimiento y control de pacientes post quirúrgicos.

Nombre	Implementación de un sistema de registro de seguimiento y control de pacientes post quirúrgicos.
Tipo	Compromiso de mejora.
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 esa dirección, el HECU 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, y para la evaluación del desempeño clínico de los servicios.



Z. TOMÁS

[Handwritten signature]



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.



N. Reyes P.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



G. Villar

Anexo N° 3

Descripción de los campos usados en las fichas de los indicadores

1. **Nombre.** Nombre de la meta, indicador o compromiso.
2. **Tipo.** Tipo de valor, según clasificación del artículo 15° del DL 1153.
3. **Definición.** Descripción de cómo se genera el resultado de la meta o indicador. No debe confundirse con el cálculo del logro.
4. **Justificación.** Descripción de la base racional de incluir la meta, indicador o compromiso.
5. **Determinación del logro esperado.** Valor numérico para metas e indicadores que expresa la meta que se espera alcanzar. valor que debería alcanzar la entidad para obtener el cien por ciento del peso ponderado.
6. **Determinación del Valor Umbral:** Para metas e indicadores, valor a partir del cual la entidad puede obtener puntaje. Si el logro alcanzado por la entidad es igual o menor al valor umbral, se obtiene cero por ciento del peso ponderado. Para metas e indicadores que tienen un valor basal, el valor basal es el umbral. Para indicadores sin valor basal, se indica en la ficha el valor umbral.
7. **Área responsable técnica.** Instancia que define valores apropiados del dato y proporciona asistencia técnica para su cumplimiento.
8. **Área responsable de la producción de información.** Instancia que procesa y produce y reporta el dato.
9. **Fórmula del indicador.** Para metas e indicadores, fórmula que determina cómo se construye el indicador.
10. **Cálculo de porcentaje de cumplimiento.** Para metas e indicadores, fórmula que determina cómo se calcula el porcentaje de logro alcanzado al término del periodo de vigencia del Convenio.
11. **Frecuencia de medición.** Frecuencia mínima con la que se reportan datos.
12. **Fuente de datos.** Fuente primaria de información.
13. **Notas.** Información adicional no clasificada en alguno de los otros rubros considerados.
14. **Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de compromiso.** Explicación del resultado que se espera obtener, según semestre.
15. **Forma en que se dará cumplimiento al compromiso.** Detalle de cómo se verificará el cumplimiento del compromiso.



S. RUIZ Z.



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



C. KUROIWA P.

91



N. REVES F.



Dr. Manuel C. Núñez Vergara
Director General



G. VALER



Z. TOMÁS

M