



Resolución Ministerial

Lima, 07 de DICIEMBRE del 2017

Visto, el Expediente N° 17-089711-001, que contiene el Memorandum N° 622-2017-DGOS/MINSA, emitido por la Dirección General de Operaciones en Salud del Ministerio de Salud; y,

CONSIDERANDO:

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

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

Que, en ese contexto, y como parte del fortalecimiento del Sector Salud, mediante Decreto Supremo N° 001-2017-SA, se aprobaron para el año 2017, los criterios para definir las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplirse en el año 2017, para la entrega económica a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, para incentivar y garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud en beneficio de la población;

Que, el artículo 4 del Decreto Supremo N° 001-2017-SA, establece que el Ministerio de Salud, mediante documento normativo aprobado con Resolución Ministerial, define las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios y las fuentes de datos para la evaluación del



W. BORJAK



C. UGARTE T



M. ATARAMA C.



L. A. TEJADA M.



C. DIAZ



L. A. TEJADA M.



L. Zevallós Q.



C. VIRÚ



D. MALDONADO



A. ESCOBAR



H. REBAZA I.



O. Cáceres Z.



C. VÁSQUEZ G.

cumplimiento de logros esperados para las DIRESAS y Redes de Salud; Hospitales de II y III nivel no especializados; hospitales e institutos especializados de III nivel; y hospitales de emergencias;

Que, asimismo, el artículo 7 del referido Decreto Supremo señala que para la Asignación económica anual por cumplimiento de metas correspondiente al año 2017, se requiere la suscripción de convenios de gestión, cuyos aspectos técnicos relacionados a su formulación, negociación, suscripción, implementación y evaluación formarán parte del documento normativo a que se refiere el considerando precedente;

Que, mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado con el Decreto Supremo N° 011-2017-SA, estableciéndose la nueva estructura orgánica de la entidad y las funciones de los órganos y unidades orgánicas que lo conforman;

Que, el literal e) del artículo 110 del citado Reglamento de Organización y Funciones, establece que la Dirección General de Operaciones en Salud tiene por función proponer indicadores de desempeño, metas institucionales y compromisos de mejora; así como gestionar su implementación en el marco del Decreto Legislativo N° 1153, en coordinación con los órganos competentes del Ministerio de Salud;

Que, mediante el documento del Visto, la Dirección General de Operaciones en Salud, propone la "Directiva Administrativa que regula los Aspectos Metodológicos para la Evaluación del Cumplimiento de las Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios para la Entrega Económica, establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153";

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

Con el visado del Director General de la Dirección General de Operaciones en Salud; de la Directora General de la Dirección General de Personal de Salud; de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; del Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional; del Director General de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas; del Director General del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; del Director General del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud; del Director General de la Oficina General de Gestión Descentralizada; del Director General de la Oficina General de Tecnologías de la Información; del Director General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; del Secretario General; del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

De conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado, el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba su Reglamento de Organización y Funciones y su modificatoria, aprobada por Decreto Supremo N° 011-2017-SA; y el Decreto Supremo N° 001-2017-SA, que establece los criterios para las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2017, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153;





Resolución Ministerial

Lima, 07 de DICIEMBRE del 2017

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Administrativa N°243-MINSA/2017/DGOS, "Directiva Administrativa que regula los Aspectos Metodológicos para la Evaluación del cumplimiento de las Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios, para la Entrega Económica, establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153", que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

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

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General, la publicación de la presente Resolución Ministerial y su anexo en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



Fernando A. D'Alessio Pinza
FERNANDO A. D'ALESSIO PINZA
Ministro de Salud



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS
METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS
METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y
COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS, PARA LA ENTREGA
ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO
LEGISLATIVO N° 1153.

1. FINALIDAD

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

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la metodología para la medición de las metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) de los servicios para la entrega económica al personal de la Salud al Servicio del Estado, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios; los valores umbral, logros esperados y pesos ponderados, y los aspectos metodológicos para la evaluación de su cumplimiento.
- Establecer pautas para la negociación, suscripción y evaluación de los convenios de gestión.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Administrativa es de cumplimiento obligatorio por el Ministerio de Salud, las Direcciones de Redes Integradas en Salud, así como por los órganos dependientes de las mismas, los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, y los Gobiernos Regionales, así como sus Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud.

4. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 28748, Ley que crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN.
- 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, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio 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, que aprueba los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modificatoria.
- Decreto Supremo N° 001-2017-SA, Decreto Supremo que establece los criterios para las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2017, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

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

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

- **Área responsable de información**

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

- **Área responsable técnica**

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

- **Compromiso de mejora (CM)**

Conjunto de acciones cuyo cumplimiento facilita la prestación de servicios de salud de calidad por parte del personal de salud y/o la gestión de la institución. Se espera que estos compromisos provengan de la identificación de dificultades en el cumplimiento de la meta institucional y/o indicadores de desempeño durante el ejercicio previo, a propuesta de las instituciones firmantes de los convenios.

- **Convenio de gestión**

Herramienta de gestión que define los logros esperados de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios por parte de las instituciones, y las obligaciones que asumen las partes para su cumplimiento. Se materializa en convenios bipartitos celebrados entre el Titular del Ministerio de Salud con el Gobernador Regional, y con el Jefe Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, o con el Director General de los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, o con el Director General de las Direcciones de Redes Integradas de Salud, según corresponda.

- **Institución firmante**

Es la Institución que suscribe el Convenio de Gestión, como contraparte del Ministerio de Salud, y es potencial beneficiaria de la asignación económica por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios de salud, en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153. Las instituciones firmantes son los Gobiernos Regionales, el Instituto Nacional de



L.A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

Enfermedades Neoplásicas, las Direcciones de Redes Integradas en Salud y los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana.

▪ **Ficha Técnica del Indicador**

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

▪ **Hospital**

Establecimiento de salud del segundo o tercer nivel del sistema de salud, que brinda atención general de salud en diversas especialidades.

▪ **Hospital de Emergencias**

Establecimiento de salud del segundo nivel del sistema de salud, que brinda atención de salud predominantemente en emergencias.

▪ **Hospital Especializado**

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

▪ **Indicador de desempeño (ID)**

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

▪ **Institución**

En la presente Directiva Administrativa se refiere a la Red, hospital e instituto especializado de una Dirección Regional de Salud / Gerencia Regional de Salud / Dirección de Redes Integradas en Salud, así como los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; a la cual está asignado el personal de salud para la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

▪ **Instituto Especializado**

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

▪ **Logro esperado**

Situación que se espera alcanzar en las metas institucionales, indicadores de desempeño y/o compromisos de mejora de los servicios, al término del periodo de vigencia del convenio de gestión; los logros esperados serán consensuados con las instituciones firmantes.

▪ **Logro alcanzado**

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

▪ **Meta Institucional (MI)**

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

▪ **Negociación de los convenios de gestión**

La negociación del Convenio de Gestión es un proceso de interacción entre los equipos técnicos del MINSA y las DIRESA / GERESA / DIRIS, los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana y el INEN, orientado a la definición de los logros



esperados y pesos ponderados de las Metas Institucionales (MI), Indicadores de Desempeño (ID) y Compromisos de Mejora (CM) seleccionados, para su cumplimiento por el personal de salud de las instituciones. El proceso se desarrolla según lo establecido en los sub-numerales 5.2.3.6 al 5.2.3.10.

▪ **Peso ponderado**

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

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

Para cada meta e indicador, es el resultado de la división de la diferencia entre el logro alcanzado y el valor umbral, y la diferencia entre el logro esperado y el valor umbral, expresado como porcentaje. Si el logro alcanzado es mayor que el logro esperado, el valor es cien por ciento (100%). Si el logro alcanzado es inferior al valor umbral, el valor es cero por ciento (0%). Para algunos indicadores hospitalarios se realiza cálculos específicos que se describe en la ficha técnica de cada indicador.

▪ **Puntos logrados por meta institucional, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios**

Son los puntos que se calculan multiplicando el porcentaje de cumplimiento de la meta institucional, de cada indicador de desempeño y compromiso de mejora de servicios por su peso ponderado.

▪ **Porcentaje Global de Cumplimiento**

Es el porcentaje que se obtiene al dividir la sumatoria de los puntos logrados por meta institucional, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios, dividido entre cien (100). Se calcula a nivel de cada una de las instituciones.

▪ **Valor Umbral**

Es el valor a partir del cual se evalúa positivamente una meta institucional o indicador de desempeño.



5.2 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LAS MI, ID Y CM

El procedimiento para la aplicación de los Convenios de Gestión, consta de las fases de Definición y Socialización de las MI, ID y CM; Formulación, negociación y suscripción de los Convenios de Gestión; Evaluación de las MI, ID y CM; y Entrega económica por cumplimiento de las MI, ID y CM. El Flujograma del Procedimiento se adjunta en el Anexo N° 07.



5.2.1 GRUPO DE TRABAJO PARA LA CONDUCCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

5.2.1.1 Se conforma un Grupo de Trabajo, el mismo que estará liderado por la Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en Salud (DIMON) de la Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS), y que tiene a su cargo la conducción del proceso de evaluación de las MI, ID y CM.

5.2.1.2 El Grupo de Trabajo está conformado por:

- Un representante de la Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en Salud (DIMON) de la Dirección General de Operaciones en Salud, quien lo presidirá.
- Un representante de la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI).
- Un representante de la Dirección General de Personal de Salud (DIGEP).

- Un representante de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM).
- Un representante de la Oficina General de Gestión Descentralización (OGDESC).

Los representantes del Grupo de Trabajo deberán ser designados mediante documento formal.

Las siguientes áreas colaborarán con el Grupo de Trabajo en el proceso de evaluación de los convenios de gestión:

- Un representante del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES)
- Un representante de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)
- Un representante de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN)
- Un representante de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID)
- Un representante del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)

5.2.1.3 El Grupo de Trabajo establece un Cronograma de Actividades, estableciendo fechas máximas de carácter no negociable, que se socializa con las Instituciones evaluadas, a fin de garantizar el cumplimiento de los plazos óptimos para las distintas fases del Proceso.

5.2.2 DEFINICIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LAS MI, ID Y CM

Definición de MI, ID y CM

5.2.2.1 El Grupo de Trabajo convoca a las áreas evaluadoras para la definición de las Fichas Técnicas que establecen las MI, ID y CM, los mismos que son publicados en el Anexo N° 03. Las disposiciones específicas relacionadas a las Fichas técnicas se detallan en el numeral 6.1.

Socialización de MI, ID y CM

5.2.2.2 Previo al inicio de negociaciones, la DIMON convoca a las reuniones de socialización de los indicadores a evaluar en los Convenios de Gestión a fin de que estos sean de conocimiento de todo el público interesado, en particular, las instituciones firmantes y su personal de Salud.

5.2.2.3 De igual forma, el MINSA exhorta a los titulares de las Instituciones a realizar reuniones intrainstitucionales de socialización de la presente Directiva Administrativa, con la finalidad de que sea de conocimiento de su personal de salud.

5.2.3 FORMULACIÓN, NEGOCIACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN

5.2.3.1 En cumplimiento del artículo 3 del Decreto Supremo N° 116-2014-EF, y en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153; como condición para el otorgamiento de la entrega económica, se requiere la suscripción de Convenios de Gestión entre el Titular del Ministerio de Salud con los Gobernadores Regionales, con los Directores Generales de las Direcciones de Redes Integradas de Salud, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana y con el Jefe Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, según corresponda.



Formulación de los Convenios de Gestión

5.2.3.2 El Grupo de Trabajo formula el proyecto de Convenio de Gestión; las MI, ID y CM se incorporan en el proyecto de Convenio de Gestión por cada Institución, según lo establecido en la presente Directiva Administrativa.

Acciones previas a la negociación

5.2.3.3. Previo al desarrollo de las reuniones de negociación, la DIMON y OGDESC, según corresponda, remiten a la DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana los formatos con los datos de los valores umbrales y de logro esperado para cada MI, ID y CM, y los formatos para el llenado de la distribución de los pesos ponderados según cada Institución; de acuerdo a las reglas que se establece en el numeral 6.3 de la presente Directiva Administrativa.

5.2.3.4 Para una adecuada distribución de la puntuación de los pesos ponderados entre las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora, el equipo de gestión de cada institución realiza el análisis de los valores logrados de los indicadores de desempeño del año anterior e identifica el número de población que debe atender en el año del convenio de gestión vigente, para el cumplimiento del logro esperado, según las disposiciones establecidas en las Fichas Técnicas.

Negociación de los Convenios de Gestión

5.2.3.5 El proceso de negociación inicia con las acciones descritas en el numeral cuando la DIMON y OGDESC hacen llegar una propuesta de logros esperados de las MI, ID y CM a cada institución firmante.

5.2.3.6 La negociación es de acuerdo a los criterios establecidos en las fichas técnicas de las MI, ID y CM (Anexo N° 03) y de los rangos de los pesos ponderados señalados en el Anexo N° 02.

5.2.3.7 En caso que antes de la suscripción del Convenio de Gestión se evidencie la imposibilidad de evaluar una meta institucional, indicador de desempeño o un compromiso de mejora de los servicios, por razones debidamente sustentadas por las instituciones a ser evaluadas, y con la opinión técnica favorable del área responsable técnica del Ministerio de Salud, se procede a su retiro y al prorrateo de su peso ponderado entre el resto de indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, que correspondan a la institución.

5.2.3.8 El MINSA está representado por el Grupo de Trabajo, coordinado por la Dirección General de Operaciones en Salud e integrada por representantes de las direcciones y/u oficinas generales del MINSA que son los responsables técnicos de las MI, ID y CM aprobados.

El Grupo de Negociación está integrada por:

- Un representante de la DIMON / DGOS, quien la preside
- Un representante de OGTI
- Un representante de DIGEP
- Un representante de OGPPM
- Un representante de OGDESC
- Un representante de CDC
- Un representante de DGIESP
- Un representante de DGAIN
- Un representante de DIGEMID
- Un representante de CENARES



L. A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

5.2.3.9 Los Directores y Gerentes de las DIRESA/GERESA, los Directores Generales de las DIRIS, el Jefe Institucional del INEN, los Directores de los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana participan en las reuniones de negociación con sus funcionarios responsables de las áreas técnicas responsables de las MI, ID y CM y responsables de la información. En el caso de las DIRESA/GERESA, se deben contar con la participación de un representante de cada una de las redes de salud y de los hospitales de la Región, o acreditar que previo a la reunión de negociación, la DIRESA/GERESA realizó reuniones de coordinación con sus Instituciones.

5.2.3.10 Al término del periodo de negociación, el MINSAL y la DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana aprueban mediante un Acta de Acuerdo los logros esperados y pesos ponderados para las MI, ID y CM, según cada institución. Posteriormente, la DIMON en coordinación con los responsables técnicos ratifican los acuerdos.

Suscripción de los Convenios de Gestión

5.2.3.11 La Oficina General de Gestión Descentralizada (OGDESC) remite a los Gobiernos Regionales dos ejemplares del Convenio de Gestión firmado por el Titular del MINSAL.

5.2.3.12 La DGOS remite a los Directores Generales de las DIRIS, al Jefe Institucional del INEN, a los Directores de los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana dos ejemplares del Convenio de Gestión firmado por el Titular del MINSAL.

5.2.3.13 Cada Gobierno Regional, las DIRIS, el INEN, los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, remiten al MINSAL uno de los ejemplares del Convenio de Gestión firmado por el Gobernador Regional, Director General de la DIRIS y Jefe Institucional del INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana según corresponda, en un plazo no mayor a quince (15) días de la recepción del documento.

5.2.3.14 A nivel del MINSAL, la responsabilidad del seguimiento del trámite de suscripción de los convenios de gestión intergubernamentales es de la OGDESC, y de la DGOS para los convenios con las DIRIS, INEN, hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana.

5.2.3.15 A nivel de los Gobiernos Regionales, la responsabilidad del trámite de la suscripción es del Director o Gerente de la DIRESA/GERESA, los Directores Generales en el caso de las DIRIS, del Jefe Institucional del INEN y de los Directores de los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana.



5.2.4 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM

Cronograma de Evaluación

5.2.4.1 El cronograma de evaluación de los Convenios de Gestión, adjunto en el Anexo N° 05, se publica en el portal web institucional del MINSAL (www.minsa.gob.pe) hasta el 31 de enero de 2018.

Información de Resultados alcanzados

5.2.4.2 El procesamiento de datos para la evaluación se realiza de manera automatizada. Las Instituciones firmantes realizan el registro de la información sobre los resultados alcanzados y adjuntan la documentación sustentatoria fedateada, foleada y escaneada, en los casos que corresponda en el aplicativo informático, que administra la OGTI. Asimismo, comunican a la OGPPM mediante documento formal, que han realizado el registro de la información, conforme señala el Flujograma de Procedimiento, contenido en el Anexo N° 7.

5.2.4.3 La OGTI pone a disponibilidad de las áreas técnicas y responsables de información, el acceso al aplicativo informático que se utiliza para registrar, procesar y emitir los correspondientes reportes del Porcentaje Global de Cumplimiento de las MI, ID y CM, de todas y cada una de las instituciones consideradas en los Convenios de Gestión suscritos.

Las DIRESA/GERESAS, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, enviarán a OGTI el nombre y datos de contacto de la persona responsable del registrar la información; a la cual se le otorgará una clave de usuario y contraseña para el registro de la misma, en caso de producirse cambios esta debe ser oficializada a la OGTI. Una vez registrada la información en el aplicativo esta no podrá ser modificada por las instituciones antes señaladas.

Medición del Porcentaje de cumplimiento de las MI e ID

5.2.4.4 La OGTI, el Seguro Integral de Salud (SIS) y el CDC realizan el cálculo del "Porcentaje de cumplimiento anual del logro esperado de las metas institucionales e indicadores de desempeño", según corresponda, a partir de bases de datos oficiales, aplicando los criterios establecidos en las fichas técnicas respectivas. Los pasos y procedimientos para los cálculos se describen con ejemplos en el Anexo N° 04.

La DIGEMID realiza el cálculo del indicador "Disponibilidad de medicamentos esenciales en establecimientos de salud". Para este fin, utiliza la información que periódicamente recoge el SISMED.

El responsable de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente de la DIRESA/GERESA/DIRIS/INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, realiza de manera periódica la recolección, procesamiento, validación, almacenamiento de datos y envío de datos de los establecimientos de salud a su cargo; siguiendo las disposiciones que establece la OGTI y el SIS.

El responsable de estadística o su equivalente del establecimiento de salud de primer nivel, realiza la revisión y validación de los datos recolectados con los equipos técnicos responsables de los indicadores de desempeño, antes de su envío a la DIRESA/GERESA/DIRIS.

El responsable de la Oficina de Epidemiología o su equivalente de la DIRESA/GERESA/DIRIS/INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, realiza de manera periódica la recolección, procesamiento y validación de datos de los establecimientos de salud a su cargo; en el aplicativo web de la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), administrado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC).

Medición del Porcentaje de cumplimiento de los CM

5.2.4.5 La Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN) y la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) realizan la evaluación y el cálculo del "Porcentaje de cumplimiento anual de logro esperado de los compromisos de mejora", según corresponda, a partir de la revisión y validación de la información remitida por las DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados DE Lima Metropolitana (previamente registrado en aplicando informático) aplicando los criterios establecidos en las fichas técnicas. Los pasos y procedimientos para los cálculos se describen con ejemplos en el Anexo N° 4.

La DIRESA/GERESA/DIRIS/INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, a través de sus áreas técnicas, elabora y remite a la DGAIN o DGIESP, según corresponda el Informe de "Evaluación de cumplimiento del compromiso de mejora" con base a un esquema estándar que será proporcionado por el MINSAJ, esta documentación debe ser colocado en el aplicativo informático foliado y fechateado.



L. A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

El CENARES realiza el cálculo del porcentaje de cumplimiento anual del compromiso de mejora "establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados" a partir de la información proporcionada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Información de Evaluación Anual de Cumplimiento

5.2.4.6 Con base en los resultados obtenidos en los cálculos de porcentaje de cumplimiento anual, la OGTI, DGAIN, DIGIESP, DGOS, SIS, CENARES y CDC realizan el registro de la información sobre la Evaluación Anual de Cumplimiento, por cada indicador, especificando el resultado de cada Institución evaluada, en el aplicativo informático, que administra la OGTI. Asimismo, comunican a la OGTI mediante documento formal, que han realizado el registro de la información, conforme señala el Flujograma de Procedimiento, contenido en el Anexo N° 7.

Informe Preliminar de Evaluación de Cumplimiento Global de las MI, ID y CM

5.2.4.7 Con los reportes automatizados del Porcentaje Global de Cumplimiento según Institución, la OGTI elabora el "Informe Preliminar de Evaluación de Cumplimiento de las MI, ID y CM" y lo remite a la Alta Dirección del MINSAL, con copia a las áreas responsables técnicas, DIGEP y DGOS.

Publicación de resultados preliminares

5.2.4.8 La OGTI gestiona la publicación en el portal institucional del MINSAL (www.minsal.gob.pe) de los resultados preliminares, el ranking de hospitales e institutos especializados, Redes de Salud, DIRIS y DIRESA/GERESA, según porcentaje global de cumplimiento de metas.

Solicitud de reconsideración por las instituciones

5.2.4.9 A partir de la fecha de publicación de los resultados preliminares de evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM; las instituciones firmantes tienen hasta treinta (30) días hábiles para hacer llegar sus observaciones y pedidos de reconsideración a las respectivas áreas responsables técnicas, a través de la DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana.

Los representantes de las Instituciones firmantes pueden reunirse con los representantes de las áreas técnicas y responsables de información del MINSAL para el análisis de los pedidos.

En un plazo no mayor a treinta (30) días hábiles, contados a partir de la presentación de la información adicional por los interesados al MINSAL, el área responsable técnica de la MI, ID o CM en coordinación con el área responsable de información, emite un Informe Correctivo a la OGTI para que esta última corrija las puntuaciones en el aplicativo informático. En el caso que la información adicional no sea adecuada, el área técnica responsable comunica a la institución firmante, vía correo electrónico, sobre la decisión de no realizar corrección de la puntuación, y si el plazo aún no ha vencido recibe de la institución firmante otra información adicional, repitiendo el mismo procedimiento, por última vez.

Durante el levantamiento de observaciones y pedidos de reconsideración, las áreas responsables técnicas pueden consultar con el Grupo de Trabajo, por las siguientes causales específicas:

- i. Observaciones que conciernen a más de un área técnica de evaluación y no se pudo lograr acuerdos.
- ii. El área técnica no tienen competencia en la materia.
- iii. Observaciones que conciernen a decisiones que deben ser tomadas por la Alta Dirección.



Informe Final de Evaluación del Cumplimiento Global de las MI, ID y CM

5.2.4.10 En base al informe correctivo antes mencionado, la OGTI realiza los ajustes que correspondan en el aplicativo informático, y con base a los reportes automatizados del Porcentaje Global elabora el "Informe Final de Evaluación del Cumplimiento Global de las MI, ID y CM" según Institución; tramita el visado del documento en físico por las áreas responsables técnicas y de información; y lo remite a la Dirección General de Personal de Salud (DIGEP) del MINSAL, con copia a los responsables técnicos, responsables de información, DGOS y OGPPM. Al mismo tiempo, gestiona la publicación de los resultados finales en el portal institucional del MINSAL.

5.2.4.11 Los Informes de Evaluación del Cumplimiento Global de las MI, ID y CM (Preliminar y Final) contienen tablas de datos con los porcentajes de cumplimiento de logro esperado por cada MI, ID y CM según Institución, una tabla de datos resumen del ranking nacional del Porcentaje Global (PG) de logro de las MI, ID, CM que alcanzaron las instituciones firmantes, y una tabla con el listado de instituciones que registraron un porcentaje global de cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios (PG) de logro de MI, ID y CM mayor o igual a sesenta por ciento (60%).

Publicación y difusión de resultados finales

5.2.4.12 Posterior a la publicación del Informe Final de Evaluación del Cumplimiento Global de la MI, ID y CM, la OGTI remite a la Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS), una copia de la base de datos de la evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM.

5.2.4.13 La DGOS realiza el análisis, elabora y remite a las instituciones firmantes un reporte con los resultados de evaluación y las recomendaciones de mejora.

5.2.4.14 El titular de la DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN y de los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana realiza la difusión de los reportes de evaluación a nivel de sus instituciones, a través de los diversos medios disponibles.

5.2.5 ENTREGA ECONÓMICA POR CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM

Condiciones para la entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM

5.2.5.1 Las Instituciones deben cumplir con las siguientes condiciones para el otorgamiento de la entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM:

- Cumplir con las obligaciones asumidas por las instituciones firmantes en los convenios de gestión.
- Obtener un porcentaje global de cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios (PG), mayor o igual a sesenta por ciento (60%).
- Enviar al cierre del periodo de evaluación a la DIGEP del Ministerio de Salud la Resolución Directoral, Gerencial o Jefatural que aprueba la nómina de personal de salud beneficiario de la entrega económica anual por cumplimiento de MI, ID y CM, de acuerdo a los criterios técnicos que a continuación se señala.

5.2.5.2 El personal de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Haber trabajado de manera efectiva en la institución evaluada por un periodo mayor de 6 meses efectivos, el cual incluye el periodo de descanso vacacional.
- No encontrarse en condición de sancionado con suspensión efectiva durante el periodo de evaluación.



L.A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - Minsa/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

- Para el personal que haya laborado más de seis meses, pero menos de doce (12) meses, el valor de la entrega económica anual será igual a tantas doceavas partes del mismo como meses haya trabajado.
- El personal de salud debe encontrarse registrado en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público, durante el periodo de evaluación.

Nómina del Personal

5.2.5.3 La DIGEP recibe de todas las instituciones firmantes evaluadas, las resoluciones que aprueban la nómina del personal de la salud que se vería beneficiado en caso resultasen ganadores, el cual debe encontrarse registrado en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público, durante el periodo de evaluación, así como en el Registro Nacional de Personal de la Salud. Esta documentación debe ser enviada como máximo hasta el último día permitido para el envío de la información de evaluación de los MI, ID, y CM.

5.2.5.4 La DIGEP remite a las instituciones firmantes de los Convenios de Gestión la lista de personal de la salud observado, a fin de que en un plazo máximo de siete (7) días hábiles puedan subsanar su información. Posterior, a este plazo no se modifica la nómina del personal de la salud beneficiario.

5.2.5.5 La DIGEP brinda soporte técnico a las DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana para la aplicación de las disposiciones señaladas en los numerales precedentes.

Determinación del monto de la entrega económica

5.2.5.6 La DIGEP determina el monto de la asignación económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM para cada una de las instituciones que han registrado un porcentaje global de cumplimiento de metas mayor o igual a sesenta por ciento (60%), según el Informe Final de Evaluación de Cumplimiento Global de las MI, ID y CM emitido por la OGTI; y a la escala referencial señalada en el Anexo N° 06.

5.2.5.7 La DIGEP comunica a la Alta Dirección del Ministerio de Salud y las instituciones firmantes, los resultados finales de la validación de la nómina del personal de la salud beneficiario y el monto de la asignación económica que ha sido determinada para cada entidad.

5.2.5.8 La DIGEP remite a la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización los resultados detallados de la asignación económica anual por cumplimiento de metas por entidad, para los trámites presupuestales correspondientes.

Transferencia de recursos y pago de la entrega económica

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

- El Ministerio de Salud efectúa la transferencia de recursos que corresponda para el pago de la entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM, a los Pliegos de los Gobiernos Regionales, Direcciones de Redes Integradas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana. De ser necesario, el Ministerio de Salud transfiere a las Instituciones que hayan alcanzado un porcentaje global de logro mayor o igual a noventa por ciento (90%) el monto correspondiente a la escala de referencia definida en el Anexo N° 06; mientras que en el caso de las Instituciones que hayan alcanzado un porcentaje global de logro mayor o igual a sesenta por ciento (60%) y menor que noventa por ciento (90%), utiliza un factor de ajuste, con el fin de adecuarse al presupuesto asignado en las respectivas Leyes Anuales del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal correspondiente.



- Efectuada la transferencia, los Pliegos incorporan el presupuesto transferido y lo distribuye a las Instituciones a su cargo, para que estas efectúen el pago de la entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM al personal de la salud.

5.3 OTRAS CONSIDERACIONES

5.3.1 El personal de la salud que puede ser beneficiario de la asignación económica anual por cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, se encuentra definido en el Decreto Supremo N° 116-2014-EF.

5.3.2 ALTERACIÓN DE DATOS PARA ALTAS Y BAJAS EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM

5.3.2.1. En cumplimiento a la Única Disposición Complementaria Final del Decreto Supremo N° 116-2014-EF, en el supuesto que, luego de una evaluación del Ministerio de Salud, se demuestre que el personal de una Institución alteró los resultados de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios con el fin de beneficiarse de la entrega económica anual, se procederá al deslinde de responsabilidades e imposición de sanciones, de corresponder, de acuerdo al régimen laboral del personal individualizado como responsable de dichas acciones.

5.3.2.2. Las entidades se encuentran facultadas para la suscripción de acuerdos con el personal de la salud a efectos de la devolución del monto de la entrega económica anual indebidamente percibida.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. Distribución de MI, ID y CM, por Institución

6.1.1 En las Tablas de Indicadores del Anexo N° 01 se presenta las MI, ID y CM y las fuentes de datos para su evaluación, distribuidas por cada Institución:

- Tabla N° 1 para las DIRESA/GERESA
- Tabla N° 2 para las DIRIS
- Tabla N° 3 para las Redes de Salud y Hospitales de II nivel con igual o menos de 50 camas
- Tabla N° 4 para los Hospitales de II nivel con más de 50 camas, Hospitales de nivel III e Institutos Especializados

6.1.2 Los Hospitales con menos de 50 camas se evalúan como parte de las redes de salud de su ámbito. Para lo cual, la DIRESA/GERESA remitirá al Ministerio de Salud el listado de los hospitales que cumplen con esta condición y el nombre de la red de salud a la que pertenecen, para su registro en el documento de Convenio de Gestión.

6.1.3 La distribución de las MI, ID y CM según institución, se dispondrá conforme al siguiente detalle:

- Las DIRESAs / GERESAs serán evaluadas con una (01) meta institucional, tres (03) indicadores de desempeño, y cinco (05) compromisos de mejora.
- Las DIRIS serán evaluadas con ocho (08) indicadores de desempeño y cuatro (04) compromisos de mejora.
- Las Redes de Salud y los Hospitales de nivel II que cuenten con menos de 50 camas serán evaluados con ocho (08) indicadores de desempeño y tres (03) compromisos de mejora.



- Los Hospitales de nivel II de más de 50 camas, los Hospitales de nivel III, los Hospitales especializados y los Institutos especializados serán evaluados con ocho (08) indicadores de desempeño y tres (03) compromiso de mejora para todas las instituciones señaladas. Adicionalmente contarán con un (01) compromiso de mejora diferenciado, seleccionado por daño de prioridad institucional.

6.2 FICHAS TÉCNICAS de MI, ID y CM

6.2.1 Las Fichas Técnicas de las MI, adjuntas en el Anexo N° 03, contienen los siguientes datos:

- **Nombre:** Nombre de la meta, indicador o compromiso.
- **Tipo:** Tipo de valor según clasificación del artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153.
- **Institución:** Unidad Ejecutora que reporta el indicador.
- **Definición:** Descripción de cómo se genera el resultado de la meta o indicador. No debe confundirse con el cálculo del logro.
- **Justificación:** Descripción de la base racional de incluir la meta, indicador o compromiso en el convenio de gestión.
- **Fórmula del indicador:** Para metas e indicadores, fórmula que determina cómo se construye el indicador.
- **Logro esperado:** Se indica que estarán sujetos a la negociación entre las instituciones firmantes de los Convenios de Gestión. No aplica a compromisos de mejora.
- **Valor Umbral:** 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. En todos los indicadores de desempeño, es un valor no menor al obtenido en el año previo por la entidad firmante, el cual se toma como valor basal. Esto sin perjuicio de que se pueda ajustar por otras variables. No aplica para compromisos de mejora de los servicios.
- **Cálculo de porcentaje de cumplimiento:** Fórmula o criterios que se aplican para la determinación del porcentaje de logro alcanzado al término del periodo de vigencia del Convenio.
- **Frecuencia de medición:** Frecuencia mínima con la que debe reportar los datos.
- **Fuente de datos:** Fuente primaria de información.
- **Área responsable técnica:** Instancia que define valores umbral y de logro esperado y proporciona asistencia técnica para su cumplimiento.
- **Área responsable de información:** Instancia que procesa, produce y reporta el dato.
- **Notas:** Información adicional no clasificada en los rubros anteriores.

6.2.3 Las Fichas Técnicas de ID, adjuntas en el Anexo N° 03, contienen los siguientes datos:

- **Nombre:** Nombre de la meta, indicador o compromiso.
- **Tipo:** Tipo de valor según clasificación del artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

- **Institución:**
- **Definición:** Descripción de cómo se genera el resultado de la meta o indicador. No debe confundirse con el cálculo del logro.
- **Justificación:** Descripción de la base racional de incluir la meta, indicador o compromiso en el convenio de gestión.
- **Fórmula del indicador:** Para metas e indicadores, fórmula que determina cómo se construye el indicador.
- **Construcción del Indicador:**
- **Logro esperado:** Se indica que estarán sujetos a la negociación entre las instituciones firmantes de los Convenios de Gestión. No aplica a compromisos de mejora.
- **Valor Umbral:** 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. En todos los indicadores de desempeño, es un valor no menor al obtenido en el año previo por la entidad firmante, el cual se toma como valor basal. Esto sin perjuicio de que se pueda ajustar por otras variables. No aplica para compromisos de mejora.
- **Cálculo de porcentaje de cumplimiento:** Fórmula o criterios que se aplican para la determinación del porcentaje de logro alcanzado al término del periodo de vigencia del Convenio.
- **Frecuencia de medición:** Frecuencia mínima con la que debe reportar los datos.
- **Fuente de datos:** Fuente primaria de información.
- **Área responsable técnica:** Instancia que define valores umbral y de logro esperado y proporciona asistencia técnica para su cumplimiento.
- **Área responsable de información:** Instancia que procesa, produce y reporta el dato.
- **Notas:** Información adicional no clasificada en los rubros anteriores.

6.2.3 Las Fichas Técnicas de las CM, adjuntas en el Anexo N° 03, contienen los siguientes datos:

- **Nombre:** Nombre de la meta, indicador o compromiso.
- **Tipo:** Tipo de valor según clasificación del artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153.
- **Institución:**
- **Definición:** Descripción de cómo se genera el resultado de la meta o indicador. No debe confundirse con el cálculo del logro.
- **Justificación:** Descripción de la base racional de incluir la meta, indicador o compromiso en el convenio de gestión.
- **Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de compromiso:** Listado de las acciones que se espera obtener con sus fuentes auditables, y distribución del peso ponderado de puntuación entre el primer y segundo semestre por cumplimiento de las acciones.
- **Área responsable técnica:** Instancia que define valores umbral y de logro esperado y proporciona asistencia técnica para su cumplimiento.



- **Área responsable de información:** Instancia que procesa, produce y reporta el dato.
- **Frecuencia de medición:** Frecuencia mínima con la que debe reportar los datos.
- **Fuente de datos:** Fuente primaria de información.
- **Notas:** Información adicional no clasificada en los rubros anteriores

6.3 PESOS PONDERADOS

En las tablas contenidas en el Anexo N° 02, se establecen los **Rangos de pesos ponderados** por meta institucional, indicador de desempeño y compromiso de mejora, según institución.

Los **pesos ponderados** se acuerdan entre las partes del Convenio de Gestión, dentro de los rangos establecidos. La suma total de los pesos ponderados debe ser de cien (100) puntos para cada institución.

Para el caso de los Institutos Nacionales Especializados y los Hospitales de Emergencia los pesos ponderados se ajustarán de acuerdo al número de indicadores de desempeño y compromisos de mejora.

6.4 VALOR UMBRAL Y VALOR DE LOGRO ESPERADO

Los valores umbral y del logro esperado o los criterios para su determinación se establecen en las fichas técnicas de cada MI e ID. Los logros esperados significan una exigencia adicional al desempeño alcanzado por la institución en el año previo o el año establecido como referencia.

Los compromisos de mejora de los servicios no tienen valor umbral, y los cálculos del porcentaje de cumplimiento de los logros esperados se realizan en base a las reglas establecidas en cada ficha técnica.

6.5 DE LA INFORMACIÓN DE CUMPLIMIENTO de las MI, ID y CM

La OGTI garantiza la seguridad informática del aplicativo mencionado, respecto de: (i) la fidelidad e integridad de los datos registrados por las áreas responsables de información; (ii) su almacenamiento; (iii) la precisión del procesamiento conforme a los parámetros y cálculos que se establecen en la presente Directiva Administrativa; y (iv) la validación de los reportes de resultados.

La operación, mantenimiento o implementación de los sistemas de información, verificación y aseguramiento de la calidad de la información de las MI, ID y CM, es responsabilidad de los directores y/o jefes de las instituciones firmantes.

6.6 POSIBILIDADES DE RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN de MI, ID y CM

6.6.1 Posibilidades de resultados para MI e ID que se miden en términos de porcentajes y coberturas

- Se podrá obtener un porcentaje de cumplimiento anual del indicador entre cero (0%) y cien (100%), que estará en función de la magnitud de logro alcanzado respecto del logro esperado, este último definido en el Convenio de Gestión.
- En caso de que el valor de logro alcanzado sea mejor que el logro esperado (mayor o menor dependiendo del indicador) el porcentaje de cumplimiento del indicador es 100%.



- En caso de que el valor de logro alcanzado sea peor o igual que el valor umbral (mayor o menor dependiendo del indicador), el porcentaje de cumplimiento del indicador es 0%.
- Cuando se obtiene un resultado negativo de porcentaje de cumplimiento, se califica como 0% de cumplimiento.
- En caso de que el valor de logro alcanzado se encuentre entre los valores del umbral y de logro esperado, el porcentaje de cumplimiento fluctúa entre 0.1% y 100% de cumplimiento.
- Estas reglas aplican también al ID "Densidad de Incidencia/Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) seleccionadas.

6.6.2 Posibilidades de resultados para ID con valores de logro esperado expresados en un rango de valores promedio

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

6.6.3 Posibilidades de resultados para CM de los servicios

- Si la institución realizó todas las acciones definidas y en las fechas establecidas, el porcentaje de cumplimiento es 100%. De no lograr todas las acciones y/o ejecución fuera de las fechas establecidas, el porcentaje de cumplimiento del compromiso es 0%.
- Si la institución completó las acciones de manera parcial, el porcentaje de cumplimiento corresponde al porcentaje que señala la ficha técnica correspondiente.

6.7 DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO DE las MI, ID y CM (PG)

6.7.1 Es el cumplimiento general de los logros esperados en la mejora de los servicios de salud, se calcula para cada una de las instituciones incorporadas en el Convenio de Gestión.

6.7.2 Se calcula como el promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento anual de cada MI, ID y CM multiplicados por sus respectivos pesos ponderados, de acuerdo a la siguiente fórmula¹:

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

Donde:

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

¹ Decreto Supremo N° 116-2014-EF, Decreto Supremo que aprueba los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo 1153.



Σ : Sumatoria

I_n : Porcentaje de cumplimiento anual de la meta institucional, Indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios n-ésimo.

P_n : Peso ponderado de la Meta Institucional, Indicador de Desempeño o Compromiso de Mejora de los servicios n-ésimo.

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

6.7.4 Una de las condiciones que debe cumplir cada Institución para recibir la entrega económica anual por cumplimiento, es obtener un PG de logro mayor o igual a sesenta por ciento (60%). Ejemplos tipo de cálculos globales se presenta en el Anexo N° 04.

6.8 ENTREGA ECONÓMICA

Conforme al Decreto Supremo N° 116-2014-EF la entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM:

- Debe encontrarse diferenciada en la Planilla Única de Pagos.
- No tiene carácter pensionable, no está sujeta a cargas sociales ni forma parte de la base del cálculo para la determinación de la compensación por tiempo de servicios, y estará afectada al impuesto a la renta.

7. RESPONSABILIDADES

7.1. Nivel Nacional.

El Ministerio de Salud a través de la DGOS se encarga de la difusión de la presente directiva administrativa hasta el nivel regional, así como de brindar la asistencia técnica y realizar la supervisión de su implementación.

7.2. Nivel Regional.

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

7.3. Nivel Local.

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

8. ANEXOS

- Anexo N° 01: Tablas de metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM), según institución.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAJ/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153



- Anexo N° 02: Rangos de pesos ponderados de las MI, ID y CM, según Institución.
- Anexo N° 03: Fichas Técnicas de MI, ID y CM.
- Anexo N° 04: Procedimientos e interpretación de los cálculos de porcentaje de cumplimiento de las MI, ID y CM.
- Anexo N° 05: Cronograma de evaluación de los convenios de gestión 2017.
- Anexo N° 06: Escala referencial de entrega económica anual.
- Anexo N° 07: Flujograma del procedimiento de convenios de gestión.



ANEXO N° 1 - METAS INSTITUCIONALES (MI), INDICADORES DE DESEMPEÑO (ID) Y COMPROMISOS DE MEJORA (CM), SEGÚN INSTITUCIÓN

Tabla 1: MI, ID y CM para evaluación de las DIRESA / GERESA

Tipo	Denominación	Fuente de datos
Meta Institucional (MI)	Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses.	ENDES
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de parto institucional rural.	ENDES
	Disponibilidad de medicamentos esenciales en establecimientos de salud	SISMED
	Porcentaje de ejecución presupuestal de todas las Unidades Ejecutoras	SIAF
Compromiso de Mejora (CM)	Supervisión a los establecimientos de salud.	Informe de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
	Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	SISMED y IDI (CENARES)
	Fortalecimiento de la gestión institucional en relación a los CG: 1. Elaboración del plan y difusión de CG 2. Monitoreo de los Indicadores y Compromisos	Dirección General de operaciones con el apoyo en las áreas que considere competentes
	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	Informe preparado por la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud - DIPOS, en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, DIRIS (que incluye a Hospitales de jurisdicción)
	Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	Informe de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.



Tabla 2: ID y CM para evaluación de las DIRIS

Tipo	Denominación	Fuente de datos
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de niños menores de 2 años con suplementación de hierro y/o MN.	SIASIS
	Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.	HIS
	Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED.	SIASIS
	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo	SIASIS
	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de Cáncer de cuello uterino.	SIASIS
	Productividad hora médico en consulta externa.	HIS y reportes de programación de consulta externa médica.
	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	HIS
	Disponibilidad de medicamentos esenciales en establecimientos de salud	SISMED
Compromiso de Mejora (CM)	Supervisión a los establecimientos de salud.	Informe de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
	Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis.	Informe de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
	Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	SISMED y IDI (CENARES)
	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	Informe preparado por la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud - DIPOS, en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, DIRIS (que incluye a Hospitales de jurisdicción)
	Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	Informe de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.



Tabla 3: ID y CM para evaluación de las redes de salud y Hospitales con menos de 50 camas

Tipo	Denominación	Fuente de datos
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de niños menores de 2 años con suplementación de hierro y/o MN.	SIASIS
	Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.	HIS
	Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED	SIASIS
	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo	SIASIS
	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de Cáncer de cuello uterino.	SIASIS
	Productividad hora médico en consulta externa.	HIS y reportes de programación de consulta externa médica.
	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	HIS
	Disponibilidad de medicamentos esenciales en establecimientos de salud	SISMED
Compromiso de Mejora (CM)	Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis.	Informe de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
	Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	SISMED y IDI (CENARES)
	Supervisión a los establecimientos de salud.	Informe de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
	Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	Informe de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.



Tabla 4: ID y CM para evaluación de los hospitales de nivel II de más de 50 camas, los Hospitales de nivel III, los Hospitales Especializados y los Institutos

Tipo	Denominación	Fuente de datos
Indicador de Desempeño (ID)	Productividad hora médico en consulta externa.	HIS y reportes de programación de consulta externa médica.
	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS.
	Porcentaje de ocupación cama.	Reporte de las DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN Hospitales de Lima Metropolitana e Institutos Especializados a la OGTI
	Promedio de permanencia cama.	
	Rendimiento cama.	
	Razón de emergencia por consulta externa	
	Porcentaje de ejecución presupuestal	SIAF
Disponibilidad de medicamentos esenciales en el establecimiento de salud	SISMED	
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario	Informe preparado por la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud - DIPOS, en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, DIRIS (que incluye a Hospitales de jurisdicción) e Institutos de Lima Metropolitana.
	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	
	Fortalecimiento de competencias del personal de salud según patología priorizada institucional	Informe preparado por la DGIESP o DGAIN (según corresponda), a partir del informe remitido por las DIRIS.
	Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	Informe de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.



ANEXO N° 2 - RANGOS DE PESOS PONDERADOS DE LAS MI, ID Y CM, SEGÚN INSTITUCIÓN

Tabla 5: Rangos de pesos ponderados de las MI, ID y CM para evaluación de las DIRESA/GERESA

Tipo	Denominación	Rango de Peso Ponderado Puntos
Meta Institucional (MI)	Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses.	13 – 17
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de parto institucional rural.	13 – 17
	Disponibilidad de medicamentos esenciales en establecimientos de salud	13 – 17
	Porcentaje de ejecución presupuestal de todas las Unidades Ejecutoras	13 – 17
Compromiso de Mejora (CM)	Supervisión a los establecimientos de salud.	8 - 12
	Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	8 - 12
	Fortalecimiento de la gestión institucional en relación a los CG: 1. Elaboración del plan y difusión de CG 2. Monitoreo de los Indicadores y Compromisos	8 - 12
	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencias en el marco de la continuidad de la atención	8 - 12
	Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	8 - 12



L. A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

Tabla 6: Rangos de pesos ponderados de los ID y CM para evaluación de las DIRIS

Tipo	Denominación	Rango de Peso Ponderado Puntos
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de niños menores de 2 años con suplementación de hierro y/o MN.	10 – 14
	Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.	9 – 13
	Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED.	10 – 14
	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo	9 – 13
	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de Cáncer de cuello uterino.	9 – 13
	Productividad hora médico en consulta externa.	9 – 13
	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	8 – 12
	Disponibilidad de medicamentos esenciales en establecimientos de salud	8 – 12
Compromiso de Mejora (CM)	Supervisión a los establecimientos de salud.	5 - 7
	Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis.	5 – 7
	Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	5 – 7
	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	5 – 7
	Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	5 – 7



L. A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

Tabla 7: Rangos de pesos ponderados de los ID y CM para evaluación de las redes de salud, que incluye hospitales con menos de 50 camas

Tipo	Denominación	Rango de Peso Ponderado Puntos
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de niños menores de 2 años con suplementación de hierro y/o MN.	10 – 14
	Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.	9 – 13
	Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED	10 – 14
	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.	9 – 13
	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de Cáncer de cuello uterino.	9 – 13
	Productividad hora médico en consulta externa.	9 – 13
	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	8 – 12
	Disponibilidad de medicamentos esenciales en establecimientos de salud	8 – 12
Compromiso de Mejora (CM)	Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis.	5 – 7
	Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	5 – 7
	Supervisión a los establecimientos de salud.	5 – 7
	Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	5 – 7



Tabla 8: Rangos de pesos ponderados de los ID y CM para evaluación de los Hospitales de nivel II de más de 50 camas, los Hospitales de nivel III, los Hospitales Especializados y los Institutos

Tipo	Denominación	Rango de Peso Ponderado Puntos
Indicador de Desempeño (ID)	Productividad hora médico en consulta externa.	8 - 12
	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.	8 - 12
	Porcentaje de ocupación cama.	8 - 12
	Promedio de permanencia cama.	8 - 12
	Rendimiento cama.	8 - 12
	Razón de emergencia por consulta externa	8 - 12
	Porcentaje de ejecución presupuestal	8 - 12
	Disponibilidad de medicamentos esenciales en el establecimiento de salud	8 - 12
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario	8 - 12
	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	8 - 12
	Fortalecimiento de competencias del personal de salud según patología priorizada institucional	5 - 9
	Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	5 - 7



ANEXO N° 3 - FICHAS TÉCNICAS DE MI, ID Y CM

METAS INSTITUCIONALES (MI)

Ficha N° 1. 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.
Institución	DIRESA/GERESA
Definición	Proporción de niños y niñas con un valor de hemoglobina por debajo de punto de corte para anemia.
Justificación	En el Perú, la anemia infantil es uno de los principales problemas nutricionales que afecta la capacidad física e intelectual de las niñas y niños menores de 3 años. Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), la anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños de 6 a 35 meses en el Perú presentó una disminución de 19.3 puntos porcentuales entre los años 2000 y 2011, pasando de 60.9% a 41.6%, sin embargo, desde el 2012 y contrario a la tendencia anterior, las cifras se han incrementado paulatinamente hasta llegar a 46.8% en el año 2014.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° de niños y niñas de seis a treinta y cinco meses de edad con anemia} \times 100}{\text{N° de niños y niñas de seis a treinta y cinco meses de edad evaluados}}$
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la prevalencia de anemia del año previo es >50% reducir en 8% del valor del año previo. ▪ Si la prevalencia de anemia del año previo se encuentra entre 40% y 50% reducir en 6% del valor del año previo. ▪ Si la prevalencia de anemia del año previo es <40% reducir en 5% del valor del año previo.
Valor umbral	Valor del año previo.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta Nacional de Salud (ENDES), último reporte anual emitido por el INEI.
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de Información.
Notas	Los resultados de la ENDES se publican generalmente en los primeros meses de cada año y corresponden a los resultados registrados en el año previo.



II. INDICADORES DE DESEMPEÑO (ID)

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

Nombre	Porcentaje de niños menores de 2 años con suplementación de hierro y/o micronutrientes.			
Tipo	Indicador de desempeño.			
Institución	DIRIS y Red de salud.			
Definición	Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años de edad que han recibido suplemento de hierro o micronutrientes por 06 meses o más.			
Justificación	<p>La anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 3 años de edad es un problema de salud pública que afecta negativamente el desarrollo infantil temprano. Una intervención costo-efectiva para mejorar los niveles séricos de hierro y reducir la anemia en niñas y niños de 06 a 24 meses, recomendado por la OMS es la suplementación con hierro o micronutrientes en polvo, compuesto por hierro, ácido fólico, zinc, Vitamina A y vitamina C.</p> <p>La intervención desde los servicios de salud incluye la entrega de suplementos para las niñas y niños menores de 2 años (según esquema vigente), que se acompaña de consejería y sesiones demostrativas a los padres, seguimiento de las niñas y niños mediante visitas domiciliarias y otras acciones educativo-comunicacionales; para promover la adherencia y el consumo adecuado de los suplementos.</p>			
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de niñas y niños que cumplen 01 y 02 años asegurados al SIS con suplemento de hierro o micronutrientes con 2250 mg o más}}{\text{Número de niñas y niños que cumplen 01 y 02 años asegurados al SIS adscritos a la Red.}} \times 100$			
Construcción del indicador	<p>Numerador: Sumatoria de niños asegurados al SIS que cumplen 01 año y 02 años que cuenten con 2250 mg de hierro elemental o más, desde los 29 días hasta cumplido los 12 meses y 24 meses de edad según corresponda. Para la búsqueda de hierro se incluye todas las variedades (Sulfato ferroso en sus diferentes variedades y el micronutriente con los siguientes códigos CPT S0001 ó 20575)</p> <p>Denominador: Sumatoria de niños asegurados al SIS que cumplen 1 año y 2 años. Se excluye todos los servicios recuperativos (050, 051, 052, 054, 055, 906, 056, 057, 058, 059, 061, 062, 063, 064, 065, 066, 067, 068, 069, 070, 027, 053, 074, S01, 026, 901, 200 y 900)</p>			
Logro esperado	Porcentaje de Niños con suplementación de hierro y/o micronutrientes en 2016			
	Logro esperado	Incremento Mayor o igual a 10 puntos porcentuales.*	Incremento Mayor o igual a 7.5 puntos porcentuales.*	Incremento Mayor o igual a 5 puntos porcentuales.*
	<p>*Para las DIRIS – Lima Metropolitana, el logro esperado será: Umbral <= a 40%, incremento >= 5 puntos porcentuales y Umbral >40%, incremento >=2.5 puntos porcentuales.</p>			
Valor umbral	Porcentaje de Niños con suplementación de hierro y/o micronutrientes en 2016			
	Umbral	<= a 40%	> 40% a <= 60%	> 60% a <= 75%
		Valor de 2016	Valor de 2016	Valor de 2016
Cálculo del porcentaje cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$			
Frecuencia de medición	Anual			
Fuente de datos	SIASIS. Se considerará la información registrada hasta el 31 de diciembre del 2017, con cierre del Sistema de información SIS al 28 de febrero del 2018			
Área responsable técnica	ESNANS de la Dirección de Promoción de la Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.			
Área responsable de información	La Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS).			
Notas	No aplica			



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

Nombre	Cobertura de Inmunización contra rotavirus y neumococo.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRIS y Red de salud.
Definición	La cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo en niños menores de 1 año. Mide: a) El porcentaje de niños y niñas menores de 1 año vacunados con 2da dosis de vacuna neumococo, y b) El porcentaje de niños y niñas menores de 1 año protegidos con 2da dosis de vacuna rotavirus.
Justificación	La inmunización es una de las intervenciones más efectivas para salvar vidas y prevenir enfermedades, contribuye con el desarrollo infantil temprano y la reducción de la mortalidad. La NTS N° 080-MINSA/DGSP V.03, "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación", aprobada por Resolución Ministerial N° 510-2013/MINSA, dispone la administración de la vacuna contra el Rotavirus. Para la prevención de gastroenteritis causada por rotavirus de los serotipos G1 y no G1 (como G2, G3, G4 y G9, a niños menores de 1 año de edad, indicada a los 2 y 4 meses de edad. La administración de la vacuna antineumocócica para prevenir las enfermedades respiratorias severas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media, a niños menores de 1 año, indicada a los 2 y 4 meses de edad.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° Total de niñas y niños menores de 1 año que han recibido 02 dosis de vacuna contra rotavirus y 02 dosis de vacuna contra neumococo}}{\text{Población de niñas y niños menores de 01 año según padrón nominal de niños}} \times 100$
Construcción del indicador	Los cálculos de cobertura de vacunación contra rotavirus y neumococo serán independientes. El logro alcanzado será el menor valor cobertura registrada sea rotavirus o neumococo. La población a ser utilizada será los niños registrados en el padrón nominal al corte del 31 de diciembre del 2017
Logro esperado	95% de cobertura sobre el total de niños menores de 1 año de edad según padrón nominal.
Valor umbral	80% de cobertura sobre el total de niños menores de 1 año de edad según padrón nominal.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	HIS- información consolidada por la OGEI- OGTI/MINSA al 31 de diciembre y cerrada hasta el 28 de febrero del 2018
Área responsable técnica	Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones del MINSA.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Notas	Para las redes, DIRIS y Diresas, donde el padrón nominal está incompleto, según la percepción del personal de la institución, utilizar la Información de INEI para el cálculo de la población objetivo del denominador



Ficha N° 4. Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED.

Nombre	Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED.											
Tipo	Indicador de desempeño.											
Institución	DIRIS y Red de salud.											
Definición	Mide el porcentaje de neonatos que ha recibido 2 controles de crecimiento y desarrollo (CRED) durante los primeros quince días de nacido. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en vivienda como parte de la visita domiciliaria.											
Justificación	<p>Los controles realizados durante la etapa neonatal contribuyen con la disminución de la mortalidad neonatal al identificar e intervenir precozmente sobre factores de riesgo o alteraciones del crecimiento y desarrollo del Recién Nacido (RN) y su madre, así mismo se promueve el desarrollo infantil temprano al fortalecer las prácticas de cuidado y alimentación del niño en el hogar a través de la consejería y sesiones demostrativas.</p> <p>La NTS N°106 -MINS/VDGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada por RM N° 828-2013/MINSA, establece el 1° control del recién nacido a las 48 horas del alta institucional, y luego 01 control cada semana.</p> <p>La NTS N° NTS N°137 / MINS -2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el Control De Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años, aprobada por RM N° RM N° 537 – 2017/ MINS, establece 4 controles para el recién nacido el 1° a las 48 horas del alta, el 2° a los 7 días de vida, el 3° a los 14 días de vida y el 4° a los 21 días de vida.</p>											
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° Total de RN asegurados al SIS con dos controles CRED dentro de los primeros 15 días}}{\text{N° Total de RN asegurados al SIS}} \times 100$											
Construcción del indicador	<p>Recién nacidos: Desde los 0 días hasta los 28 días.</p> <p>Numerador: N° acumulado de niños que cumplen 28 días de edad asegurados SIS que en el periodo de evaluación (entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 2017), registren 2 CRED dentro de los 15 días de nacido (prestaciones 001, 002, 060 y 075).</p> <p>Denominador: N° acumulado de niños que cumplen 28 días de edad asegurados SIS que en el periodo de evaluación (entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 2017).</p>											
Logro esperado	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Si el logro del año previo se encuentra entre:</th> <th>Logro esperado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60% a más</td> <td>Igual o mayor al año anterior</td> </tr> <tr> <td>40% y 59%</td> <td>Incremento en 5 puntos porcentuales</td> </tr> <tr> <td>20% y 39%</td> <td>Incremento en 10 puntos porcentuales</td> </tr> <tr> <td>Menos de 20%</td> <td>Incremento en 15 puntos porcentuales</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Para las DIRIS – Lima Metropolitana y la región Callao, el logro esperado será: Umbral 20% y 39%, incremento >= 5 puntos porcentuales y Umbral <20%, incremento >= 2.5 puntos porcentuales.</p>		Si el logro del año previo se encuentra entre:	Logro esperado	60% a más	Igual o mayor al año anterior	40% y 59%	Incremento en 5 puntos porcentuales	20% y 39%	Incremento en 10 puntos porcentuales	Menos de 20%	Incremento en 15 puntos porcentuales
Si el logro del año previo se encuentra entre:	Logro esperado											
60% a más	Igual o mayor al año anterior											
40% y 59%	Incremento en 5 puntos porcentuales											
20% y 39%	Incremento en 10 puntos porcentuales											
Menos de 20%	Incremento en 15 puntos porcentuales											
Valor umbral	Logro del año anterior											
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$											
Frecuencia de medición	Anual											
Fuente de datos	SIASIS. Se considerará la información registrada hasta el 31 de diciembre del 2017, con cierre del Sistema de información SIS al 28 de febrero del 2018											



L. A. TEJADA M.



A. ALBARRACIN



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° - MINSAJ/2017/DGOS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153



Área Responsable Técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública
Área Responsable de Información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública
Notas	El intervalo mínimo entre controles del RN es de 2 días.

Ficha N° 5. Porcentaje de parto institucional rural

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



L.A. TEJADA M.



A. REBOLLO C.

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

Nombre	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.											
Tipo	Indicador de desempeño.											
Institución	DIRIS y Red de salud.											
Definición	Se define como mujer protegida por un método a la usuaria que: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplió con recibir los anticonceptivos para un año (para métodos con insumo o intervención quirúrgica), o ▪ Cumplió con el número de controles requeridos, para los demás métodos (abstinencia periódica y MELA). 											
Justificación	En el Perú la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos no ha variado notablemente en los últimos años, es así que la ENDES en el año 2015 reporta que el 8.6% de las mujeres en unión tiene demanda insatisfecha de planificación familiar. La planificación familiar es también una intervención estratégica y altamente eficaz para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.											
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de parejas protegidas}}{\text{Mujeres en edad fértil (MEF) que requieren P.F. de la población bajo responsabilidad}} \times 100$											
Construcción del Indicador	Numerador: Número de parejas que son atendidas por consulta de planificación familiar y se les prescribe tratamiento anticonceptivo. Denominador: Número de mujeres en edad fértil (15-44 años según OMS) que requieren método de planificación familiar bajo responsabilidad.											
Logro esperado	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Si el logro del año previo se encuentra entre:</th> <th>Logro esperado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mayor del 80%</td> <td>Mantenerse en su porcentaje y no disminuir</td> </tr> <tr> <td>60%-80%</td> <td>Incrementar al menos 5%</td> </tr> <tr> <td>40%-59.9%</td> <td>Incrementar al menos 8%</td> </tr> <tr> <td>menor de 39.9%</td> <td>Incrementar al menos 10%</td> </tr> </tbody> </table>		Si el logro del año previo se encuentra entre:	Logro esperado	Mayor del 80%	Mantenerse en su porcentaje y no disminuir	60%-80%	Incrementar al menos 5%	40%-59.9%	Incrementar al menos 8%	menor de 39.9%	Incrementar al menos 10%
Si el logro del año previo se encuentra entre:	Logro esperado											
Mayor del 80%	Mantenerse en su porcentaje y no disminuir											
60%-80%	Incrementar al menos 5%											
40%-59.9%	Incrementar al menos 8%											
menor de 39.9%	Incrementar al menos 10%											
Valor umbral	Valor del año previo											
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$											
Frecuencia de medición	Anual Mensual											
Fuente de datos	HIS, para lo cual se considerará la información consolidada por la OGEI-OGTI/MINSA al 31 de diciembre del 2017 y cerrada el 28 de febrero del 2018											
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA.											
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de Información.											
Notas	* El denominador del indicador se calculará con base en la población MEF bajo responsabilidad de cada ámbito, que proporcionará la OGTI.											



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

	MEF que requieren PF: son las que necesitan y desean planificar su familia, no son consideradas las mujeres menopáusicas, mujeres que nunca van a embarazarse (infértiles), embarazo actual, por opción sexual, religión, las que desean tener próximamente hijos, etc.
--	---

Ficha N° 7. Porcentaje de Gestantes con Paquete Preventivo Completo

Nombre	Porcentaje de gestantes con Paquete Preventivo Completo
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRIS y red de salud.
Definición	Gestante con Paquete Preventivo Completo es aquella que recibe las siguientes intervenciones: i) Exámenes de laboratorio: Hemoglobina o Hematocrito, Orina, RPR y VIH en el primer trimestre del embarazo; ii) 4 o más atenciones prenatales en el transcurso del embarazo, el primer CPN en el primer trimestre del embarazo; y iii) 4 entregas con un mínimo de 120 tabletas de hierro (ácido fólico y sulfato ferroso en el transcurso del embarazo.
Justificación	La atención prenatal reenforcada debe mejorar las probabilidades de la madre y el niño para concluir saludablemente el embarazo. Esto implica el cumplimiento de un plan de atención que requiere el despistaje o monitoreo de varias condiciones de salud, por métodos clínicos, de laboratorio y de imágenes.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° de gestantes aseguradas al SIS que han culminado su embarazo en el II semestre de gestación (partos del 01-01-17 al 31/12/17) que cumplen con la definición Gestante con Paquete Preventivo Completo.}}{\text{Número de gestantes aseguradas en el SIS que han culminado su embarazo en el II semestre de embarazo}} \times 100$
Construcción del indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Para la búsqueda del indicador en el SIASIS se utilizará los códigos SIMED 03513, 03512, 03514, (sulfato ferroso más ácido fólico) ó ((03552 ó 3553 (Sólo sulfato ferroso)) y ((18109 ó 18119 (sólo ácido fólico)) en los códigos de servicios 009 y 056. • Para la búsqueda de la APN se utilizará el código de servicio 009 (Control Pre natal). • Para el examen de laboratorio se realizará la búsqueda de los servicios 071, 009, 011, 056), con el siguiente detalle: (a+b+c+d) ó (e) <i>a) Hemoglobina (85018) Hemograma (Hemograma completo, 3ra. generación "Nº, Fórmula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, Plaquetas" o Hemograma completo) (85031, 85007 o 85027), hematocrito (85013, 85014)), b) examen de orina (81000 ó 81001) (81003 Examen de orina no automatizado con microscopía (81005), Análisis de orina cualitativo o semicuantitativo, excepto inmunoensayos (81007). Tira reactiva para bacteriuria (81015) Examen microscópico de sedimento urinario (81099)</i> <i>c) descartar de VIH ((Test de Elisa o prueba rápida para HIV 1/HIV 2 o Detección de anticuerpos para HIV-1 / HIV -2) (86703 o 86701 o 86702 o 86689")), d) sífilis (Prueba de sífilis cualitativa (VDRL, RPR, ART) (86592))</i> ó



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

	<ul style="list-style-type: none"> e) Incluye el registro de Perfil prenatal que incluye hemograma de tercera generación, glucosa, VDRL, HIV, examen de orina, rubeola) código CPT: 80055. Para la búsqueda del Primer trimestre de gestación se considera hasta las 15 semanas. <p>Precisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Código de servicio 011 (Examen de baterla de gestante) se realiza en EE.SS. que cuentan con laboratorio. Código de servicio 071 (Apoyo al DX), se realiza en todos los EE.SS. con tiras reactivas. 																											
Logro esperado	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Población gestantes afiliada SIS</th> <th colspan="3">Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada en 2016</th> </tr> <tr> <th>< 10%</th> <th>10% - 20%</th> <th>> 20%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td align="center" colspan="3">Logro Esperado</td> </tr> <tr> <td>< 1000</td> <td align="center">≥18%</td> <td>Incremento de 8 puntos porcentuales.</td> <td>Incremento de 5 puntos porcentuales.</td> </tr> <tr> <td>1000 - < 2000</td> <td align="center">≥15%</td> <td>Incremento de 6 puntos porcentuales.</td> <td>Incremento de 5 puntos porcentuales.</td> </tr> <tr> <td>2000 - 6000</td> <td align="center">≥15%</td> <td>Incremento de 5 puntos porcentuales.</td> <td>Incremento de 3 puntos porcentuales.</td> </tr> <tr> <td>> 6000</td> <td>Incremento de 3 puntos porcentuales.</td> <td>Incremento de 3 puntos porcentuales.</td> <td>Incremento de 3 puntos porcentuales.</td> </tr> </tbody> </table>	Población gestantes afiliada SIS	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada en 2016			< 10%	10% - 20%	> 20%		Logro Esperado			< 1000	≥18%	Incremento de 8 puntos porcentuales.	Incremento de 5 puntos porcentuales.	1000 - < 2000	≥15%	Incremento de 6 puntos porcentuales.	Incremento de 5 puntos porcentuales.	2000 - 6000	≥15%	Incremento de 5 puntos porcentuales.	Incremento de 3 puntos porcentuales.	> 6000	Incremento de 3 puntos porcentuales.	Incremento de 3 puntos porcentuales.	Incremento de 3 puntos porcentuales.
Población gestantes afiliada SIS	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada en 2016																											
	< 10%	10% - 20%	> 20%																									
	Logro Esperado																											
< 1000	≥18%	Incremento de 8 puntos porcentuales.	Incremento de 5 puntos porcentuales.																									
1000 - < 2000	≥15%	Incremento de 6 puntos porcentuales.	Incremento de 5 puntos porcentuales.																									
2000 - 6000	≥15%	Incremento de 5 puntos porcentuales.	Incremento de 3 puntos porcentuales.																									
> 6000	Incremento de 3 puntos porcentuales.	Incremento de 3 puntos porcentuales.	Incremento de 3 puntos porcentuales.																									
Valor umbral	Valor del año previo.																											
Cálculo del porcentaje 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. Se considerará la información registrada hasta el 31 de diciembre del 2017, con cierre del Sistema de información SIS al 28 de febrero del 2018																											
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA.																											
Área responsable de información	La Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS).																											
Notas	En el caso de entrega de ácido fólico y sulfato ferroso por separado, se contabilizará de la siguiente manera: 3 tabletas de la 18109 o 1 tableta 18119 de ácido fólico más las 30 tabletas del 3352 o 3553 de tabletas de sulfato ferroso. El denominador de la fórmula corresponde a datos del periodo 1/01/2016 al 31/12/2016, un estimado para 2016, que se mantendrá fijo durante todo el año.																											



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

Nombre	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de cáncer de cuello uterino.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRIS y Red de salud.
Definición	Se denomina mujer con despistaje de cáncer de cuello uterino a aquella que se le realiza la prueba de detección molecular de Virus de Papiloma Humana (VPH), Papanicolaou y/o la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), independientemente del resultado y de la entrega del mismo.
Justificación	En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más frecuente. La prueba de detección molecular de VPH, el examen de citología por Papanicolaou y la IVAA permiten la captación de mujeres con cáncer de cérvix en etapas tempranas. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 25 a 64 años de edad.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de mujeres de 25 a 64 años aseguradas al SIS con examen de detección molecular de VPH, Papanicolaou y/o IVAA}}{\text{Número de mujeres 25 a 64 años aseguradas al SIS}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Se realizará la búsqueda en la prestación 024 y en todos los servicios que contengan el CPT: 88141 y 88141-01</p> <p>Para el denominador se contabiliza las MEF afiliadas al 31 de diciembre 2017, las cuales se mantienen fijo durante el periodo de evaluación. Para el monitoreo se busca las MEF que cumplen 25 a 64 años en el periodo de evaluación.</p> <p>MEF: Mujeres en edad fértil (25 a 64 años)</p>
Logro esperado	El 30% de la población femenina de 25 a 64 años aseguradas al SIS con examen de detección molecular de VPH, Papanicolaou y/o IVAA.
Valor umbral	Valor del año previo.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	SIASIS. Se considerará la información registrada hasta el 31 de diciembre del 2017, con cierre del Sistema de información SIS al 28 de febrero del 2018
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer
Área responsable de información	La Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones del Seguro Integral de Salud (SIS).
Notas	



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

Nombre	Productividad hora-médico en consulta externa.			
Tipo	Indicador de desempeño.			
Institución	DIRIS, Red de salud, y Hospitales			
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	<p>Permite medir los productos alcanzados (consulta médica) por unidad de recurso disponible (hora-médico) en un tiempo dado. Así mismo permite evaluar la sub utilización o la sobre utilización del recurso hora-médico en la consulta externa.</p> <p>La medición de este indicador muestra que la mayor parte de hospitales se encuentra por debajo del estándar. Es posible que parte de este valor bajo refleje falta de registro de atenciones realizadas y/o una programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.</p>			
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° de consultas médicas realizadas en consulta externa en un período}}{\text{N° de horas-médico programadas en consulta externa en el mismo período}}$			
Construcción del indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p>Numerador. - Es el número de consultas médicas realizadas en los consultorios de la UPSS Consulta Externa en un período de tiempo. La consulta médica es la atención que realiza el médico a un usuario que acude a la UPSS de Consulta Externa por una necesidad de salud o enfermedad. Comprende un conjunto de acciones y decisiones médicas, destinadas a establecer un diagnóstico y un tratamiento; así como el pronóstico de un caso de enfermedad. La consulta médica no incluye aquellas atenciones brindadas por el médico en los servicios de emergencia o de consulta de urgencia y los procedimientos de ayuda de diagnóstico o tratamiento que se realicen en consultorios externos. No es una consulta médica aquella brindada por otros profesionales de la salud.</p> <p>Denominador. - Es el número total de horas programadas de atención en consulta médica en la UPSS Consulta Externa en el mismo período de tiempo. Se consideran los turnos médicos regulares previstos en cada consultorio y las horas programadas por servicios complementarios en salud, de acuerdo a la normatividad vigente.</p> <p>Las Horas-médico programadas en consulta externa corresponden a turnos de cuatro (04) horas ininterrumpidas, que realiza el médico y están señaladas en el rol de programación de turnos de Trabajo Médico en el establecimiento de salud. Las horas restantes son destinadas a labores propias del establecimiento de salud (Referencia: Directiva Administrativa N° 207 - MINSA/DGSP- V. 01, aprobada con RM N°343-2015/MINSA).</p>			
Logro esperado	Es el valor referencial según nivel de atención del establecimiento de salud:			
	I-3 y I-4	II-1 y II-2	III-1 y III-2	II-E y, III-E
	4 a 5 consultas / hora-médico programada.	4 a 5 consultas / hora-médico programada.	3 a 4 consultas / hora-médico programada.	2 a 4 consultas / hora-médico programada.
Valor Umbral	No Aplica			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAJ2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

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 hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 80% ▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 1 unidad por encima o debajo del rango: 60% <p>Para los hospitales e institutos especializados con valores referenciales entre 1.5 a 2 consultas / hora-médico programada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% ▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 0.25 unidad por encima o debajo del rango: 80% ▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 60%
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	<p>Reporte de la Estadística e Informática o su equivalente del ESSS, en base a datos de la Hoja HIS (numerador); programación mensual de consulta externa médica (denominador). Directiva Administrativa N° 207 - MINSAJ/DGSP- V. 01 (RM N°343-2015/MINSA).</p> <p>Los establecimientos de salud que disponen de otro sistema de registro de atenciones, este deberá ser aprobado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA.</p>
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN)
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	<p>Para establecimientos de atención especializada II-E, III-E y III-2, el valor referencial se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico.</p> <p>Para las redes de salud se considera la medición de los establecimientos de salud I-3, I-4 y hospitales con menos o igual a 50 camas.</p>



Ficha N° 10. Densidad de incidencia /Incidencia Acumulada de las infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.

Nombre	Densidad de incidencia / Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	<p>La incidencia mide la velocidad con que se propaga las IAAS (los casos nuevos o incidentes de IAAS durante un periodo de tiempo), a más casos nuevos, más rápida la propagación. Se utiliza densidad de incidencia cuando se mide el número de casos nuevos en una cantidad de persona-tiempo y la incidencia acumulada, cuando la exposición es única y sólo se espera un episodio por paciente.</p> <p>Cada institución seleccionará 1 tipo de IAAS o Infecciones Intrahospitalarias (IIH), en un servicio específico, se prioriza la IAAS que se encuentren con tasas de incidencia elevada respecto a los valores referenciales para su nivel de atención publicados en el boletín epidemiológico N° 012 – 2017 del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.</p>
Justificación	<p>Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, el riesgo a la salud del personal sanitario y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. La vigilancia y control epidemiológico constituyen una estrategia fundamental para fortalecer la seguridad del paciente. Los siguientes Documentos Normativos tienen relación con la vigilancia, prevención y control de las IAAS o IIH:</p> <p>Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA.</p> <p>Norma Técnica N°026-MINSA/OGE-V.01. Norma Técnica de vigilancia prevención y control de las Infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA.</p> <p>Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP V. 01 Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA.</p>
Fórmula del indicador	<p>Densidad de incidencia: $\frac{\text{Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Número de días- procedimiento expuesta al riesgo durante el mismo periodo}} \times 1000$</p> <p>Incidencia acumulada: $\frac{\text{Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo}} \times 100$</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAJ/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

<p>Construcción del indicador</p>	<p>Densidad de Incidencia: Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2017. Denominador: Sumatoria del total de días- procedimiento o pacientes-procedimientos expuestos al riesgo durante el mismo año. Se utiliza para la medición de neumonías, infección de tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo. El numerador y el denominador deberán ser obtenidos según la metodología de la vigilancia epidemiológica que se establece en la norma técnica vigente.</p> <p>Incidenia acumulada: Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2017. Denominador: Sumatoria del total de pacientes según procedimiento Se utiliza para la medición de infecciones de herida operatoria y de endometritis puerperal.</p>
<p>Logro esperado</p>	<p>Para las instituciones con valor promedio igual al de 2016: Mantenerse menor o igual al valor referencial, de acuerdo a la IIH seleccionada. Para las instituciones con valor promedio mayor al de 2016: Reducir en 30% para alcanzar la tasa referencial. Si el cálculo de logro esperado resulta en tasas menores que el valor referencial, reducir la proporción que corresponda para llegar al valor referencial (<30%). En caso el establecimiento de salud haga vigilancia por primera vez deberá tomar la tasa referencial² para su nivel de atención.</p>
<p>Valor Umbral</p>	<p>Valor del año previo.</p>
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</p>	<p>$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$</p>
<p>Frecuencia de medición</p>	<p>Anual</p>
<p>Fuente de datos</p>	<p>Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IIH, aplicativo web de notificación de las IIH. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Se considerará el registro de la información hasta el 31 de diciembre del 2017, con cierre al 28 de febrero del 2018.</p>
<p>Área responsable técnica</p>	<p>Dirección de Prevención y Control de enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas de la Dirección General de Intervenciones estratégicas en salud Pública y Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; en el marco de sus competencias.</p>
<p>Área responsable de información</p>	<p>Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública</p>
<p>Notas</p>	<p>Los establecimientos de salud que seleccionen IAAS que no forman parte de la Norma Técnica de Salud de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias vigente, proporcionarán al CDC los valores de los numeradores y denominadores de las IAAS por mes del año 2016, para el establecimiento del valor basal y logro esperado 2017.</p>



² Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico N° 037 – 2016; 810 - 812.

Ficha N° 11. Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias

Nombre	Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospitales III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Es la relación entre el número de pacientes hospitalizados por día y el número de camas disponibles por día, durante un periodo, por ejemplo: un año.
Justificación	Permite medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un período de tiempo. Este indicador evalúa la sub-utilización o sobreutilización del recurso cama de la UPSS Hospitalización. A medida que el hospital tiene mayor complejidad, el porcentaje de ocupación deberá analizarse por especialidades, ya que el indicador global puede ocultar insuficiencia de camas o camas sobrantes en las distintas especialidades.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° pacientes-día (de un período)}}{\text{N° de días-cama-disponible (en el mismo período)}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p>Numerador. - El número total de pacientes-día del mes se obtiene de la sumatoria de todos los pacientes-día censados día a día durante el mes. Un paciente-día es el paciente que ocupa una cama de hospitalización en un día calendario. Esta denominación también corresponde a días de estancia o días-cama ocupados.</p> <p>Denominador. - El número de días-cama-disponible se obtiene de la sumatoria de todas las camas existentes para hospitalización por cada día del mes. Una cama existente se define como aquella cama hospitalaria ocupada o libre y operativa, que puede prestar servicio durante las 24 horas del día. No se contabilizan las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor a 6 horas. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico.</p> <p>El cociente obtenido se multiplica por 100.</p> <p>Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA y DIRIS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de Asistencia Social y/o legal del establecimiento de salud, según corresponda.</p>
Logro esperado	<p>Para Hospitales Generales del II nivel de atención: $\geq 80\%$</p> <p>Para Hospitales Generales del III nivel de atención: $\geq 80\%$</p> <p>Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: $\geq 80\%$</p>
Valor umbral	70% de ocupación cama.
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}}$



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, con base a Censo Diario de Enfermería y la Hoja Resumen de Censo Diario (numerador y denominador)
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias. Porcentaje de ocupación cama también denominado "Grado de uso cama".



Ficha N° 12. Promedio de permanencia cama / mes

Nombre	Promedio de permanencia cama / mes
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Llamado también promedio de estancia hospitalaria. Es la relación entre el número de días de estancia de los pacientes egresados en un período de tiempo y el número total de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período de tiempo, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado.
Justificación	Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de la UPSS Hospitalización (sub-utilización o sobreutilización). Además, indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar entre otras causas, deficiencias técnicas. Este indicador puede ser influenciado por el campo clínico de establecimiento de salud (en los casos de establecimientos de atención especializada), ya que un establecimiento de salud de atención general tiene diferente promedio de permanencia que un establecimiento de salud de atención especializada.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un período (1 mes)}}{\text{N° de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período}}$
Construcción del indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p>Numerador. - El número total de días-estancia de los egresos (o días de permanencia) se obtiene de la sumatoria de los días de hospitalización de cada paciente egresado de la UPSS Hospitalización durante un mes. Los días de hospitalización se contabilizan desde el momento del ingreso del paciente a una cama de la UPSS Hospitalización hasta su egreso de esta UPSS; independientemente de su estadía en diferentes áreas o especialidades de la UPSS Hospitalización. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico.</p> <p>Denominador. - El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la UPSS Hospitalización luego de haber ocupado una cama de hospitalización. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otra UPSS (UCI, Emergencia) o por defunción.</p> <p>Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA y DIRIS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de asistencia social y/o del área de asuntos legales del establecimiento de salud, según corresponda.</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Logro Esperado	<p>Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 3 – 5 días / egreso Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 6 – 8 días / egreso</p> <p>Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital Nacional Sergio E. Bemales: 5 - 7 días / egreso ▪ Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: 15 -17 días / egreso ▪ Hospital Hermilio Valdizán. 35 a 38 días / egreso ▪ Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi: 60 a 65 días/egreso ▪ Hospital Larco Herrera: 45 a 50 días/egreso. ▪ Instituto Nacional de Rehabilitación: 88-92 días / egreso. ▪ Instituto Nacional de Salud del Niño (Breña y San Borja): 12 a 14 días/egreso. ▪ Instituto Materno-Perinatal y Hospital Docente Asistencial San Bartolomé: 4 – 6 días / egreso. ▪ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: 9 – 12 días /egreso (servicios de hospitalización quirúrgica).
Valor umbral	No aplica
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	<p>Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 de unidad por encima o debajo del rango: 80% Si el valor calculado se encuentra hasta 1 de unidad (1 día) por encima o debajo del rango: 60%</p> <p>Estos criterios aplican a todos los establecimientos de salud, excepto para el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Hospital Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán, Instituto Nacional de Salud del Niño y el INEN; donde:</p> <p>Si el valor se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor se encuentra hasta 1 unidad (1 día) por encima o debajo del rango: 80%. Si el valor se encuentra hasta 2 unidades (2 días) por encima o debajo del rango: 60%.</p>
Frecuencia de medición	Anual (a partir de la medición mensual)
Fuente de Datos	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, con base a la Tarjeta Resumen de Hospitalización de cada paciente o Sistema de Movimiento Hospitalario (numerador); Hoja de Censo Diario de la Enfermera (denominador) o Libro de egresos hospitalarios (denominador).
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, el valor referencial se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias, ni al Instituto Nacional de Oftalmología.



Ficha N° 13. Rendimiento cama / mes

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



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

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



L.A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

Ficha N° 14. Razón de emergencias por consulta externa

Nombre	Razón de emergencias por consulta externa
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, Hospital General de III nivel, Hospital e Instituto especializado.
Definición	Es la relación entre las atenciones médicas de emergencia realizadas en la UPSS emergencia y las atenciones médicas realizadas en la UPSS consulta externa
Justificación	Permite conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un período. Indirectamente permite conocer la demanda insatisfecha de consulta externa del hospital o de la red de salud.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° de atenciones médicas en la UPSS Emergencia (en un período)}}{\text{N° de consultas médicas en la UPSS Consulta Externa (en el mismo período)}}$
Construcción del indicador	Se obtendrá del cociente entre: Numerador. - Es la suma de las atenciones médicas realizadas en los diferentes tópicos y en la unidad de shock trauma de la UPSS Emergencia del establecimiento de salud en un período de tiempo. No se incluyen las atenciones médicas realizadas en sala de observación. Corresponde a atenciones de emergencia prioridad I y II. Denominador. - Es el número de consultas médicas realizadas en los consultorios de la UPSS Consulta Externa en un período de tiempo. La consulta médica es la atención que realiza el médico a un usuario que acude a la UPSS de Consulta Externa por una necesidad de salud o enfermedad. Comprende un conjunto de acciones y decisiones médicas, destinadas a establecer un diagnóstico y un tratamiento; así como el pronóstico de un caso de enfermedad. La consulta médica no incluye aquellas atenciones brindadas por el médico en los servicios de emergencia y procedimientos de ayuda de diagnóstico o tratamiento que se realicen en consultorios externos. No es una consulta médica aquella brindada por otros profesionales de la salud.
Logro esperado	Para Hospitales Generales del II y III nivel de atención y establecimientos de atención especializada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el valor del año previo es ≤ 0.10, mantener cifra. ▪ Si el valor del año previo está entre 0.10 y < 0.15 reducir hasta llegar a ≤ 0.10. ▪ Si el valor del año previo está entre 0.15 y 0.30 reducir en 0.05 o más. ▪ Si el valor del año previo es $>$ de 0.30 reducir en 0.10 o más.
Valor umbral	Valor del año previo.
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor alcanzado se encuentra dentro de los valores de logro esperado: 100% de cumplimiento. Si el valor alcanzado es menor al logro esperado: 0% de cumplimiento.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, a partir del Libro de Emergencias o Reporte del Módulo de Emergencias (numerador); y la Ficha HIS (denominador).
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.



Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.
-------	---

Ficha N° 15. Disponibilidad de medicamentos esenciales

Nombre	Disponibilidad de medicamentos esenciales
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	DIRESA/GERESA, DIRIS, Redes de Salud y Hospital de II nivel con más de 50 camas, Hospital General de III nivel, Hospital e Instituto especializado.
Definición	Este indicador mide el porcentaje de medicamentos esenciales (considerados en el PNUME, de fecha de expiración vigente y no estratégicos) con disponibilidad mayor de 1 mes.
Justificación	Los medicamentos son fundamentales para garantizar el acceso a tratamiento adecuado y oportuno. Es necesario observar que el nivel de abastecimiento siempre sea el adecuado. La medición de este indicador nos permite evaluar la eficiencia de la gestión de abastecimiento de medicamentos esenciales (considerados en el PNUME), de fecha de expiración vigente, no estratégicos y con disponibilidad mayor de dos meses (disponibilidad normostock y sobrestock).
Fórmula del indicador	El indicador de disponibilidad de medicamentos esenciales se calcula como: $\% \text{ de Disponibilidad de medicamentos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos esenciales mayor a 1 mes de disponibilidad, registrados en el SISMED}}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos esenciales, registrados en el SISMED}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador del indicador: Inicialmente se calcula la cantidad de meses de disponibilidad para cada medicamento que tiene a partir del nivel de stock en cada punto del tiempo entre el consumo promedio del mismo. A partir de esto se sabrá la cantidad de medicamentos en normostock (stock normal) y sobrestock. Interpretación del Indicador de disponibilidad: =0 → Desbastecido >0 y <2 → Substock >2 y <4 → Normostock >6 → Sobrestock $\text{Disponibilidad de un medicamento (en meses)} = \frac{\text{Stock del ítem}}{\text{Consumo promedio mensual ajustado del ítem}}$



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

	<p>Consumo promedio mensual ajustado: Es el promedio del consumo de un ítem en los últimos 12 meses entre los meses que haya registrado consumo, siempre que ese ítem haya sido consumido al menos una vez en los último 4 meses. Si esta última condición no se cumple, el ítem pasa a ser considerado "sin rotación" y no entra en los cálculos.</p> <p>Denominador del indicador: Es la cantidad total de medicamentos esenciales que tienen rotación en el establecimiento.</p>
Logro esperado	<p>Se espera que el nivel de Disponibilidad de medicamentos esenciales sea mayor o igual al 65%</p> <p>El logro esperado se incrementará en todo los casos de manera anual.</p>
Valor umbral	<p>El valor umbral es 50%</p> <p>El valor umbral se incrementará en todo los casos de manera anual.</p>
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	<p>$\% \text{ Cumplimiento} = \frac{\text{Logro alcanzado} - 50\%}{100\% - 50\%} \times 100$</p> <p>Si cumple con el logro esperado se dará el 100% del puntaje caso contrario será prorrateado según el cálculo entre el valor umbral y el logro alcanzado.</p>
Frecuencia de medición	Trimestral. El indicador final del establecimiento será el promedio simple de las cuatro mediciones al año.
Fuente de Datos	El Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos (SISMED) recoge la información de tenencia y consumo de los EESS, información que se usa para efectuar los cálculos de consumo promedio y así determinar el nivel de abastecimiento de un EESS.
Área responsable técnica	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID
Área responsable de la información	DIGEMID - OGTI (MINSA)
Notas	DIGEMID a través de su portal web publicará el valor del logro alcanzado de forma trimestral.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Ficha N° 16. Porcentaje de ejecución presupuestal

Nombre	Porcentaje de ejecución presupuestal		
Tipo	Indicador de Desempeño		
Institución	DIRESA/GERESA, y Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado, que sean Unidades Ejecutoras		
Definición	Es el nivel de gasto de las instituciones en categorías presupuestales definidas. Fuente de financiamiento: recursos ordinarios.		
Justificación	Una adecuada ejecución del presupuesto asegura que los recursos estén presentes en el momento que se las necesita, lo que a su vez permite brindar una mejor atención		
Fórmula del indicador	El indicador de ejecución presupuestal se calcula como: $\text{Porcentaje de Ejecución} = \frac{\text{Monto devengado}}{\text{PIM}} \times 100$		
Construcción del indicador	Se evalúan las siguientes partidas presupuestales en la Unidad Ejecutora de cada Institución a evaluar:		
	GENÉRICA DE GASTO	ESPECÍFICA DE GASTO	DESCRIPCIÓN
	2.1	21.11.12	(Personal Asistencial y Administrativo Nombrado)
	2.3	23.27.1	(Servicios de Consultoría Asesoría y Similares Desarrollados por Personas Naturales)
		23.27.2	(Servicios de Consultoría Asesoría y Similares Desarrollados por Personas Jurídicas)
		23.27.11.99	(Servicios Diversos)
		23.27.2.99	(Otros Servicios Similares)
		23.28.11	(Contrato Administrativo)
		23.18.1	(Productos Farmacéuticos)
		23.18.2	(Material, Insumos, Instrumental y Accesorios Médicos, Quirúrgicos, Odontológicos y de Laboratorio)
		23.22.1	(Servicios de Energía Eléctrica, Agua y Gas),
		23.22.2	(Servicios de Telefonía e Internet)
		23.22.3	(Servicios de Mensajería, Telecomunicaciones y Otros Afines)
		23.22.4	(Servicios de Publicidad, Impresiones, Difusión e Imagen Institucional)
		23.24.1	(Servicios de Mantenimiento, Acondicionamiento y Reparaciones)
		23.11.1	(Alimentos y Bebidas)
		23.12.1	(Vestuario, Zapatería y Accesorios, Talabartería y Materiales Textiles)
		23.13.1	(Combustibles, Carburantes, Lubricantes y Afines)
	23.15.1	(Útiles de Oficina)	
	Numerador: Se suma el monto devengado de todas las partidas Denominador: Se suma el monto de PIM asignado a dichas partidas		
Logro esperado	Para todas las UE, tanto EESS como DIRIS, DIRESA, GERESA el logro esperado es de 95%		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAJ/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Valor umbral	85%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}}{100\% - \text{Valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) del Ministerio de Economía y Finanzas
Área responsable técnica	Oficina General de Planeamiento y Presupuesto – OGPPM
Área responsable de información	Oficina General de Planeamiento y Presupuesto – OGPPM
Notas	No aplica



III. COMPROMISOS DE MEJORA (CM)

Ficha N° 17. Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis

Nombre	Establecimientos de Salud preparados para el Diagnóstico y Manejo de la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Depresión y Tuberculosis	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	DIRIS y Red de salud	
Definición	Para efectos del Convenio de Gestión 2017 se denomina "Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis", a aquellos establecimientos que cuentan con personal de salud con competencias para el diagnóstico y manejo de personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis, de acuerdo a su nivel de atención y categoría. Para ello, las instituciones implementan un conjunto de procesos de fortalecimiento de capacidades del personal de salud, en contenidos priorizados y con base en los documentos normativos vigentes.	
Justificación	Para una apropiada provisión de servicios a la población, los establecimientos de salud requieren contar con una adecuada infraestructura, equipamiento e insumos, y recursos humanos competentes. Con estos, deben implementar una serie de procesos operativos y de gestión, para producir y brindar a la población los servicios de salud que requieren según sus necesidades y prioridades sanitarias definidas. El fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud a través de acciones de capacitación, asistencia técnica y supervisión es un elemento importante para mejorar la cobertura y calidad de atención en salud. En ese marco, el Ministerio de Salud ha aprobado normas para la atención de personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis, que deben ser difundidas, implementadas, monitoreadas y evaluadas en los diferentes niveles de atención en salud, conforme a lo establecido en la resolución de aprobación de los documentos normativos y la Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos de Ministerio de Salud. Esta última, precisa que la <i>difusión</i> tiene por objetivo poner a disposición del personal de salud el documento normativo para una mejor disponibilidad, accesibilidad, conocimiento y aplicación de lo normado; así mismo precisa que la <i>implementación</i> requiere asegurar su adecuada aplicación mediante <i>socialización</i> a través de seminarios, talleres o reuniones técnicas."	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. El Plan Operativo Institucional (POI) del 2017 debe contener la programación del producto "Acciones Comunes" y actividad "Desarrollo de Normas y Guías Técnicas", correspondientes a los PP No transmisibles, salud mental y Tuberculosis. 2. El plan anual de capacitación u otro similar debe contener en detalle las siguientes actividades: <ol style="list-style-type: none"> a. Capacitación al personal de la salud relacionado a la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA. b. Capacitación al personal de la salud relacionado a la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención, aprobada por Resolución Ministerial N° 719-2015/MINSA. c. Capacitación al personal de la salud relacionado a la Guía Técnica Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico 	<p>Cumple con todas las acciones de los ítems 1 y 2 en el plazo establecido.</p> <p style="text-align: center;">40%</p>



	<p>Tratamiento y Control del Pie Diabético aprobada por Resolución Ministerial N° 226-2016/MINSA.</p> <p>d. Capacitación, referida a Depresión de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica en Depresión (Resolución Ministerial N°648-2006/MINSA).</p> <p>3. El Plan Operativo Institucional (POI) del 2017 debe contener la programación del producto del PP 016 "Servicios de Atención de Tuberculosis con medidas de control de infecciones y bioseguridad en el personal de salud", el mismo que implica acciones de i) adquisición y distribución; ii) capacitación y iii) supervisión del uso de respiradores.</p> <p>4. La red cuenta con Plan de Control de Infecciones de TBC aprobado, según Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas con Tuberculosis N° 104-MNSA/DGSP-V01 (Resolución Ministerial N°715-2013/MINSA: Medidas de control administrativo, control ambiental y medidas de control respiratorio)</p> <p>Fuentes auditables:</p> <p>a. Resolución Directoral (RD) de aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) del 2017. Al mes de mayo de 2017.</p> <p>b. Copias fedateada de las secciones del POI que evidencien los productos y actividades solicitadas. Al mes de mayo de 2017</p> <p>c. Resolución Directoral (RD) de aprobación del Plan de capacitación u otro similar del 2017. Al mes de mayo de 2017.</p> <p>d. Copias fedateada de las secciones del plan que evidencie la programación de las actividades solicitadas. Al mes de mayo de 2017</p> <p>e. Resolución Directoral (RD) de aprobación del Plan de Control de Infecciones de TBC, son válidas las RD emitidas durante 2015, 2016 o 2017 siempre que contengan acciones para el 2017 o posterior.</p> <p>f. Copias fedateada de las secciones del POI que evidencien la programación del producto "Servicios de Atención de Tuberculosis con medidas de control de infecciones y bioseguridad en el personal de salud".</p>	
 <p>L.A. TEJADA M.</p>  <p>A. LUJÁN C.</p>	<p>1. Ejecución de las acciones programadas garantizando la capacitación de al menos un (01) médico, enfermero u otro profesional de al menos 60% de EE. SS. I-3 y 100% de los I-4 de su ámbito.</p> <p>2. La red garantiza la disponibilidad y uso de respiradores N-95 a través de:</p> <p>a. Compra y distribución de respiradores N-95 en cantidad adecuada (26 a más por año por cada persona), para el personal de salud de áreas críticas y de mayor riesgo para transmisión de tuberculosis (consulta externa, ESPCTB, Laboratorio, triaje). Solo aplica a Redes que son ejecutoras del que dependen EESS.</p> <p>b. Supervisión del desempeño del personal de salud en áreas críticas y de mayor riesgo en el uso de respiradores N-95 (Red 02 visitas al año a EESSS I-4).</p> <p>Fuentes auditables:</p>	<p>Cumple con todas las acciones. 60%</p>

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAJ2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de la actividad educativa (capacitación) del ítem 2, aprobados por la instancia correspondiente. 2. Informe anual de capacitación, que incluye listado de personal capacitado (datos mínimos: nombres y apellidos, profesión, EESS de procedencia, horas de capacitación) y reporte de entrega de certificados o constancias de capacitación emitido por la unidad de capacitación o la que haga sus veces en la institución. 3. Informe anual de dotación de respiradores N-95 a los establecimientos de salud en cantidad adecuada (26 a más por año por cada personal de salud que labora en áreas críticas y de mayor riesgo para transmisión de tuberculosis (consulta externa, ESPCTB, Laboratorio, triaje). Incluir documentos que sustentan la dotación Cuadro consolidado de Pecosas por EESS (N° de PECOSA, EESS, Cantidad, fecha, etc.), cuadros de distribución u otro). Solo aplica a Redes que son ejecutoras del que dependen EESS. 4. Informe anual de supervisión con copia de listas de chequeo de uso de respiradores N-95, aplicados a personal de áreas críticas y de mayor riesgo para transmisión de tuberculosis, firmadas por supervisados y con V°B° del jefe del EESS.
Área responsable técnica.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas (DENOT) • Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB) • Dirección de Salud Mental (DSAME).
Área responsable de la información.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública
Frecuencia de medición	Evaluación: Anual
Fuente de datos	Informe elaborado por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de: DNOT, DPCTB y DSAME; a partir de informes elaborado por las Redes remitidos por las DIRESA/GERESA y DIRIS.
Notas	No aplica



L. A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

Ficha N° 18. Supervisión a los establecimientos de salud

Nombre	Supervisión a los establecimientos de salud	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	DIRESA/GERESA/DIRIS/REDES	
Definición	Es un proceso de interacción personal, individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor (es) y supervisado (os) con el propósito de generar, transferir y/o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal de salud de las redes de salud y establecimientos de salud en el ámbito regional, con énfasis en el cumplimiento de las metas de las metas institucionales (MI), los Indicadores de desempeño (ID) y los compromisos de mejora de los servicios (CMS) en el marco de los convenios de gestión 2017 (CdG). La Supervisión debe realizarse por los supervisores regionales certificados por la DIRESA/GERESA o las DIRIS.	
Justificación	El cumplimiento de las MI, ID y CM del convenio de gestión requiere un alto nivel de articulación entre los actores institucionales, conocimiento de la base legal y de los procesos técnicos de su ejecución monitoreo y evaluación. En el marco de los procesos de supervisión, la identificación oportuna de los procesos críticos en la implementación de los convenios y la toma de decisiones para su mejora son elementos cruciales, para el cumplimiento de los logros esperados de las MI, ID y CM.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1. Elaboración de un Plan de Supervisión del personal de salud: ▪ Para el nivel DIRESA/GERESA y DIRIS debe figurar cronograma de supervisión a redes de salud y hospitales/institutos de su jurisdicción. ▪ Para las redes de salud debe figurar los cronogramas de supervisión a sus micro redes y/o establecimientos de salud de su jurisdicción; Fuente Auditable: Resolución Directoral que aprueba el Plan de Supervisión, a nivel regional o redes de salud según corresponda. Al mes de julio de 2017.	Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2 en los plazos establecidos 50%
	2. Designación de un equipo de supervisores regionales, los cuales deben ser identificados, capacitados, certificados y organizados, para la supervisión. Fuente auditable: Informe. Al mes de julio de 2017	
	3. Ejecución del Plan Regional de supervisión del personal de salud: Para el nivel DIRESA/GERESA y DIRIS visitas de supervisión realizadas al 100% de redes de salud y hospitales. Para las redes de salud visitas de supervisión al 100% de micro redes y establecimientos de salud del primer nivel de atención, priorizados según el grado de dificultad de avances de logros de metas. Fuente Auditable: a) Informe anual de ejecución del plan de supervisión DIRESA/GERESA y DIRIS y red de salud según corresponda; que incluye "Actas de visitas de supervisión", firmadas por el personal y autoridades de salud de la red/micro red o establecimiento de salud (según formato establecido por el nivel nacional). Entre mayo y diciembre de 2017.	Cumple con las acciones del ítem 3 en el plazo establecido 50%.
Área responsable técnica.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública	
Área responsable de la información.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública	
Frecuencia de medición	Evaluación: Anual	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Fuente de datos	Informe preparado por la DMSP de la DGPN, a partir de los informes remitidos por DIRESA/GERESA y DIRIS.
Notas	No aplica.

Ficha N° 19. Establecimientos de Salud que aseguran los equipos, medicamentos e insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.

Nombre	Establecimientos de Salud que aseguran los equipos, insumos críticos y medicamentos para los Programas Presupuestales seleccionados.		
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios		
Institución	DIRESA/GERESA, DIRIS y Red de salud		
Definición	Los EESS, activos y registrados en el RENIPRESS, tienen disponibilidad de al menos 85% de equipos y 85% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos por el Sector para la entrega de los productos CRED, Vacunas, APN y suplemento de hierro. Estos son los establecimientos de salud con un mínimo de 85% de disponibilidad de equipos, medicamentos e insumos críticos necesarios, para brindar la atención de los productos CRED, Vacunas, APN y suplemento de hierro a los niños, las niñas y las gestantes. Son EESS que garantizan la entrega adecuada y efectiva de la prestación necesaria para la reducción de la anemia en menores de 36 meses de edad.		
Justificación	Para el desarrollo de las actividades de atención prenatal, vacunación, control de crecimiento y desarrollo del niño; se necesitan un conjunto de equipos e insumos críticos que deben estar en el momento y el lugar de la prestación. (Ver Anexo N° 01 estándares de sector salud de equipos, insumos críticos y medicamentos para la atención materna infantil). La escasa cantidad de equipos, medicamentos e insumos básicos da lugar a 1) establecimientos sanitarios desabastecidos de los mismos, desmotivando al personal para actuar a su nivel potencial, 2) deterioro de la calidad en la atención (es usual que los pacientes adquieran los medicamentos que necesitan), 3) perjudican las coberturas de vacunación, controles CRED en niños o de control perinatal en gestantes; y 4) no se cumplen las metas del convenio de gestión. Por ello, el equipo de gestión de las DIRESA, DIRIS y redes deben asegurar que todos los equipos e insumos críticos señalados estén disponibles para la atención en cada EESS, mediante una apropiada gestión.		
Logro Esperado y Porcentaje de Cumplimiento	Porcentaje de establecimientos de salud con 85% de disponibilidad de equipos, insumos críticos y medicamentos. Si el valor alcanzado es igual o mayor a las metas arriba solicitadas, según DIRESA, GERESA y DIRIS: 100% de cumplimiento. Si el valor alcanzado es menor a las metas arriba solicitadas: 0% de cumplimiento.		
	85% de los EESS de la Región.	70% de los EESS de la Región.	50% de los EESS de la Región.
	Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Callao, Moquegua, Tacna, Tumbes, Pasco.	Cajamarca, Arequipa, Junín, Piura.	Loreto, Puno, Ucayali, Ica, Lambayeque, Ancash, Cusco, La Libertad, Madre de Dios, San Martín, Huánuco, Amazonas, Lima, DIRIS.
Area responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública		
Area responsable de información	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES)		
Frecuencia de medición	Evaluación: Anual (31 de diciembre)		
Fuente de datos	SIGA patrimonio y SISMED. Remitirse al Instructivo para la medición.		
Notas.	Ver instructivo de Ficha Técnica para las precisiones de medición.		



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

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

Paso 1: Identificar en el módulo de patrimonio del SIGA los EESS que tienen registrados sus bienes patrimoniales. Para continuar con la verificación, es requisito que el 100% de EESS de la Red tenga **registro patrimonial actualizado, completo y veraz** en el módulo de patrimonio del SIGA. El responsable para la realización de esta actividad es el equipo de gestión de la red correspondiente. La DIRESA se encarga de la verificación y el llenado trimestralmente.

REDES de salud según el CdG suscrito	N° Total EESS activos según RENAES	N° EESS con SIGA actualizado al		
		I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS				

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

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

Paso 3: Verificar en la base de datos del **SISMED**, la disponibilidad por punto de atención, de **insumos críticos** (vacunas contra rotavirus y neumococo, multimicronutrientes, reactivos y medicamentos), según estándar definido por el MINSA³. (Anexo N° B).

³ Los ítems del 1 al 9 del estándar se evalúan según el procedimiento y normatividad establecida por MINSA, es decir, se considera que la disponibilidad es adecuada cuando el stock alcanza para 1 a 6 meses. Los ítems 10 al 18 se evalúan sólo con el stock existente en el mes de evaluación.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

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

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

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

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

REDES de salud según el CdG suscrito	N° Total EESS activos según RENAES	N° y % EESS con =>85% disponibilidad de					
		Equipos		Insumos críticos		Medicamentos	
		Número	%	Número	%	Número	%
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS							



ANEXO N° A
EQUIPOS DE ATENCION DE NIÑAS Y NIÑOS (Vacuna, CRED y suplemento de Hierro)

1	11225557 o	REFRIGERADOR CONGELADOR FOTOVOLTAICO PARA VACUNAS	SIGA Patrimonio
	11225564 o	REFRIGERADOR FOTOVOLTAICO	
	112260390001 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 48 L	
	112260390002 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 75 L	
	112260390003 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 105 L	
	112260390004 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 135 L	
	112260390008 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 16 L	
	112260390009 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 20 L	
	112260390014 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 150 L	
	112260390015 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 90 L	
	112260390016 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 76 L	
	112260390017 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 125 L	
	112260390018 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 204 L	
	112260390019 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 140 L	
	11226188 o	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS	
	11226782	REFRIGERADORA ELECTRICA INDUSTRIAL	
	2	53221074 o	
53649831		TERMO PARA TRANSPORTE DE BIOLÓGICOS Y VACUNAS	
3	672288020001 o	REGISTRADOR DE DATOS - DATA LOGGER	SIGA Patrimonio
	672288020004 o	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA	
1	672288020005	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA CON INDICADOR DIGITAL	SIGA Patrimonio
	11225557 o	REFRIGERADOR CONGELADOR FOTOVOLTAICO PARA VACUNAS	
	11225564 o	REFRIGERADOR FOTOVOLTAICO	
	112260390001 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 48 L	
	112260390002 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 75 L	
	112260390003 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 105 L	
	112260390004 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 135 L	
	112260390008 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 16 L	
	112260390009 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 20 L	
	112260390014 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 150 L	
	112260390015 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 90 L	
	112260390016 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 76 L	
	112260390017 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 125 L	
	112260390018 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 204 L	
	112260390019 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 140 L	
	11226188 o	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS	
	11226782	REFRIGERADORA ELECTRICA INDUSTRIAL	
2	53221074 o	CAJA CONSERVADORA DE TEMPERATURA - COOLER	SIGA Patrimonio
	53649831	TERMO PARA TRANSPORTE DE BIOLÓGICOS Y VACUNAS	
3	672288020001 o	REGISTRADOR DE DATOS - DATA LOGGER	SIGA Patrimonio
	672288020004 o	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA	
1	672288020005	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA CON INDICADOR DIGITAL	SIGA Patrimonio
	11221678 o	CONGELADOR (GIROS)	
	11221920 o	CONGELADOR FOTOVOLTAICO	
	11222030 o	CONGELADORA ELECTRICA HORIZONTAL	
	11222426 o	CONGELADORA ELECTRICA VERTICAL	
	112260390005 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 72 L	
	112260390006 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 192 L	
112260390007 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 64 L		
112260390010 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 98 L		



L. A. TELADA M.



A. LUJAN C.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Item	Código	Descripción	Observaciones		
2	112260390011 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 138 L	SIGA Patrimonio		
	112260390012 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 271 L			
	11225557 o	REFRIGERADOR CONGELADOR FOTOVOLTAICO PARA VACUNAS			
	11225564 o	REFRIGERADOR FOTOVOLTAICO			
	112260390001 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 48 L			
	112260390002 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 75 L			
	112260390003 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 105 L			
	112260390004 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 135 L			
	112260390008 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 16 L			
	112260390009 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 20 L			
	112260390014 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 150 L			
	112260390015 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 90 L			
	112260390016 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 76 L			
	112260390017 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 125 L			
	112260390018 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 204 L			
	112260390019 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 140 L			
	11226188 o	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS			
	11226782	REFRIGERADORA ELECTRICA INDUSTRIAL			
	3	53221074 o		CAJA CONSERVADORA DE TEMPERATURA - COOLER	SIGA Patrimonio
53649831		TERMO PARA TRANSPORTE DE BIOLÓGICOS Y VACUNAS			
4	672288020001 o	REGISTRADOR DE DATOS - OATA LOGGER	SIGA Patrimonio		
	672288020004 o	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA			
1	672288020005	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA CON INOICADOR DIGITAL	SIGA Patrimonio		
	11221678 o	CONGELADOR (OTROS)			
	11221920 o	CONGELADOR FOTOVOLTAICO			
	11222030 o	CONGELADORA ELECTRICA HORIZONTAL o			
	11222426	CONGELADORA ELECTRICA VERTICAL			
	112260390005 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 72 L			
	112260390006 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 192 L			
	112260390007 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 264 L			
	112260390010 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 98 L			
	112260390011 o	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 138 L			
	112260390012	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRIOS 271 L			
	11225557 o	REFRIGERADOR CONGELADOR FOTOVOLTAICO PARA VACUNAS			
	11225564 o	REFRIGERADOR FOTOVOLTAICO			
	112260390001 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 48 L			
	112260390002 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 75 L			
	112260390003 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 105 L			
	112260390004 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 135 L			
	112260390008 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 16 L			
	2	112260390009 o		REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 20 L	SIGA Patrimonio
112260390014 o		REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 150 L			
3	112260390015 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 90 L	SIGA Patrimonio		
	112260390016 o	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 76 L			
	112260390017 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 125 L			
	112260390018 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 204 L			
	112260390019 o	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINEO 140 L			
	11226188 o	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS			
	11226782	REFRIGERADORA ELECTRICA INDUSTRIAL			
	53221074 o	CAJA CONSERVADORA DE TEMPERATURA - COOLER			
	53649831	TERMO PARA TRANSPORTE DE BIOLÓGICOS Y VACUNAS			
	672288020001 o	REGISTRADOR DE DATOS - OATOS - DATA LOGGER			
	672288020004 o	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA			
	4	672288020005		REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA CON INOICADOR DIGITAL	SIGA Patrimonio
		672288020005		REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA CON INOICADOR DIGITAL	



L. A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

602206160018 o	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 20 kg		
602206160020 o	BALANZA NEONATAL DIGITAL X 20 Kg		
602206160046 o	BALANZA NEONATAL DIGITAL		
602206520001 o	BALANZA DE PIE CON TALLIMETRO		
602207380001 o	BALANZA DIGITAL		
602208560001 o	BALANZA PEDIATRICA		
602208560002 o	BALANZA PEDIATRICA DE MESA CON TALLIMETRO	Todas	
602208560004 o	BALANZA PEDIATRICA ELECTRONICA		
602208560005 o	BALANZA PEDIATRICA MECANICA DE SOBREMESA		
602208560009 o	BALANZA PEDIATRICA DE SOBREMESA		
602208560014 o	BALANZA PEDIATRICA DIGITAL		
602208560015 o	BALANZA PEDIATRICA DIGITAL DE 20 kg		
602208560020 o	BALANZA PEDIATRICA CON TALLIMETRO RODABLE		
602208560023	BALANZA PEDIATRICA DE MESA DIGITAL		
60225000	INFANTOMETRO	Todas	
602282380001 o	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT) > 1 item en + de 1 cc	Todas	
602282380018 o	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT) PEDIATRICO	Todas	
602282380022 o	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT) DE MADERA MÓVIL PEDIÁTRICO.	Todas	
602282380024	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT) DE MELAMINA	Todas	
53643096 o	COCHE METALICO PARA CURACIONES	Todas	
536476650001	MESA METALICA RODABLE PARA MULTIPLE USO	Todas	
53647570	MESA METALICA RODABLE PARA CURACIONES	Todas	
53226665	HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL	Todas	
536425250034 o	CAMILLA DE METAL PEDIÁTRICA	Todas	
53645190 o	MESA DE EXAMEN PEDIATRICO O SIMILAR	Todas	
53646142 o	MESA METALICA CON TALLIMETRO	Todas	
536478790004 o	MESA PARA EXAMEN MEDICO LACTANTE	Todas	

SIGA
Patrimonio



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

EQUIPOS PARA ATENCION DE GESTANTES (ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA)

46226937 o	LAMPARA ELECTRICA (MAYOR A 1/8 UIT) GUELLO DE GANSO RODANTE	Todas	SIGA Patrimonio
53227182	LAMPARA INCANDESCENTE TIPO CUELLO DE GANSO	Todas	SIGA Patrimonio
53223096 o	DETECTOR DE LATIDOS FETALES DE SOBREMESA	Todas	SIGA Patrimonio
53223191 o	DETECTOR FETAL	Todas	SIGA Patrimonio
532248020002 o	EQUIPO DOPPLER VASCULAR (LATIDOS FETALES)	Todas	SIGA Patrimonio
532248020003 o	EQUIPO DOPPLER FETAL PORTATIL	Todas	SIGA Patrimonio
53226393	FETOSCOPIO	Todas	SIGA Patrimonio
53642715 o	CAMILLA METALICA PARA EXAMEN GINECOLOGICO	Todas	SIGA Patrimonio
53645000	MESA (DIVAN) UNIVERSAL PARA EXAMEN DE GINECOLOGIA Y UROLOGIA	Todas	SIGA Patrimonio
60220652	BALANZA DE PIE CON TALLIMETRO	Todas (Opcional a 5 y 6)	SIGA Patrimonio
602206160023 o	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 200 KG	Todas	SIGA Patrimonio
602206160026	BALANZA DIGITAL PARA ADULTO X 200 KG		
602206160044 o	BALANZA DIGITAL PARA ADULTO DE 0 A 220 kg		
602206160052 o	BALANZA DE PIE DE 150 KG		
602206160063 o	BALANZA DE PIE DE 120 Kg		
602206160066 o	BALANZA DE PIE DIGITAL DE 150 kg		
602206160067 o	BALANZA DE PIE		
602206720001 o	BALANZA DE PLATAFORMA		
602206720002 o	BALANZA DE PLATAFORMA DE 500 kg		
602206720006 o	BALANZA DE PLATAFORMA DE 250 kg		
602206720014 o	BALANZA PLATAFORMA MECANICA		
602207380001 o	BALANZA DIGITAL		
602207380003 o	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 100 kg		
602207850001	BALANZA ELECTRONICA		
602282380001 o	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT) (> 1 Item y + 2cc)	Todas	SIGA Patrimonio
602282380020 o	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT). MÓVIL		
602282380021 o	TALLIMETRO (Mayor a 1/8 UIT) DE MADERA MÓVIL PARA ADULTOS		
602282380023	TALLIMETRO (Mayor a 1/8 UIT) DE MADERA FIJO PARA ADULTOS	A partir de I-3	SIGA Patrimonio
60224604	GLUCOMETRO		
60228762	TENSIOMETRO	Todas	SIGA Patrimonio
53222049 o	CENTRIFUGA PARA TUBOS	A partir de I-3	SIGA Patrimonio
53222069	CENTRIFUGA HEMATOCRITO ESTANDAR		



MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS/NIÑOS Y GESTANTES SEGÚN ESTÁNDAR

18537	584300010004 o	VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCCO INY 1 DOSIS	Todas	SISME D
06393	584300010005 o	VACUNA ANTINEUMOCOCICA 16 ug INY 1 DOSIS	Todas	SISME D
30978	584300010006 o	VACUNA ANTINEUMOCOCICA CONJUGADA 10 VALENTES INY 1 DOSIS	Todas	SISME D
18331	584300220001	VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS PVL 1 DOSIS	Todas	SISME D
11338	139200100090 o	JABON GERMICIDA LIQUIDO X 1 L	Todas	SISME D
29264	139200100155 o	JABÓN GERMICIDA LIQUIDO CON TRICLOSÁN	Todas	SISME D
16019	495700340054 o	CLORHEXIDINA GLUCONATO + CETRIMIDA 15 g/100 ml + 15 g/100 ml SOL 1 L	Todas	SISME D
26608	495700340082 o	CLORHEXIDINA GLUCONATO 2 g/100 ml 1 L SOL	Todas	SISME D
6332	583300730004 o	TRICLOSAN 1 g/100 g JABON 90 g	Todas	SISME D
6320	583300730016 o	TRICLOSAN 1 g/100 g JABON 110 g	Todas	SISME D
22802	583300730022 o	TRICLOSAN 0.5 g/100 ml JABON LIQUIDO 1 L	Todas	SISME D
2176	583600220010 o	CLORHEXIDINA 2 g/100 ml 1 L SOL	Todas	SISME D
2187	583600220011 o	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4 g/100 ml (4%) 1 L	Todas	SISME D
2157	583600220043 o	CLORHEXIDINA 5 g/100 ml 1 L JABON	Todas	SISME D
2160	583600220044 o	CLORHEXIDINA	Todas	SISME D
20575	585700010030	OTRAS COMBINACIONES DE MULTIVITAMINAS PLV 1 g	Todas	SISME D
2003	582800250001 o	ACIDO FOLICO 500 ug (0.5 mg) TAB	Todas	SISME D
18119	582800250002 o	ACIDO FOLICO 15 mg TAB	Todas	SISME D
18109	582800250003 o	ACIDO FOLICO 5 mg TAB	Todas	SISME D
201	582800250004 o	ACIDO FOLICO, 1 mg TAB	Todas	SISME D
8083	580700100007	AMOXICILINA, 500 mg TAB	Todas	SISME D
3513	582800240001 o	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO (Equivalente de Hierro elemental) 400 ug + 80 mg TAB	Todas	SISME D
3514	582800240003 o	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO, 800 ug + 800 mg TAB	Todas	SISME D
3512	582800240004	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO, 200 ug + 250 mg TAB	Todas	SISME D
3517	582800230012 o	FERROSO SULFATO 15 mg de Fe/5 ml JBE 120 ml	Todas	SISME D
3519	582800230013 o	FERROSO SULFATO 15 mg de Fe/5 ml JBE 180 ml	Todas	SISME D
3542	582800230021 o	FERROSO SULFATO 75 mg/5 ml JBE 150 ml	Todas	SISME D
3529	582800230030 o	FERROSO SULFATO 175 mg/5 ml JBE 180 ml	Todas	SISME D
3536	582800230005 o	FERROSO SULFATO 25 mg de Fe/ml SOL 30 ml	Todas	SISME D
3224	582800230007 o	FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO 25 mg de Fe/ml SOL 20 ml	Todas	SISME D
3535	582800230015	FERROSO SULFATO 15 ml 25 mg de Fe/ml SOL	Todas	SISME D
3543	582800230016	FERROSO SULFATO 15 mg/5 ml JBE 180 ml	Todas	SISME D
12521	351100020402 o	TIRA REACTIVA PARA ORINA	Todas	SISME D
31963	351100020038 o	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 10 PARAMETROS X UNID.	Todas	SISME D
22038	351100020397 o	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 10 PARAMETROS X 150 DETERMINACIONES	Todas	SISME D



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE OBRAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EQUIPOS Y MATERIALES
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE PRODUCTOS
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE SERVICIOS
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE SISTEMAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN Y MONITOREO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE SISTEMAS DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE SISTEMAS DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE SISTEMAS DE SEGURIDAD Y SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y CONTROL DE SISTEMAS DE TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA

19940	351100020398 o	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 10 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES		
20455	351100020399 o	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES		
21934	351100020400 o	TIRA REACTIVA PARA ORINA X 100 DETERMINACIONES		
24189	351100020488	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X UNID.		
28776	358600092821	PRUEBA RAPIDA PARA VIH SIFILIS X 25 DETERMINACIONES	Todas (Opcional a 12 y 13)	SISME D
28801	358600090351 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 100 DETERMINACIONES		
18422	358600090352 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 20 DETERMINACIONES		
10914	358600090790 o	ANTICUERPO ANTI VIH 1-2 ELISA X 96 DETERMINACIONES		
28805	358600090861 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 EN CASSETTE X 200 DETERMINACIONES		
22380	358600091102 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 25 DETERMINACIONES		
28803	358600091153 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 50 DETERMINACIONES		
18753	358600091153 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 50 DETERMINACIONES		
22148	358600091222 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 30 DETERMINACIONES		
18249	358600091284 o	PRUEBA PARA VIH ELISA 4ta GENERACION 192 DET KIT		
17705	358600091371 o	Prueba rápida para VIH 1-2 x UND		
23171	358600091392 o	PRUEBA PARA VIH ELISA 4ta GENERACION 96 DET KIT	Todas	SISME D
22149	358600091465 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 20 DETERMINACIONES		
19310	358600091543 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 50 DETERMINACIONES		
28804	358600091544 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 40 DETERMINACIONES		
18421	358600091545 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 30 DETERMINACIONES		
19224	358600091546 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 25 DETERMINACIONES		
28802	358600091550 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 80 DETERMINACIONES		
10913	358600091594 o	ANTICUERPO ANTI VIH 1-2 ELISA X 192 DETERMINACIONES		
19525	358600091652 o	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 96 DETERMINACIONES		
27670	358600092818	ANTICUERPO ANTI VIH 1-2 ELISA X 30 DETERMINACIONES		
18263	358600090613 o	SIFILIS ELISA X 96 DETERMINACIONES		
28808	358600091049 o	RPR X 200 DETERMINACIONES		
11778	358600091085 o	RPR X 100 DETERMINACIONES		
11779	358600091138 o	RPR X 250 DETERMINACIONES		
23653	358600091227 o	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR)		
11780	358600091848 o	RPR X 500 DETERMINACIONES		
19398	358600091973 o	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 500 DETERMINACIONES	Todas	SISME D
19859	358600092048 o	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 100 DETERMINACIONES		
31383 o	358600092337 o	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 30 DETERMINACIONES		
22147	358600092337 o	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 30 DETERMINACIONES		
30773	358600090358 o	KIT RPR SIFILIS CON CONTROLES (POSITIVO Y NEGATIVO) X 500 DETERMINACIONES		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

28806 28457	35860092652 o	PRUEBA RÁPIDA PARA DIAGNÓSTICO DE SIFILIS (RPR) X 50 DETERMINACIONES		
28807	358600092658 o	PRUEBA RÁPIDA PARA DIAGNÓSTICO DE SIFILIS (RPR) X 50 DETERMINACIONES		
28249	358600092913 o	PRUEBA RÁPIDA PARA DIAGNÓSTICO DE SIFILIS (RPR) X 250 DETERMINACIONES		
11393	512000370001 o	LANCETA DESCARTABLE		
19725	512000370003 o	LANCETA DESCARTABLE X 200		
18859	512000370007 o	LANCETA DESCARTABLE ADULTO		
28614	512000370010 o	LANCETA DESCARTABLE ADULTO X 100		
21377	512000370014 o	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE ADULTO		
23521	512000370015 o	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE ADULTO X 100		
29108	512000370024 o	LANCETA RETRACTIL CON 3 NIVELES DE PROFUNDIDAD X 200		
30586	512000370027 o	LANCETA RETRACTIL CON 3 NIVELES DE PROFUNDIDAD		
18414	512000370006 o	LANCETA DESCARTABLE PEDIATRICA	Todas	SISME D
23445	512000370013 o	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE PEDIATRICA		
23303	512000370016 o	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE PEDIATRICA x 100		
21355	512000370022 o	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE PEDIATRICA X 200		
29108	512000370024 o	LANCETA RETRACTIL CON 3 NIVELES DE PROFUNDIDAD X 200		
30586	512000370027 o	LANCETA RETRACTIL CON 3 NIVELES DE PROFUNDIDAD		
31459	512000370019	LANCETA DESCARTABLE PEDIATRICA x 200		
23113	354700010016 o	GRUPO SANGUINEO ANTIB-D FACTOR (RH) X 0,1 ml (KIT)	Desde I-3	SISME D
28781	512000260008 o	CUBETA PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCUE X 200		
23300	512000260013 o	MICROCUBETA PARA EQUIPO HEMOCUE 201 PLUS X 100 UNI		
23311	512000260014 o	MICROCUBETA PARA EQUIPO HEMOCUE X 50 UNI		
24767		MICROCUBETA DE POLIESTIRENO DESCARTABLE PARA EQUIPO HEMOCONTROL X 50 UNIDADES		
28397	512000260193 o	CUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINA DE ANALIZADOR HEMATOLOGICO AB HEMOCUE X 200		
28782 19698	512000260252 o	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO 10 ML	Todas	SISME D
24767	512000260267 o	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINÓMETRO PORTÁTIL X 50		
28780	512000260277 o	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCONTROL POR 50		
28779	512000260278 o	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCUE HB 201 POR 50		
28778	512000260279 o	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL POR 200		
28777	512000260280	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL		
31181	512000260267 o	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL X 50		
10539	351100020466 o	HEMOGLOBINA METODO MANUAL X 200 DETERMINACIONES	Desde I-3. Opcional a 17.	SISME D
20179	351100020590 o	HEMOGLOBINA METODO MANUAL X 20 DETERMINACIONES		



L. A. TEJADA M.



A. LUJAN C.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

ANEXO N° B

En el caso de los siguientes insumos, relacionados a pruebas rápidas de diagnóstico, se evalúa sólo con el stock existente al mes de diciembre, considerando que por su tipo de presentación, permiten al EESS realizar pruebas para un número variable de meses, dependiendo de la meta física de la población objetivo, por lo que en el sistema de información no necesariamente se registran los consumos mensuales:

1. VACUNA CONTRA EL NEUMOCOCO INY 1 DOSIS
2. VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS PVL 1 DOSIS
3. CLORHEXIDINA GLUCONATO / TRICLOSAN
4. OTRAS COMBINACIONES DE MULTIVITAMINAS PLV 1 G
5. ACIDO FOLICO
6. AMOXICILINA 500 mg TAB
7. ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO
8. FERROSO SULFATO 15 mg de Fe/5 mL JBE 120 MI
9. FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO

En el caso de los siguientes insumos, relacionados a pruebas rápidas de diagnóstico, se evalúa sólo con el stock existente al mes de diciembre, considerando que por su tipo de presentación, permiten al EESS realizar pruebas para un número variable de meses, dependiendo de la meta física de la población objetivo, por lo que en el sistema de información no necesariamente se registran los consumos mensuales:

10. TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 10 PARAMETROS X 150 DETERMINACIONES
11. PRUEBA RÁPIDA PARA VIH SIFILIS
12. PRUEBA RÁPIDA PARA VIH/ANTICUERPO
13. PRUEBA RÁPIDA SIFILIS
14. LANCETA DESCARTABLE ADULTO
15. LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE PEDIÁTRICA
16. GRUPO SANGUINEO
17. MICROCUBETA DESCARTABLE
18. HEMOGLOBINA METODO MANUAL X 200 DETERMINACIONES



L. A. TEJADA M.



A. LUJAN C.

Ficha N° 20: Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario

Nombre	Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital General de III nivel, e Institutos especializados.	
Definición	El monitoreo de la adherencia a la higiene de manos se hace relevante y necesaria, siendo ésta una medida conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste en usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o anti microbiano. Se consideran los cinco momentos de la Estrategia Multimodal de Higiene de Manos de la OMS, cuya metodología pretende modificar el comportamiento del personal de la salud para el mejor cumplimiento de la higiene de manos, mejorando así la seguridad en la atención del paciente.	
Justificación	Con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad y seguridad de la atención de salud que se brinda a las personas usuarias en los establecimientos de salud a nivel nacional, es que se establecen los procedimientos para la implementación del proceso de higiene de manos por parte del personal de salud en los establecimientos de salud (RM N° 255-2016 /MINSA), como uno de los mecanismos para disminuir los riesgos de transmisión de infecciones entre pacientes y el personal de salud, en el ámbito hospitalario.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de compromiso	Informe de actividades realizadas por el Día Mundial de la Higiene de Manos (5 de Mayo) con cargo remitido a la DGAIN. Plazo: Diciembre 2017 Fuente auditable: Informe.	40%
	Informe de supervisión del cumplimiento de la práctica de lavado de manos por parte del personal médico y no médico, en áreas críticas tales como emergencia, cuidados intensivos / intermedios, vigilancia intensiva, centro quirúrgico y centro obstétrico. Plazo: Julio y Diciembre 2017 Fuente Auditable: Informe.	60%
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).	
Área responsable de la información	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN), en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, DIRIS (que incluye a Hospitales de jurisdicción) e Institutos de Lima Metropolitana.
Notas	No aplica.

Ficha N° 21: Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía

Nombre	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, Hospital General de III nivel, e Institutos Especializados.
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 reingreso, 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.



L. A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de compromiso</p>	<p>1.- Designación formal del Coordinador o responsable de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Plazo: Diciembre 2017. Fuente Auditable: Acto Resolutivo o Documento Oficial que formalice la designación de coordinador por cada turno quirúrgico, remitido por cada Hospital a la DIRESA/GERESA/DIRIS. En el caso de los Institutos Nacionales Especializados, el documento oficial deberá ser remitido al MINSA-DGAIN</p>	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2, en los plazos establecidos. 60%</p>
	<p>2.- Ejecución de la encuesta semestral por parte del Equipo Conductor del establecimiento de salud de II y III nivel de atención, aplicando anexo N° 02 de la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, aprobada por Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Plazo: Julio y Diciembre 2017. Se precisa que dicho documento es un formato de autoevaluación sobre el cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía que lo aplica por única vez por semestre el Equipo Conductor del establecimiento de salud. Fuente Auditable: Copia del formato de autoevaluación (encuesta según la norma) debidamente suscrita por el Director del establecimiento de salud y por un integrante del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del establecimiento de salud. Dicha copia deberá ser remitida a la DIRESA/GERESA/DIRIS. En caso de Institutos Especializados deberá ser remitido al MINSA- DGAIN.</p>	
	<p>3.- Envío de la Encuesta aplicada a la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la DGAIN por parte de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Plazo: Noviembre y Diciembre-2017. Fuente Auditable: Copia del formato de autoevaluación debidamente llenado y suscrito según pautas dadas en el numeral anterior. Dichos formatos deberán ser remitidos por la DIRESA/GERESA/DIRIS (que incluye a Hospitales de su jurisdicción) y los Institutos Especializados de Lima Metropolitana a la DGAIN conjuntamente con el informe de la evaluación anual de este compromiso de mejora. Debe considerarse por cada hospital la aplicación de la encuesta por cada semestre.</p>	<p>Cumple con las acciones de los ítems 3 y 4, en los plazos establecidos 40%</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

	<p>4.- Difusión de los resultados de la evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, entre el personal de salud involucrado en la atención quirúrgica del establecimiento de salud de II y III nivel de atención. Plazo: Diciembre 2017</p> <p style="text-align: right;">Fuente Auditable: Informe del Equipo conductor del establecimiento de salud remitido a la DIRESA/GERESA/DIRIS (que incluye a Hospitales de su jurisdicción) y de los Institutos Especializados de Lima Metropolitana, remitida a la DGAIN mediante el cual se evidencia la siguiente documentación: Cargo de documento oficial mediante el cual difunde los resultados de la autoevaluación (aplicación de la encuesta) de manera semestral a los diferentes servicios quirúrgicos que cuente el establecimiento de salud. Solicitud de acciones de mejora en los servicios quirúrgicos que incumplen la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del establecimiento de salud.</p>
Area responsable técnica.	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).
Area responsable de información	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la DGAIN, en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, DIRIS e Institutos Especializados de Lima Metropolitana.
Notas	No aplica.

Ficha N° 22: Fortalecimiento de la gestión institucional en relación a los Convenios de Gestión

Nombre	Fortalecimiento de la gestión institucional en relación a los Convenios de Gestión
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	DIRESAS/GERESA
Definición	Son las acciones realizadas por las DIRESAS para monitorear y acompañar en todo el proceso de los Convenios de Gestión, desde la socialización de los indicadores y procedimientos de evaluación, hasta la asistencia técnica que se brinda a las Redes y establecimiento, a fin de mejorar los procesos que generan los servicios de salud.
Justificación	Se busca que las DIRESAS tengan una participación activa y de liderazgo en el proceso de los Convenios de Gestión, mediante el involucramiento directo en la forma cómo los establecimientos bajo su jurisdicción se desenvuelven. Esto tiene por finalidad fortalecer la labor de la DIRESA de cara a los establecimientos bajo su jurisdicción. Por otro lado, esto permite introducir un nivel de retroalimentación para los establecimientos, que



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAJ/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

	permitirá mejorar sus resultados en el futuro. La labor de la DIRESA en este caso es de acompañamiento a los establecimientos de salud.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1.- Elaboración de un plan de difusión de Convenios de Gestión en tanto el sentido y la finalidad de los mismos, haciendo especial énfasis en la socialización de los indicadores Plazo: octubre y diciembre 2017 Fuente Auditable: Informe.	Cumple con la acción en el plazo establecido 50%
	2.- Monitoreo del cumplimiento de los indicadores y compromisos. Se busca que la DIRESA tenga una participación activa en la evolución del cumplimiento de los compromisos y sea capaz de identificar los principales problemas que impiden lograr los mejores resultados, centrando este análisis en los problemas de gestión interna que pueden existir Plazo: agosto y diciembre 2017 Fuente Auditable: Informe	Cumple con la acción en el plazo establecido 50%
Área responsable técnica.	Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS).	
Área responsable de la información.	Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS).	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Monitoreo y Evaluación (DIMON) de la Gestión de la DGOS.	
Notas	No aplica.	

Ficha N° 23. Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencias en el marco de la continuidad de la atención

Nombre	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	DIRESA/GERESA/DIRIS.
Definición	El fortalecimiento del proceso de Referencia y contra referencia en el marco de la continuidad de la atención para las personas usuarias de los servicios de salud considera establecer y disponer de mapas de flujos para emergencias, consulta externa y apoyo al diagnóstico y tratamiento. La elaboración de los mapas de flujos requiere de información sobre demanda, oferta, recursos, capacidad resolutive, oportunidad y accesibilidad de los Establecimientos de salud. Un MAPA DE FLUJOS de Referencia y Contra referencia, es un mapa temático que representa las direcciones de movimiento de la vía que tendrá el usuario para asegurar la continuidad de la atención de salud. La representación debe realizarse mediante líneas de ancho variable, proporcionales a su importancia y esquematizadas de acuerdo con el trazado.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Justificación	Para contribuir a la continuidad de la atención de los usuarios dentro de los ámbitos jurisdiccionales de las DIRESA/GERESAS/DIRIS se requiere establecer los procesos de referencia y contra referencia, estableciéndose Mapas de Flujos de Referencia y contra referencia actualizados y aprobados. Corresponde a la autoridad sanitaria regional y a las DIRIS en Lima Metropolitana, coordinar con los establecimientos de salud de sus ámbitos jurisdiccionales su elaboración e implementación. Referencia normativa: la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud", aprobado con R.M. N° 751-2004/MINSA	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Mapas de Flujos de Referencia y Contra referencia para Emergencias actualizados y aprobados por la GERESA/DIRESA/DIRIS Plazo: Diciembre 2017 Fuente auditable: Mapas de Flujos Informe.	50%
	Mapas de Flujos de Referencia y Contra referencias para Consulta Externa Mapas de Flujos de Referencia y Contra referencia para Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento actualizados y aprobados por la GERESA/DIRESA/DIRIS Plazo: Diciembre 2017 Fuente auditable: Mapas de Flujos Informe.	50%
Área responsable técnica.	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).	
Área responsable de la información	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN), en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, DIRIS (que incluye a Hospitales de jurisdicción)	
Notas	No aplica.	



Ficha N° 24 (1): Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud en la prevención y el manejo de las Emergencias Obstétricas y Atención inmediata del Recién Nacido.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud en la prevención y el manejo de las Emergencias Obstétricas y Atención inmediata del Recién Nacido.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - Minsa/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Definición	<p>Consiste en el entrenamiento de facilitadores para la capacitación del personal de la salud profesional en la prevención y el manejo de las principales emergencias obstétricas, atención inmediata del recién nacido y reanimación neonatal básica. Los potenciales facilitadores serán seleccionados de hospitales regionales y de redes de salud seleccionadas, que puedan implementar o replicar las capacitaciones en su ámbito. Las regiones priorizadas serán Lima, Cajamarca, Loreto y Cusco, porque concentran las mayores tasas de mortalidad materna en el país.</p> <p>El entrenamiento se realizará mediante cursos-talleres con simulación clínica. Los temas de capacitación en salud materna serán:</p> <p>Atención prenatal integral. Atención de Parto con adecuación cultural y partograma. Destrezas para salvar vidas en hemorragia obstétrica. Código rojo en el manejo de shock hemorrágico. Clave azul y su manejo en los Trastornos Hipertensivos. Sepsis en Obstetricia, Shock séptico. Ameriaza de parto prematuro. Estabilización y Referencia Oportuna.</p> <p>Los temas de capacitación en salud neonatal serán:</p> <p>Atención inmediata del RN. Reanimación básica neonatal.</p>	
Justificación	<p>El desarrollo de competencias en el personal profesional de salud es un mecanismo importante para mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud en el área materno perinatal. El INMP tiene dentro de sus funciones la docencia a nivel nacional en temas de Salud Sexual y reproductiva y al neonato de alto riesgo, de manera que se contribuya con la disminución de la mortalidad materna y perinatal.</p>	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento de Compromiso	<p>Elaboración de Plan de entrenamiento de facilitadores para la capacitación de profesionales de la salud en la prevención y manejo de las emergencias obstétricas, y la atención del recién nacido, dirigido a profesionales de la salud de los hospitales regionales y redes seleccionados.</p> <p>Fuente auditable: Plan consensuado con la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la DGIESP, aprobado por R.D. del INMP. Al mes de julio 2017.I.</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 1; en el plazo establecido. 30%</p>
	<p>2. Ejecución del Plan aprobado. Al menos 20 facilitadores por cada región priorizada, para la capacitación en la prevención y manejo de las emergencias obstétricas, y la atención del recién nacido. Entre el segundo y cuarto trimestre.</p> <p>Fuente auditable: Informe de ejecución del plan que incluye listado de facilitadores aprobados según región.</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 2; en el plazo establecido 70%</p>
Área responsable técnica	<p>Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública (DGIESP).</p>	
Área responsable de información	<p>Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública (DGIESP).</p>	
Frecuencia de medición	<p>Anual</p>	
Fuente de datos	<p>Informe preparado por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la DGIESP, a partir de informe remitido por las DIRIS.</p>	
Notas	<p>No aplica.</p>	



Ficha N° 24 (2). Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los Establecimientos de Salud en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con alteraciones oculares.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los Establecimientos de Salud en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con alteraciones oculares.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.	
Institución	Instituto Nacional de Oftalmología (INO) e Instituto Regional de Oftalmología (IRO).	
Definición	<p>Entrenamiento de facilitadores regionales para la capacitación de profesionales de la salud del primer nivel de atención (que desarrollan actividades asistenciales en consultorios de crecimiento y desarrollo, etapas de vida adolescente y adulto mayor), en lo que respecta a la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con alteraciones oculares.</p> <p>Los contenidos del entrenamiento abarcarán información teórica sobre patologías oculares y la práctica de exámenes y procedimientos oculares, en el marco de la atención integral de las principales patologías oculares causantes de discapacidad visual y ceguera evitable establecidas en el Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera – ESNSOPC (RM N° 907-2014/MINSA)</p>	
Justificación	<p>El fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud es un mecanismo importante para ampliar el acceso a la salud ocular de calidad en el ámbito nacional. En ese marco, la formación de facilitadores regionales para la capacitación en atención integral de las principales patologías oculares es uno de los Objetivos Específicos del Plan de la ESNSOPC, dirigido a contribuir en la sostenibilidad del desarrollo de las intervenciones priorizadas en el primer nivel de atención, teniendo en cuenta la alta rotación del recurso humano en salud.</p> <p>El INO e IRO, como establecimientos de salud altamente especializados, tienen como una de sus funciones esenciales la docencia, la cual se desarrolla a través de la capacitación de profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención, en concordancia con las necesidades regionales identificadas por la ESNSOPC.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1. Elaboración de un Plan de Entrenamiento de Facilitadores para la capacitación de profesionales de la salud de hospitales y establecimientos del primer nivel de atención, en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de alteraciones oculares.</p> <p>Fuente Auditable: Plan consensuado con la ESNSOPC, aprobado por Resolución Directoral del INO e IRO. Al mes de Abril.</p>	30%
	<p>2. Ejecución del Plan de Entrenamiento de Facilitadores. Se entrenará a no menos de 50 profesionales de la salud a nivel nacional, 02 por Región, mediante 04 talleres teórico-prácticos organizados por macro-regiones; y el acompañamiento de los facilitadores en el desarrollo de cursos de capacitación con personal de salud de los establecimientos de primer nivel, en 04 Regiones priorizadas por la ESNSOPC.</p>	70%



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

	Fuente Auditable: Informe de ejecución del Plan, que incluye el listado de facilitadores aprobados por el INO, con visto bueno de la ESNSOPC y las DIRIS. Entre el segundo y el cuarto trimestre.
Área responsable técnica.	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - ESNSOPC de la Dirección de Prevención de Enfermedades No Trasmisibles y Oncológicas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - DGIESP.
Área responsable de la información.	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - ESNSOPC de la Dirección de Prevención de Enfermedades No Trasmisibles y Oncológicas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - DGIESP.
Frecuencia de medición	Anual.
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP a partir de informe remitido por las DIRIS.
Notas	No aplica.

Ficha N° 24 (3). Fortalecimiento de competencias del personal de la salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud que certificación de la discapacidad.

Nombre	Fortalecimiento de competencias del personal de la salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud que certificación de la discapacidad.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)
Definición	Consiste en la capacitación de médicos para la certificación de la discapacidad. Los potenciales médicos certificadores de la discapacidad serán seleccionados de las de las IPRESS de acuerdo a las necesidades. El entrenamiento se realizará mediante cursos-talleres con simulaciones clínicas.
Justificación	<p>En 2012, la Encuesta Nacional Especializada en Discapacidad (ENEDIS) INEI, mostró que del total de personas que viven con algún tipo de discapacidad solamente el 7% cuenta con certificado que acredite esa condición. Los hospitales que otorgaron el certificado según institución fueron: 52,8% Ministerio de Salud, 33,0% EsSalud, el 2,9% fuerzas policiales y 2,6% Fuerzas Armadas. A nivel nacional se cuenta con estos especialistas; por lo cual el acceso a la atención de salud especializada y a la obtención de la certificación de la discapacidad es limitada a nivel nacional.</p> <p>Frente a esta problemática, en 2016, el Ministerio de Salud aprobó la Norma Técnica de Salud NTS 127 MINSA-DGSP V0.1, que establece la "Evaluación, calificación y certificación de la persona con discapacidad" (R.M N°981-2016 MINSA); dispone que "El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Rehabilitación 'Adriana Rebaza Flores Amistad Perú Japón en coordinación con las regiones planificarán un proceso de capacitación continua a los médicos certificadores de la discapacidad a fin de adquirir competencias en el proceso de certificación.</p> <p>En ese contexto, el INR desplegará acciones de capacitación de profesionales médicos para que realicen la certificación de la discapacidad de pacientes en áreas con difícil acceso a los servicios especializados; como una estrategia de extensión de la oferta a nivel nacional y de los diferentes subsectores.</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MNSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<p>1. Elaboración de un plan de capacitación de profesionales médicos para la certificación de la discapacidad, con enfoque nacional e intersectorial. Fuente auditable: Plan consensuado con el área responsable técnica del MNSA, aprobado por Resolución Directoral del INR. Al mes de abril del 2017.</p> <p>2. Elaboración de módulos educativos para la capacitación de médicos para la certificación de la discapacidad. Al mes de abril de 2017.</p> <p>Fuente auditable. Resolución Directoral del INR que aprueba el plan y el modulo educativo.</p>	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en el plazo establecido</p> <p align="center">30%</p>
	<p>3. Ejecución del plan de capacitación aprobado: se brindará asistencia técnica a las regiones de Lima y callao; y a las otras regiones a través de asistencias técnicas Macro regionales (Macro Sur, Macro Norte, Macro Centro y Macro oriente). Se contará con un total de 420 médicos certificadores de los cuales 50% o más deberán ser de provincias; capacitados a agosto 2017.</p> <p>Fuente auditable: Informe de ejecución del plan, que incluye listado de Médicos que aprobaron el curso según región y subsector.</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 3; en el plazo establecido</p> <p align="center">70%</p>
Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)	
Área responsable de información	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP a partir de informe remitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación.	
Notas	No aplica.	

Ficha N° 24 (4). Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y redes de salud en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia. Instituto Nacional de Salud del Niño.



Nombre	Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y redes de salud en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	Instituto Nacional del Niño (INSN)
Definición	Conjunto de acciones desarrolladas por la institución orientadas a mejorar las competencias del personal de salud del primer nivel de atención de Lima Metropolitana, para mejorar la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia: Neumonía, SOBA/ASMA, Anemia y Desnutrición.
Justificación	<p>El desarrollo de competencias en el personal de la salud del primer nivel de atención es una estrategia importante para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud.</p> <p>Según la ENDES 2014, en Lima Metropolitana 4 de cada 10 niños de 06 a 35 meses de edad tienen anemia por deficiencia de hierro; y según el reporte del sistema de vigilancia epidemiológica, en 2015, en esta parte se ha atendido más de 8 mil casos de neumonía en niños menores de 5 años, lo que representa un tercio del total reportado como país.</p> <p>El Instituto Nacional de Salud del Niño tiene como función "Capacitar a los profesionales de la salud y técnicos del sector, con nuevos conocimientos científicos y tecnológicos adquiridos de la investigación y atención especializada en el campo de la pediatría" (ROF).</p>

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Logros esperados y Porcentaje de cumplimiento	<p>1. Elaboración consensuada (MINSAL/DGSP/Etapa de vida Niño), DIRIS e INSN) del Plan de capacitación en el diagnóstico y manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia: Neumonía, SOBA/ASMA, Anemia y Desnutrición), dirigido al personal de la salud profesional de los establecimientos de salud de las 9 Redes de Salud de y de los hospitales nivel II de Lima Metropolitana.</p> <p>2. Elaboración/adaptación/adopción de módulos educativos para la capacitación, la metodología debe incorporar capacitación en servicio.</p> <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia fechada de la Resolución Directoral INSN que aprueba el Plan de Capacitación. Al primer trimestre. Módulos de capacitación en medio magnético. Al mes de mayo 2017. 	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en los plazos establecidos</p> <p align="center">30%</p>
	<p>3. Ejecución del plan de capacitación: Capacitar en diagnóstico y tratamiento de la neumonía SOBA/ASMA, Anemia y desnutrición infantil, como mínimo a 03 profesionales de todos los EESS categoría I-4; y al menos 02 profesionales de los EESS I-3 priorizados por las DIRIS. (120 a 180 profesionales)</p> <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe de capacitación que incluye la evidencia de la certificación de los participantes. Entre el tercer y cuarto trimestre. 	<p>Cumple con las acciones del ítem 3; en los plazos establecidos</p> <p align="center">70%</p>
	Área responsable técnica.	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida de la DGIESP.
Área responsable de la información.	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida de la DGIESP.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP, a partir del informe remitido por las DIRIS.	
Notas	No aplica.	

Ficha N° 24 (5). Fortalecimiento de Competencias del personal de salud de los hospitales y redes de salud en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo.

Nombre	Fortalecimiento de Competencias del personal de salud de los hospitales y redes de salud en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo.
Tipo	Compromiso de Mejora de los Servicios
Institución	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Definición	Se mejorará las competencias del personal de salud de hospitales (médicos emergenciólogos, médicos neurólogos, médicos internistas, médicos intensivistas y enfermeras de los servicios de emergencia y cuidados críticos) y de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de las redes de salud (médicos generales y enfermeras), en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Justificación	<p>Actualmente en el Perú una de las primeras causas de mortalidad específica es la enfermedad cerebrovascular, la cual tiene al Infarto cerebral como el subtipo más frecuente. Además el Infarto cerebral es una de las primeras causas de morbilidad neurológica y la segunda de discapacidad física y mental.</p> <p>Considerando que los principales factores de riesgo para la enfermedad cerebrovascular son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaco, dislipidemia, relación cintura cadera elevada, estrés psicosocial, depresión y estilos de vida no saludables; establecer medidas preventivas de estos factores de riesgo contribuirá a disminuir la incidencia de esta enfermedad. De manera específica, respecto al "infarto cerebral", es importante el diagnóstico y manejo precoz dentro de las primeras 4.5 horas de iniciado el Infarto cerebral, porque de ello dependerá la prevención de la discapacidad del paciente, para su posterior reinserción a la población económicamente activa. Además se mejorará la calidad de vida de las personas afectadas con esta enfermedad.</p> <p>Desde 2009, el INCN brinda el tratamiento trombolítico a los pacientes con infarto cerebral. En 2015, se aprobó la versión 2 de la Guía de Práctica Clínica de tratamiento trombolítico en infarto cerebral.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de compromiso	<p>Elaboración del Plan de Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y redes en la prevención y manejo del Infarto Cerebral agudo.</p> <p>Fuente auditable: Plan aprobado por RD del INCN a julio de 2017.</p>	30%
	<p>Ejecución del Plan de Fortalecimiento de competencias del personal de salud en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo. No menos de 20 médicos especialistas y 30 enfermeras de Hospitales tipo III; 25 médicos generales y 25 enfermeras de la las DIRIS. Entre junio y diciembre de 2017.</p> <p>Fuente Auditable: Informe de ejecución del plan de fortalecimiento de competencias del personal de salud en la prevención y manejo del Infarto Cerebral Agudo. Incluye el listado de 100 profesionales de la salud certificados por el INCN según hospital y DIRIS. (Hospitales: 20 médicos especialistas y 30 enfermeras. DIRIS: 25 médicos generales y 25 enfermeras). A diciembre de 2017.</p>	70%
Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control de enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas de la dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP).	
Área responsable de información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGAIN a partir del informe remitido por el INCN.	
Notas	No aplica.	

Ficha N° 24 (6). Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud mental.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud mental.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Institución	Institutos y hospitales de salud mental.	
Definición	Capacitación y asesoría técnica dirigido a los equipos interdisciplinarios de los hospitales regionales y redes de salud con el propósito de brindar la asistencia técnica necesaria para el manejo clínico, psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutoria de los servicios. Esta actividad es realizada por los equipos de profesionales de los hospitales especializados e Instituto de Salud Mental.	
Justificación	Fortalecer la prestación de servicios de salud de los hospitales y redes de salud para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental en acción articulada y organizada por niveles de complejidad y desde la perspectiva de la atención primaria renovada. Impulsar la descentralización de la atención de salud mental para incrementar el acceso, ampliar coberturas, afianzar la gobernabilidad regional y mejorar la inclusión social en este aspecto. Ley 29889 y su Reglamento.	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	1) Elaboración y aprobación de un plan de fortalecimiento de competencias en base a la metodología "acompañamiento clínico-psicosocial" dirigido a equipos de salud de los hospitales regionales y redes seleccionadas: INSM al menos en 3 regiones del país y las DIRIS, Hospital Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán al menos en una región y las DIRIS Fuente auditable: Plan aprobado por RD de los hospitales e Instituto de Salud Mental, según corresponda; con vistos de aprobación de la Dirección de Salud Mental de la DGSP-MINSA, y DIRIS. Al mes de julio 2017.	Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en los plazos establecidos
	2) Elaboración de un plan de entrenamiento de facilitadores para la capacitación de equipos de la salud en la aplicación de la metodología "acompañamiento psicosocial". Al menos 05 facilitadores por Región seleccionada, entre hospitales y redes. Al primer trimestre. Fuente auditable: Plan aprobado por RD de los hospitales e Instituto de Salud Mental, según corresponda; con vistos de aprobación de la Dirección de Salud Mental de la DGSP-MINSA, y DIRIS. Al mes de julio 2017.	40%
	3) Ejecución de los planes de capacitación a profesionales de la salud y facilitadores de hospitales y establecimientos de primer nivel de atención. La aprobación de facilitadores será por módulo educativo. Entre el segundo y cuarto trimestre. Fuente auditable: Informe de ejecución de los Planes (arriba indicado), que incluye el listado de profesionales de la salud aprobados, y listado de facilitadores aprobados por módulo, según Región y DIRIS. Entre el segundo y cuarto trimestre.	Cumple con las acciones del ítem 3) en los plazos establecidos 60%
Área responsable técnica y de la información	Dirección Ejecutiva de Salud Mental de la DGIESP.	
Área responsable de la información	Dirección Ejecutiva de Salud Mental de la DGIESP	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Salud Mental de la DGIESP, a partir de informe remitido por las DIRIS.	
Notas	No aplica.	



Ficha N° 24 (7). Mejora del seguimiento y control de pacientes atendidos en Emergencia. Hospital de Emergencias Pediátricas.

Nombre del Indicador	Mejora del seguimiento y control de pacientes quirúrgicos atendidos en Emergencia.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de Emergencias Pediátricas	
Definición	El seguimiento sirve para detectar oportunamente complicaciones de enfermedades o problemas derivados de los procedimientos quirúrgicos realizados, asimismo para la finalización de los tratamientos quirúrgicos administrados.	
Justificación	<p>Los pacientes quirúrgicos atendidos en los servicios de emergencia que no son hospitalizados requieren de seguimiento de la evolución de su problema de salud y del tratamiento indicado después de su salida del Servicio de Emergencia.</p> <p>Al respecto, este compromiso busca facilitar el acceso y oportunidad de la atención médica especializada en las especialidades de Cirugía Pediátrica, Neurocirugía y Traumatología para el control de pacientes atendidos por una Emergencia o Urgencia quirúrgica médica que no necesitaron de la hospitalización.</p> <p>En el Hospital de Emergencias Pediátricas, la atención de seguimiento y control de los pacientes atendidos en Emergencia se realizaba en la misma emergencia ocasionando saturación de los servicios y aglomeración de pacientes donde se confundía los pacientes que requieren realmente atención de emergencia o urgencia y aquellos que eran citados para realizar un seguimiento luego de un procedimiento quirúrgico.</p>	
Logros esperados y porcentaje de cumplimiento.	Plan de implementación de Área para control y seguimiento de pacientes quirúrgicos. Fuente Auditable: Documento aprobado por la institución al mes de diciembre 2017.	Cumple con las acciones del ítem 1) 30%
	Implementación de un área de atención de seguimiento y control de pacientes quirúrgicos. Fuente Auditable: Informes de la implementación, conteniendo fotos de la implementación, rol de programación u otros documentos sustentatorios. Al mes de diciembre de 2017.	Cumple con las acciones del ítem 2) 70%
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).	
Área responsable de información	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por DGAIN, a partir de los informes proporcionados por las DIRIS y el órgano desconcentrado.	
Notas	No aplica.	



Ficha N° 24 (8). Mejora del Seguimiento y control de pacientes atendidos en Emergencia- Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa.

Nombre	Implementación de un sistema de registro de seguimiento y control de pacientes post quirúrgicos	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	
Definición	Consiste en la elaboración y uso de un aplicativo informático como herramienta de apoyo para el seguimiento y control de los pacientes postquirúrgicos atendidos en los Servicios quirúrgicos del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa	
Justificación	El seguimiento postquirúrgico de pacientes es importante y necesario para garantizar la evolución apropiada del paciente y a su vez evaluar el desempeño de los servicios. En este concepto, el HEJCU implementará un aplicativo informático para el registro de un conjunto de datos útiles para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos atendidos por emergencias y urgencias, que serviría para la evaluación del desempeño clínico de los servicios.	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	1) Diseñar y validar un Plan Institucional para la implementación de un sistema de registro de datos para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos. Fuente auditable: RD que aprueba el Plan de implementación de un sistema de registro de datos para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos. Año 2017	Cumple con las acciones del ítem 1) 30%
	2) Capacitación de al menos a 12 profesionales del equipo de salud de los Departamentos de Cirugía, Traumatología y Neurocirugía, respecto al manejo del aplicativo informático. Fuente auditable: Informe de las capacitaciones realizadas remitidos a las DIRIS.	Cumple con las acciones de los ítems 2) y 3) 70%
	3) Implementación del aplicativo informático para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos. Fuente auditable: Reportes automatizados que genera el aplicativo informático remitido a las DIRIS. <i>Un reporte debe ser: Número de Complicaciones presentadas en pacientes atendidos por emergencia en las especialidades de Cirugía General, Neurocirugía y Traumatología, en los meses de noviembre y diciembre 2017.</i>	
Área responsable técnica.	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).	
Área responsable de la información.	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN), a partir de informe remitido por las DIRIS.
Notas	No aplica.

Ficha N° 25. Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.

Nombre	Implementación de la Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	DIRESA/GERESA/Hospitales/Establecimiento de salud seleccionado. Observación: Las DIRIS y Redes de Salud, seleccionaran un establecimiento de salud (hospital menor de 50 camas o el establecimiento de salud que atiende el mayor número de gestantes/puérperas/recién nacidos) de su jurisdicción, al que se le evaluara y los resultados aplicaran a todo la Red.
Definición	<p>Desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr la "Certificación de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño" (Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA y la incorporación de los Anexos 5; 5A; 5B; 6; 6A; 6B; 6C; 6D; 6E; 6F; 6G; 7; 7A; 7B; y 7:C, aprobada con Resolución Ministerial N° 353-2016/MINSA). El establecimiento de salud certificado promueve y protege la lactancia materna como practica clave para reducir la morbilidad infantil en las y los niños hasta los veinticuatro (24) meses de vida.</p> <p>La DIRESA/GERESA/DIRIS, debe realizar acciones para mejorar la organización de los servicios y fortalecer las competencias del personal de salud para la adecuada implementación de la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, por parte del personal de salud de los Establecimientos de Salud, según corresponda.</p>
Justificación	<p>La evidencia actual indica que la lactancia materna es el método de alimentación infantil más seguro y saludable, además proporciona beneficios a corto y largo plazo al niño o niña, tanto en su estado nutricional, afectivo, de salud y desarrollo durante los primeros años de vida e incluso en periodos posteriores, extendiendo estos beneficios a la madre, la familia y la comunidad.</p> <p>En el Perú según la ENDES, la proporción de menores de 06 meses con lactancia materna exclusiva a nivel nacional no mantiene una constante de incremento, así se puede observar que entre los años 2011 al 2015 ha disminuido del 70.6% a 65.2%, mientras que en el 2016 se ha incrementado al 69.8%; siendo las zonas rurales las que tienen un mayor incremento de 82.5% a 85.3%, en comparación con las zonas urbanas que han disminuido de 64% a 63.2%, en el mismo periodo de tiempo (2011 a 2016).</p> <p>Si comparamos por departamentos, entre el 2011 al 2016, las regiones que más han disminuido la Lactancia Materna Exclusiva en menores de 06 meses han sido Tumbes 33.2%, Junín 18.6%, Madre de Dios 18.5%, Ica 16.4%, Lambayeque 16.3% y San Martín 10.8%; a diferencia de las que han incrementado como son Moquegua 20.1%, Pasco 15.1%, Piura 14.4%, Arequipa 10.7% y Tacna 4.4%, en el mismo periodo de tiempo.</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETU LEGISLATIVO N° 1153

	<p>En este contexto, el Ministerio de Salud asume su rol rector y en mérito del cumplimiento de compromisos establecidos y en concordancia con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Pequeño, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, de acuerdo a las recomendaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en el marco de sus políticas y normativas sectoriales, promueve, protege y apoya la lactancia materna, considerada como la primera y mejor práctica de alimentación y a la leche materna como la principal fuente de alimentación de niños y niñas hasta los veinticuatro (24) meses de vida.</p>	
<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<p>1. Conformación o reactivación del Comité Técnico Institucional (GERESAS/DIRESAS) o Comité de lactancia materna (Hospitales, Establecimiento de salud seleccionado) para la promoción y protección de la lactancia materna.</p> <p>Fuente auditable: Copia fedateada de la Resolución Directoral (RD) o Resolución Jefatural (RJ), según corresponda, emitida durante los años 2016-2017.</p> <p>2. Plan de trabajo anual del Comité Técnico Institucional o Comité de lactancia materna (según corresponda) para la promoción y protección de la lactancia materna, aprobado por RD o RJ. El Plan debe incluir como mínimo la programación de las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Reuniones de socialización de los documentos normativos: i) Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, ii) NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01, iii) NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01, iv) Reglamento de Alimentación Infantil (Decreto Supremo N° 009-2006-SA), y iv) Decreto Supremo N° 001-2016-MIMP que desarrolla la Ley N° 29896 - Ley que establece la implementación de lactarios en las instituciones del sector público y del sector privado promoviendo la lactancia materna. (Aplica a Hospitales y establecimiento de salud seleccionado). b) Capacitación* al personal de la salud que trabaja con la madre y el niño, en temas relacionados a lactancia materna, promoción - protección de la lactancia materna y buenas prácticas de atención del bebé. (Aplica a Hospitales y establecimiento de salud seleccionado) c) Capacitación* de facilitadores en metodología de evaluación interna (Aplica a DIRESA/GERESA) d) Acciones de Monitoreo y/o Supervisión. (Aplica a DIRESA/GERESA/Hospitales y establecimiento de salud seleccionado) e) Evaluación Interna. (Aplica a Hospitales y establecimiento de salud seleccionado) <p>Fuente auditable: Copias fedateadas de cronograma del Plan de trabajo Comité Técnico Institucional o</p>	<p>Cumple con todas las acciones de los ítems 1 y 2</p> <p>30%</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

	Comité de lactancia materna y RD o RJ de aprobación del Plan. Es válido que las actividades b) y c) se programen para el 2018, siempre en cuando el Plan de Trabajo sea 2017-2018, caso contrario solo se considerara la programación de a), d) y e).	
	<p>3. Ejecución de Plan de trabajo: Se evaluara el cumplimiento de las actividades programadas en el plan de trabajo.</p> <p>Fuente auditables: Copias fedateadas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Para la actividad a): Listado de participantes en las reuniones de sociabilización de los documentos normativos mencionados líneas arriba. ✓ Para la actividad b) o c): Informe de la capacitación* emitido por la unidad de capacitación o la que haga sus veces, adjuntando lista de participantes que aprobaron la capacitación (datos mínimos: nombres y apellidos, profesión, EESS de procedencia, horas de capacitación). Para la actividad "b", estas deben ser como mínimo 20 horas presenciales y 3 horas de práctica clínica** ✓ Para la actividad d): Informe de las actividades de Supervisión y Monitoreo, adjuntar ficha de monitoreo (Anexo 04 de la RM N° 609-2014/MINSA) con los V°B° de los establecimientos o áreas visitadas ✓ Para la actividad e): Informe final de la evaluación interna, adjuntar: matriz de consolidación de entrevistas, acta final de calificación (anexo 7b y 7C de la RM N° 353-2016/MINSA) y plan de mejora según brechas identificadas durante la evaluación. 	<p>Cumple con la ejecución de las actividades a), d) y e)</p> <p align="center">50%</p> <p>Cumple con la ejecución de las actividades b) o c)</p> <p align="center">20%</p>
Área responsable técnica.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública.	
Área responsable de la Información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública.	
Frecuencia de medición	Evaluación: anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Intervenciones Estratégicas por Curso de Vida y Cuidado Integral, a partir de los Informes remitidos por la DIRESA/GERESA/DIRIS.	
Notas	No aplica.	



*Actividad de enseñanza-aprendizaje destinada a cerrar brechas o desarrollar competencias o conocimientos en el servidor civil. En Formación Laboral pueden ser talleres, cursos, seminarios, diplomados u otros que no conduzcan a grado académico ni a título profesional (Resolución de Presidencia Ejecutiva N°141-2016-SERVIR-PE).

**R.M N° 353-2016/MINSA

ANEXO N° 4 - PROCEDIMIENTOS E INTERPRETACIÓN DE LOS CÁLCULOS DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM

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

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

Se aplica la siguiente fórmula:

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

Dónde:

PI: Porcentaje de cumplimiento anual del Indicador.

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

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

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

Ejemplo 1A

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



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

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

Ejemplo: i) productividad hora médico, ii) promedio de permanencia cama

Los posibles resultados son:

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



Ejemplo 2:

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

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

c. Para compromiso de mejora de los servicios:

- 6 Si la institución realizó todas las acciones definidas y en las fechas establecidas, el porcentaje de cumplimiento es 100%. De no lograr todas las acciones y/o hacerlo fuera de las fechas establecidas, para los dos semestres, el porcentaje de cumplimiento del compromiso es 0%.
- 7 Si la institución realizó todas las acciones definidas solamente para uno de los semestres, el porcentaje de cumplimiento será el que señala la ficha técnica para ese semestre. Así en el Ejemplo 3, para el Compromiso de Mejora "Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño" (Ficha Técnica N° 22 en Anexos), si la institución cumple solo con todas las acciones solicitadas para el primer semestre, tendrá un porcentaje de cumplimiento del compromiso de 30%; y si solo cumple lo solicitado para el segundo semestre tendrá un porcentaje de cumplimiento de 70%.



Ejemplo 3

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

N°	Institución	Valor Logro esperado		Valor Logro Alcanzado		Porcentaje de cumplimiento Anual (%)	Criterios de Evaluación Ficha N° 22	
		I Sem	II Sem	I Sem	II Sem		Primer Semestre	Segundo Semestre
1	DIRESA Amanecer	30%	70%	30%	70%	100%	Cumple con todas las acciones de los ítems 1 y 2 en el plazo establecido =30%	Cumple con todas las acciones del ítem 3 =70%
2	Red Luz	30%	70%	30%	0%	30%		
3	Red Celeste	30%	70%	0%	70%	70%		
4	Red Rayos	30%	70%	0%	0%	0%	Cumple con alguno o ninguno de las acciones = 0 %	Cumple con alguno o ninguno de las acciones = 0 %
5	Red Brisas	30%	70%	30%	70%	100%		

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

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



Ejemplo 1B

INDICADOR: Porcentaje de recién nacidos afiliados al SIS con dos controles de crecimiento y desarrollo CRED.						
DIRESA/ GERESA/ DIRIS	RED	Valor Umbral (%)	Valor Logro Esperado (%)	Valor Logro Alcanzado (%)	Porcentaje de Cumplimiento Anual (I)	Peso Ponderado Asignado (P)
Éxito	Primera	14.6	36	44.8	100%	13
Éxito	Segunda	12	36	70.4	100%	10
Avanza	Primera	3.1	31	16.3	47.20%	12
Avanza	Segunda	2.7	28	18.8	63.60%	13
Avanza	Cuarta	2.7	28	10	28.70%	12
Avanza	Quinta	7	34	27.7	76.50%	10
Esperanza	Primera	1	28	1.8	2.90%	12
Esperanza	Segunda	0.69	28	1.8	4.00%	10
Esperanza	Tercera	12.8	36	10.3	0%	10

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

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

Dónde:

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

Σ : Sumatoria

I_n : Porcentaje de cumplimiento anual de la meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios n-ésimo.

P_n : Peso ponderado de la meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de los servicios n-ésimo.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 234 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

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

Ejemplo 4A. Tabla resumen de resultados de evaluación de las MI, ID y CM del Convenio de Gestión 2016. DIRESA Primordial.

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



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 234 - MINSA/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

12. Supervisión a los establecimientos de salud.		Cumple 3 acciones (2 primer y 3 segundo semestre)	Cumplió con todas las acciones.	100	7
13. Establecimientos de salud (EESS) que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.		70% de EESS de la Región con 85% o más de disponibilidad de equipos, insumos críticos y medicamentos.	50% EESS con el logro esperado	0	5
				100	

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

Ejemplo 4B

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

PG = 61.6%



L. A. TEJADA M.



A. LUJAN C.

ANEXO N° 5 - CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN 2017

Fecha	Actividad	Responsable	Duración (Días)
Hasta el 28.02.18	Envío de la información de evaluación de los indicadores y compromisos de mejora, será a través del aplicativo web Regularización del envío de datos HIS y de los Indicadores Hospitalarios a la OGTI	Director General / Gerente Regional de Salud de los Gobiernos Regionales Directores Generales de Hospitales, Institutos y de las Direcciones de Redes de Lima Metropolitana	-
Hasta el 20.03.18	Elaboración del Informe anual de evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM y remisión a la OGTI.	Áreas técnicas del MINSAL	20
Hasta el 02.04.18	Registan los datos del cumplimiento de las MI, ID y CM en el aplicativo informático	Áreas técnicas del MINSAL	5
Hasta el 04.04.18	Publicación de los resultados preliminares de la evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM.	Oficina General de Tecnología de la Información	02
Del 05.04 hasta el 05.05.18	Recepción de solicitudes de reconsideración sobre los resultados preliminares de evaluación a las áreas técnicas del MINSAL.	Director General / Gerente Regional de Salud de los Gobiernos Regionales Directores Generales de Hospitales, Institutos y de las Direcciones de Redes de Lima metropolitana	30
Hasta el 04.06.18	Reuniones entre las partes para atender las reconsideraciones Evaluación de las solicitudes de reconsideración. Emisión del Informe final correspondiente	Áreas técnicas del MINSAL	30
Hasta el 09.06.18	Publicación de los resultados definitivos de la evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM	OGTI	5



L. A. TEJADA M.



A. LUJÁN C.

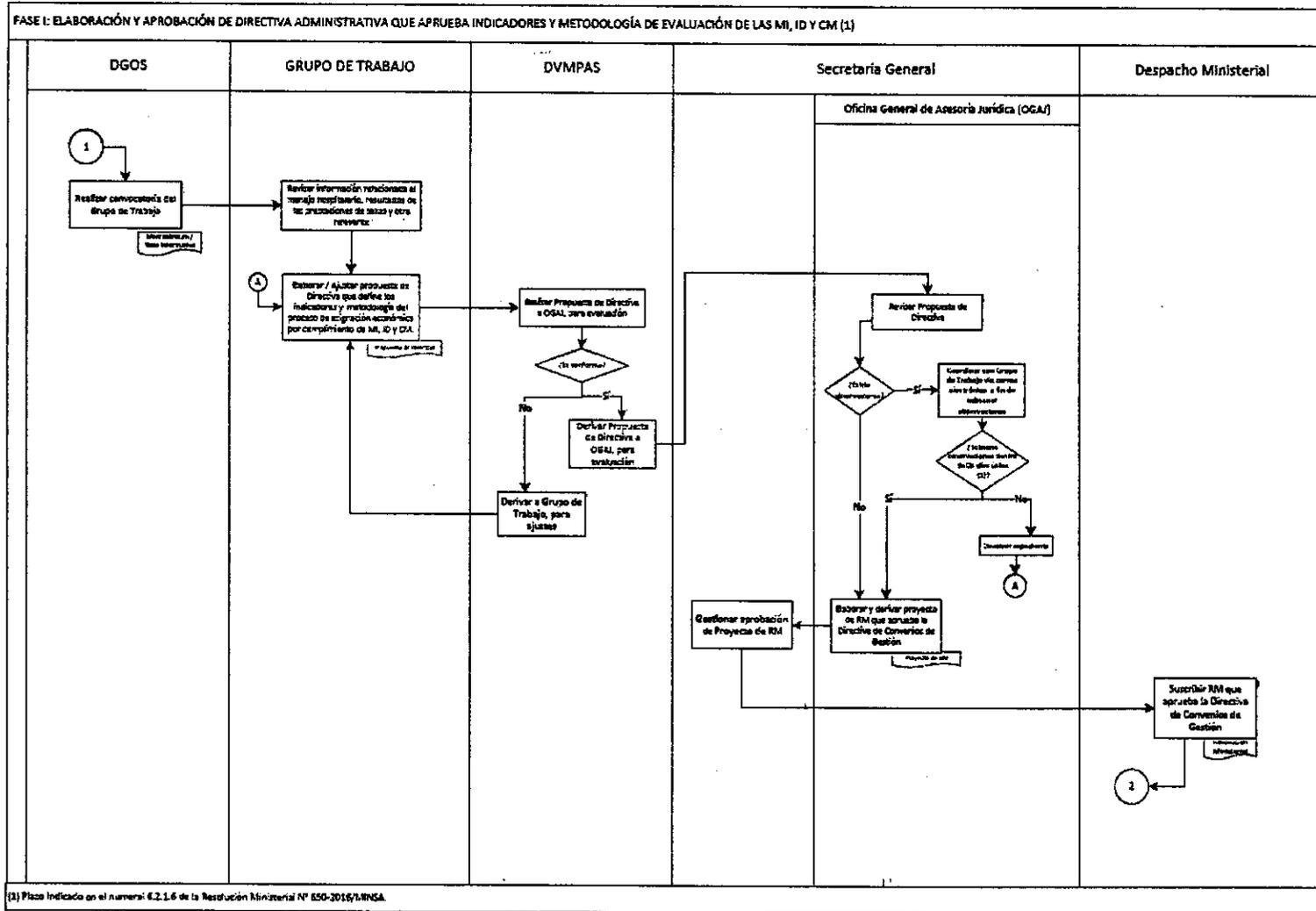
ANEXO N° 6 - ESCALA REFERENCIAL DE ENTREGA ECONÓMICA ANUAL

ENTREGA ECONÓMICA ANUAL					
(En Nuevos Soles)					
Personal de la Salud	Porcentaje Global de Logro				
	Mayor o igual que 95% hasta 100%	Mayor o igual que 90% y menor que 95%	Mayor o igual que 80% y menor que 90%	Mayor o igual que 70% y menor que 80%	Mayor o igual que 60% y menor que 70%
Médico cirujano	4,568	4,340	3,883	2,056	1,370
Cirujano dentista, químico farmacéutico, obstetra, enfermero, médico veterinario ¹ , biólogo ¹ , psicólogo ¹ , nutricionista ¹ , ingeniero sanitario ¹ , asistente social ¹ , tecnólogo médico y químico.	2,239	2,127	1,903	1,008	672
Técnicos especializados de los servicios, de fisioterapia, laboratorio y rayos X	1,949	1,852	1,657	877	585
Personal de la salud SPA - SPF técnico asistencial y	1,951	1,853	1,658	878	585
auxiliar asistencial STA - STF	1724	1638	1465	776	517
SAA - SAF	1699	1614	1444	765	510
1/ Que presta servicio en el campo asistencial de la salud.					

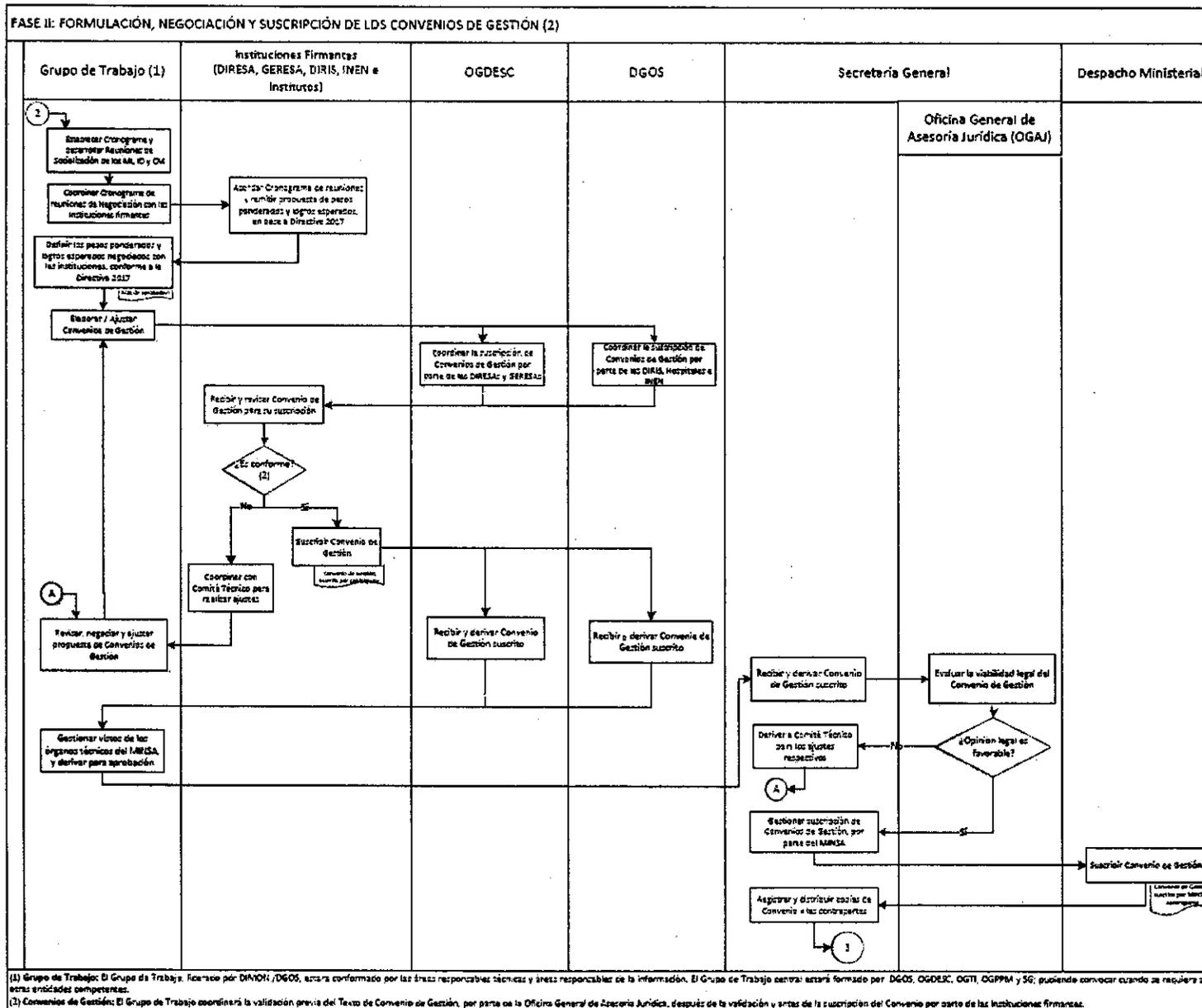


DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSAL/2017/DGOS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

ANEXO N° 7 - FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE CONVENIOS DE GESTIÓN



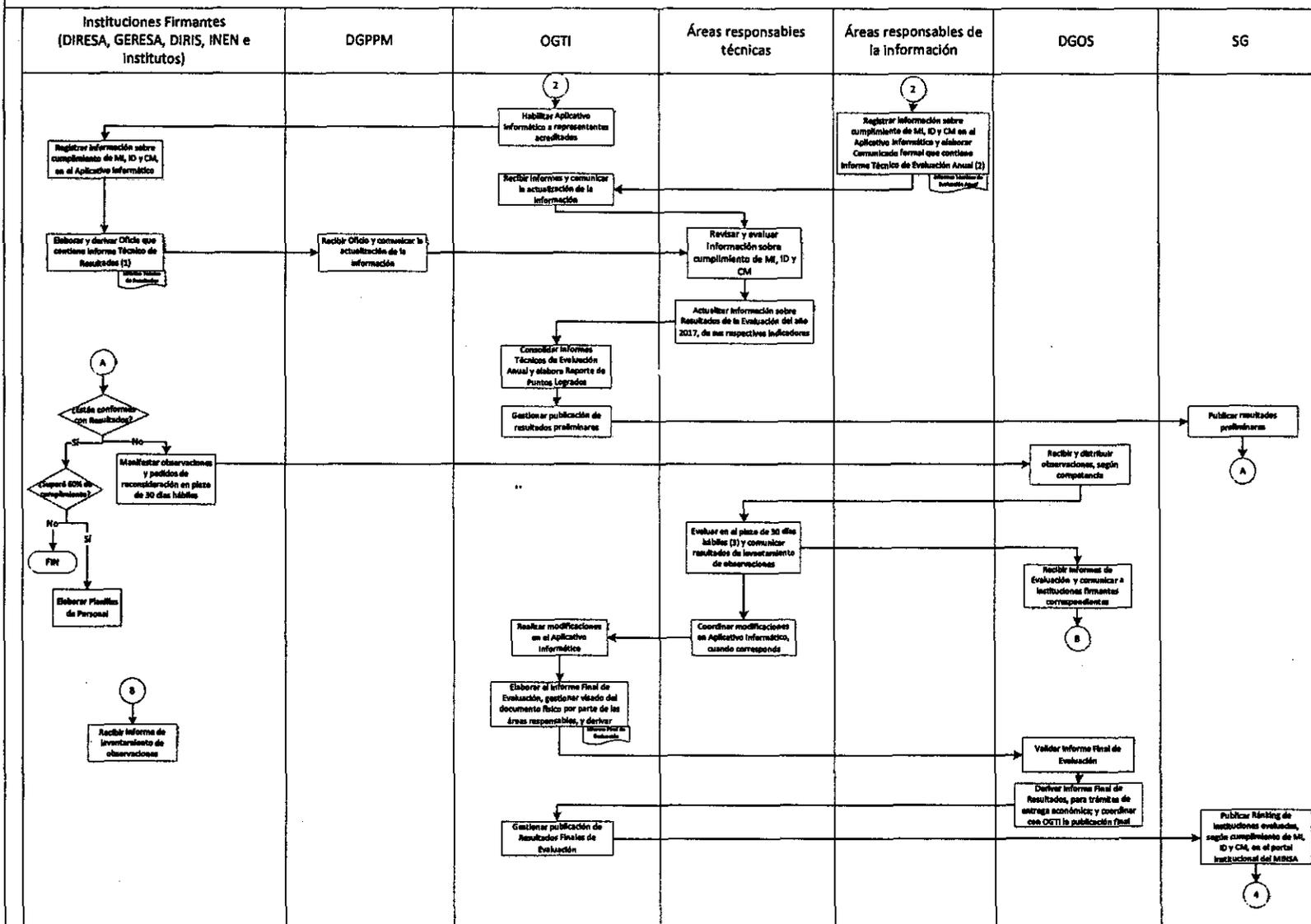
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153



A. LUJÁN C.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

FASE III: EVALUACIÓN DE LAS MI, ID Y CM (3)



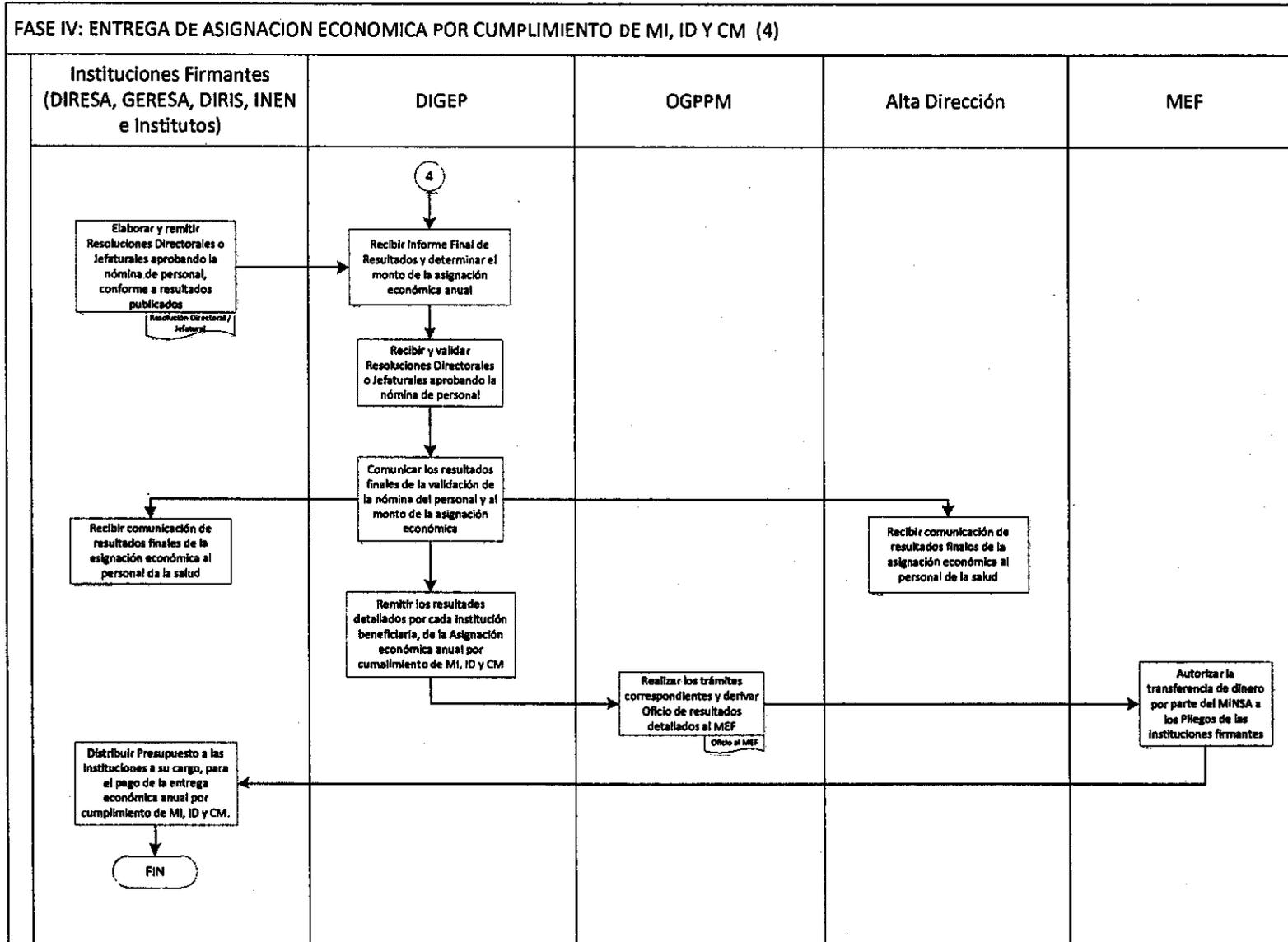
(1) Informe Técnico de Resultados: Las Instituciones firmantes remitirán a OGPPM un Oficio comunicando que han registrado la información correspondiente en el Aplicativo Informático, y adjuntarán a este un Informe Técnico de Resultados, conforme a lo dispuesto en el DS N° 003-2017-SA y al modelo de Informe contenido en la Directiva Administrativa 2017.

(2) Informes Técnicos de Evaluación Anual: Las áreas responsables de la información remitirán a OGTI comunicado de haber registrado la información correspondiente en el Aplicativo Informático, y adjuntarán a este un Informe Técnico de Evaluación Anual, conforme a lo dispuesto en el DS N° 003-2017-SA y al modelo de Informe contenido en la Directiva Administrativa 2017.

(3) Evaluación de observaciones y pedidos de recomendación: Las áreas técnicas podrán elevar observaciones al Grupo de Trabajo para los Convenios de Gestión, conforme a las causales específicas señaladas en la Directiva Administrativa 2017.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 243 - MINSA/2017/DGDS
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS PARA LA ENTREGA ECONÓMICA, ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153

LISTA DE ACRÓNIMOS

- CDC – Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
- CENARES – Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
- DGAIN – Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional
- DGIESP – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
- DGOS – Dirección General de Operaciones en Salud
- DIGEMID – Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
- DIGEP – Dirección General de Personal de la Salud
- DIMON – Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en Salud
- DIRESA – Dirección Regional de Salud
- DIRIS – Dirección de Redes Integradas de Salud
- GERESA – Gerencia Regional de Salud
- INEN – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- OGDESC – Oficina General de Gestión Descentralizada
- OGTI – Oficina General de Tecnologías de la Información
- OPEE – Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Estudios Económicos
- SG – Secretaría General
- SISMED – Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e insumos Médico-Quirúrgicos

