



GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO

Ayacucho, 14 DIC 2015

Resolución Ejecutiva Regional N° 899 -2015-GRA/GR

VISTO: El oficio N°. 3158-2015-SG/MINSA de fecha 18 de Noviembre del 2015 y el Convenio de Gestión entre el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional de Ayacucho; y

CONSIDERANDO:

Que, los Gobiernos Regionales creados por Ley N° 2 7783; Ley de Bases de la Descentralización, regulada por la Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias las Leyes N°s 27902, 28013, 28926, 28961, 28968, 29053, 29611 y 29981 emanan de la voluntad Popular, con Personería Jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia, constituyendo para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal;

Que, la finalidad esencial del Gobierno Regional es fomentar el desarrollo Regional integral, sostenible, promoviendo la inversión pública y privada, el empleo y garantizar el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades de su población, de acuerdo con los planes y programas nacionales y locales de desarrollo; asimismo, faculta al Presidente Regional suscribir Contratos, Convenios y acuerdos relacionados con la ejecución o concesión de obras, proyectos de inversión, prestación de servicios y demás acciones de desarrollo, con diversas instituciones para el cumplimiento de sus fines y objetivos;

Que, mediante oficio N°. 3158-2015-SG/MINSA de fecha 18 de Noviembre del 2015, el Ministerio de Salud, remite al Gobierno Regional de Ayacucho, el Convenio N°. 106-2015-MINSA de fecha 30 de Octubre del 2015, por la cual ambas partes suscriben el Convenio de Gestión entre el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional de Ayacucho, con el objeto de establecer las obligaciones que asumirán las Partes para la implementación de la entrega económica anual que se otorgará al personal de salud por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de



servicios, aprobados mediante Decreto Supremo N°. 041-2014-SA, en el marco del artículo 15° del Decreto Legislativo N°. 1153;

Que, estando a lo actuado y de conformidad con lo dispuesto por la Ley N°. 27783 y en uso de las facultades conferidas por Ley N°. 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias Leyes N°s 27902, 28013, 28926, 289681, 28968, 29053, 29611 y 29981.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: APROBAR el Convenio de Gestión entre el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional de Ayacucho, de catorce (14) cláusulas y dos (02) Anexos, que rubricados en cada uno de sus folios forman parte integrante del presente Acto Resolutivo.

ARTICULO SEGUNDO: TRANSCRIBIR, el presente Acto Resolutivo a las instancias pertinentes, con las formalidades establecidas por Ley.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CUMPLASE Y ARCHÍVESE.



ORAJ/pvpa



GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO
Prof. Víctor De la Cruz Tzazeguirre
GOBERNADOR (e)



PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

CONVENIO N° 106-2015/MINSA

**CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y EL
GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO**

Conste por el presente documento el Convenio de Gestión que celebran de una parte el MINISTERIO DE SALUD, con RUC N° 20131373237, con domicilio en Av. Salaverry N° 801 distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima, representado por el Ministro de Salud Sr. ANIBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA, identificado con DNI N° 29281571, designado mediante Resolución Suprema N° 107-2015-PCM, al que en adelante se denominará MINSA; y la otra parte, el GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO, con RUC N° 20452393493 con domicilio en Jirón Callao N° 122, Ayacucho, debidamente representado por su Gobernador Regional, el señor Víctor De La Cruz Eyzaguirre, identificado con DNI N° 28207174, con credencial extendida por el Jurado Nacional de Elecciones, según Resolución N° 3801-2014-JNE, quien procede en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 21° y lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales al que en adelante se denominará GOBIERNO REGIONAL, en los términos y condiciones de las cláusulas siguientes:

**CLAÚSULA PRIMERA: DE LAS PARTES**

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

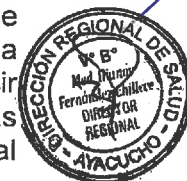
El Gobierno Regional de acuerdo a la Ley N° 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales", es una persona jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, constituyendo para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal. Emanada de la voluntad popular y ejerce su jurisdicción en el ámbito de su respectiva circunscripción territorial, conforme a Ley. Tiene como misión organizar y conducir la gestión pública regional, de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas en el marco de las políticas nacionales y sectoriales, para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la Región.

CLAUSULA SEGUNDA: ANTECEDENTES

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

Mediante el Decreto Supremo N° 005-2014-SA, se definieron las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153; y se dispuso la suscripción de Convenios de Gestión como el medio por el cual los presidentes de los gobiernos

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CARMEN LUNA ALFONSO
Fедatario de la Sede Central - MINSA

J. TRUJILLO B



M. Reyes P.



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General

I. ASCARZAL



J. Zavala S.



PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

regionales, el Jefe del Instituto de Gestión de Servicios de Salud y el Jefe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se obligan al cumplimiento de metas frente al titular del Ministerio de Salud.

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

CLAÚSULA TERCERA: BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Decreto Legislativo N° 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 304-2012-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Decreto Supremo N° 116-2014-EF, Aprobar los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.
- Decreto Supremo N° 041-2014-SA, Decreto Supremo que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.

CLAÚSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO DE GESTIÓN

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

CLAÚSULA QUINTA: DE LAS DEFINICIONES

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



J. TRUJILLO P.



N. Reyes P.



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Huayta Vergara
Director General

L. ASCARZA L.



J. Zavala S.



P. MINAYA



S. RUIZ Z.



Hospital

Establecimiento de salud del II ó III nivel de atención que brinda atención de salud en diversos campos clínicos o grupos de edad.

Instituciones

Para el presente Convenio de Gestión se consideran instituciones a la Dirección Regional de Salud/ Gerencia Regional de Salud, Redes de Salud o su equivalente, a los Hospitales e Institutos Especializados.

Instituto Especializado

Establecimiento de salud del tercer nivel de atención que brinda atención de salud altamente especializada en un campo clínico o dirigido a grupos de edades.

CLAÚSULA SEXTA: DE LAS OBLIGACIONES O RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES

6.1 Del Gobierno Regional

- 6.1.1 Difundir el presente Convenio y su normatividad a nivel de sus instituciones para su correspondiente aplicación.
- 6.1.2 Asignar los recursos y condiciones necesarias para realizar las prestaciones de salud en forma oportuna y de calidad, para cumplir con las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios.
- 6.1.3 Brindar mantenimiento o implementación de sistemas de información a fin de garantizar su operación, verificación, aseguramiento de la calidad de la información y de los procedimientos necesarios para el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, y contar con información oportuna y veraz.
- 6.1.4 Brindar acceso al MINSA, o a quien el mismo determine para la revisión, procesamiento y análisis de todas las fuentes de información y sus correspondientes bases de datos, que constituyen medios de verificación del cumplimiento.
- 6.1.5 Transferir oportunamente a las unidades ejecutoras de salud los recursos asignados por el MINSA para el pago de la asignación económica anual por el cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño compromisos de mejora de los servicios, en caso de corresponder. Verificar que el personal de la salud reciba la asignación económica correspondiente.

6.2. De la Dirección/Gerencia Regional de Salud

- 6.2.1 Difundir el presente Convenio y normatividad a nivel de todos sus establecimientos de salud, en el ámbito de su jurisdicción.
- 6.2.2 Realizar asistencia técnica, supervisión y monitoreo a las Redes de Salud, hospitales e institutos sobre el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.
- 6.2.3 Brindar las condiciones para que las Redes, Microrredes y Establecimientos de Salud (incluye hospitales) cumplan con las metas institucionales e indicadores de desempeño.



A. Velásquez



P. GRILLO



F. MINAYA



S. RUIZ Z.



J. TRUJILLO F.



N. Reyes P.



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



I. ASCARZAL



J. Zavala S.

ESCOPIA FIEL DEL ORIGINAL

CARMEN VILLALBA
Fidatario de la Sede Central - MINSA



- 6.2.4 Recolectar, consolidar y enviar al MINSA los datos requeridos para el monitoreo mensual con fecha límite quince (15) de cada mes y la evaluación trimestral de los avances; en los indicadores y compromisos que corresponda.
- 6.2.5 Realizar el mantenimiento e implementación del sistema de información, y de los procedimientos necesarios para el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios de salud.
- 6.2.6 Verificar y garantizar la calidad, veracidad y envío oportuno de la información.
- 6.2.7 Las direcciones de salud o las que hagan sus veces, recolectarán, consolidarán y enviarán a la Dirección/Gerencia Regional de Salud los datos requeridos de sus establecimientos de salud, para el monitoreo mensual y la evaluación trimestral de los avances; en los indicadores y compromisos que corresponda.
- 6.2.8 Remitir al MINSA la Resolución Directoral que aprueba la nómina del personal de la salud beneficiario de la entrega económica anual por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, al cierre del periodo de evaluación. En el mismo se incluirá al personal de las direcciones de salud o la que haga sus veces en el ámbito de su competencia.

6.3 De las Redes de Salud, Hospitales e Institutos Especializados

- 6.3.1 Realizar la difusión del Convenio de Gestión y la normatividad vigente en el ámbito de su jurisdicción o según corresponda, para facilitar su implementación y el cumplimiento de obligaciones.
- 6.3.2 Realizar asistencia técnica, supervisión y monitoreo a los establecimientos de salud y/o áreas de su jurisdicción o según corresponda, sobre el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios
- 6.3.3 Brindar las condiciones para que el personal de salud del ámbito de su jurisdicción cumplan con las metas institucionales e indicadores de desempeño, según corresponda.
- 6.3.4 Realizar el mantenimiento e implementación del sistema de información, y de los procedimientos necesarios para el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios de salud en el ámbito de su jurisdicción o según corresponda.
- 6.3.5 Verificar y garantizar la calidad y veracidad de la información que generan los establecimientos de salud en el ámbito de su jurisdicción, de corresponder.
- 6.3.6 Remitir a la DIRESA/GERESA la información mensual requerida para efectos de monitoreo y evaluación de los avances.
- 6.3.7 Brindar acceso al MINSA, para la revisión, procesamiento y análisis de todas las fuentes de información y sus correspondientes bases de datos, que constituyen medios de verificación de cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora.
- 6.3.8 Efectuar la entrega económica anual del artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, posterior a la evaluación de los convenios y de acuerdo a las disposiciones de las Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del MINSA.



A. Velázquez



P. MINAYA



S. RUIZ Z.



J. TRUJILLO B



N. Reyes P



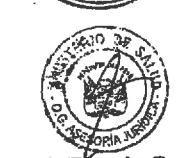
J. VARGAS



Dr. Mabel L. Muñoz Vergara
Directora General



I. ASCARZA L



J. Zavala S.



7.1.3 Reportar en forma trimestral la proporción de muertes maternas evitadas del hospital regional.

7.2 Indicadores de Desempeño

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

7.3. Indicadores de las prioridades regionales de salud seleccionadas

- Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados. Alcanzar el valor recomendado según la clasificación de riesgo de TBC (Ficha Técnica N° 27).
- Porcentajes de personas con TBC con Evaluación de Laboratorio Inicial Completo (Ficha Técnica N° 43).



A. Velásquez



P. MINAYA



S. RUIZ Z.



J. TRUJILLO P



N. REYES P



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



I. ASCARZAL



J. ZAVELA S.

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



J. ZAVELA S.



6.3.9 Efectuar los descuentos en el caso de pagos indebidos, conforme a la legislación vigente.

6.4 Del Ministerio de Salud

6.4.1 Las áreas responsables técnicas del Ministerio de Salud realizarán el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios bajo su competencia, según les corresponda; y en coordinación con las contrapartes designadas en los Convenios de Gestión podrán brindar asistencia técnica a las instituciones bajo su ámbito.

6.4.2 Las áreas responsables de información del Ministerio de Salud (OGEI, DGSP, DGIEM y DGE) y de sus organismos públicos adscritos (Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Seguro Integral de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud), emitirán informes técnicos de evaluación anual sobre el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios, según les corresponda. Estos informes serán remitidos a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP) del MINSA, para el cálculo del porcentaje global de logro alcanzado.

6.4.3 La Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP) del MINSA remitirá a la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, la relación de redes, hospitales e institutos especializados, y direcciones regionales de salud o las que hagan sus veces que han registrado un porcentaje global de cumplimiento de metas mayor o igual a 60 por ciento.

6.4.4 La Oficina General de Gestión de Recursos Humanos (OGGRH) del Ministerio de Salud determinará el monto de la Asignación Económica Anual por Cumplimiento de Metas por entidad, basada en la información remitida por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud.

6.4.5 Las entidades o dependencias responsables de las fuentes de información realizarán de manera inopinada la verificación de la calidad y veracidad de la información, según corresponda.

6.4.6 Publicar en su portal institucional (www.minsa.gob.pe) el ranking de Hospitales, Institutos Especializados, Redes de Salud y Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces, según porcentaje global de cumplimiento de metas.

CLAÚSULA SÉPTIMA: DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS

7.1 De las Metas Institucionales

7.1.1 Disminuir la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años respecto al valor obtenido en el año previo, según la Tabla N°1.

7.1.2 Disminuir en 15% la prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses, respecto al valor obtenido en el año previo, según la Tabla N°1.



J. TRUJILLO P.



N. Reyes P.



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



I. ASCARZAL



J. Zavala S.



A. Velásquez



P. GRILLO



P. MINAYA



S. RUIZ Z.





7.4. Indicadores para los establecimientos de mayor complejidad de la Región, seleccionados del Anexo 5 del DS N° 041-2014-SA

- Promedio de permanencia cama hospitalaria. Alcanzar un valor de 3 a 5 días / estancia para hospitales de II nivel de atención y de 6 a 8 días/estancia para hospitales de III nivel de atención [Tabla N°2 de Anexo 1]
- Porcentaje de ocupación cama. Alcanzar un valor entre 80% a 90% en hospitales generales del II y III nivel de atención [Tabla N°2 de Anexo 1]
- Razón de emergencias por consulta externa. Alcanzar un valor de menor o igual a 0.1 para hospitales generales de II y III nivel [Tabla N°2 de Anexo 1]
- Rendimiento de sala de operaciones. Alcanzar un valor de 80 a 90 intervenciones/turno 6 horas/mes [Tabla N°2 de Anexo 1]

7.5 Compromisos de mejora de los servicios de salud

- Implementación de la ligadura y corte oportuno de cordón umbilical.
- Mejorar el sistema de referencia institucional.
- Redes de salud preparadas para el diagnóstico y manejo de enfermedades no transmisibles en el I nivel de atención.
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
- Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.
- Equipamiento básico en el primer nivel de atención.
- Supervisión regional a establecimientos de salud.

7.6 Compromisos de mejora seleccionados por la Región para los establecimientos de salud de mayor complejidad:

- Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.
- Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales.
- Fortalecimiento en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la cirugía.

CLAÚSULA OCTAVA: DEL CÁLCULO DEL PORCENTAJE GLOBAL DE LOGRO ESPERADO

De acuerdo al Artículo 4 del Decreto Supremo N° 116-2014-EF, el porcentaje de cumplimiento global de los logros esperados por cada institución, 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, según la siguiente fórmula:

$$PG = \sum (I_1 \times P_1 + I_2 \times P_2 + \dots + I_n \times P_n)$$

Dónde:

PG: Porcentaje global de logro.

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.



A. Velásquez



P. GRILLO



P. MIRAYA



S. RUIZ



J. TRUJILLO



N. Reyes P



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General



I. ASCARZA L.



J. Zavala S.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

SECRETARÍA DE LA SECCIÓN CENTRAL - MINSA



PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

CLAÚSULA NOVENA: DE LA DESIGNACIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL CONVENIO

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

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

- 10.1 Si el resultado de la verificación evidencia información incorrecta o falsa se modificará el resultado en base a la información correcta, y se informará a los órganos de control para las acciones respectivas.
- 10.2 El incumplimiento de la entrega de la información para evaluación en la fecha correspondiente será considerada como no logró. Dicha fecha será programada por las áreas responsables de la información del Ministerio de Salud

CLAÚSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LA VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente Convenio de Gestión tendrá una vigencia de un (1) año, con eficacia anticipada al 01 de enero del 2015.

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

Las partes podrán de mutuo acuerdo modificar el presente convenio. Para tal efecto, cualquiera de ellas pondrán en conocimiento de la otra, por escrito, tal intención, debiendo esta última manifestar su conformidad o disconformidad en un plazo máximo de noventa (90) días calendario que se computa desde el día siguiente a la recepción de la propuesta de modificación. Trascurrido dicho plazo sin que exista respuesta expresa, se presumirá la tácita aceptación.

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

CLAÚSULA DÉCIMO TERCERA: DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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



J. TRUJILLO P.



N. Reyes P.



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General

I. ASCARZAL



J. Zavala S.



A. Velásquez



P. GRILLO



P. MINAYA



S. RUIZ Z.





PERÚ

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: DE LAS NOTIFICACIONES

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

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

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

30 OCT. 2015

Anibal Velásquez Valdivia

ANIBAL VELASQUEZ VALDIVIA
MINISTRO DE SALUD



Victor de la Cruz Eyzaguirre

VICTOR DE LA CRUZ EYZAGUIRRE
GOBERNADOR
GOBIERNO REGIONAL DE
AYACUCHO

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Carmen Luna Flores
CARMEN LUNA FLORES
Fedatario de la Sede Central - MINSA



P. GRILLO



P. MURAYA



S. RUIZ Z.



J. TRUJILLO P.



N. Reyes P.



J. VARGAS



Dr. Manuel N. Núñez Vargara
Director General



I. ASCARZA L.



J. Zavala S.





PERÚ

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

ANEXOS

Anexo 1.

Tabla N° 1. Umbrales/basales y logros esperados de las metas institucionales e indicadores de desempeño para la DIRESA y Redes, en el ámbito regional.

Tabla N° 2. Umbrales/basales y logros esperados de las metas institucionales e indicadores de desempeño para los hospitales e institutos de la Región.

Tabla N° 3. Pesos ponderados de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios según prioridad y tipo de institución en el ámbito regional.

Tabla N° 4. Peso ponderado, valor umbral y logro esperado de los indicadores de desempeño y compromisos de la prioridad mejora de la calidad, acceso y eficiencia de los servicios de salud para los hospitales e institutos de mayor complejidad de la Región.

Anexo 2. Fichas técnicas de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.



A. Velásquez



R. MINAYA



J. TRUJILLO B



N. Revu



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Velásquez Vergara
Director General



I. ASCARZA L.

Anexo 1

Tabla N°1. Umbrales/basales y logros esperados de las metas institucionales e indicadores de desempeño para la DIRESA y Redes, en el ámbito de la Región Ayacucho

Institución	Tipo de valor	Prevalencia de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años	Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses	Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores 3 años.	Cobertura de inmunización contra Rotavirus y Neumococo	Porcentaje de recién nacidos con 02 CRED	Proporción de Muertes Materna Evitadas	Porcentaje de Parto Institucional	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reforzada.	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.	Porcentaje de adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en consulta externa	Tiempo de espera por la atención en consulta externa (minutos)	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias	Productividad de hora médico en consulta externa	Índice de calidad de gasto	Ejecución del plan de equipamiento de establecimientos de salud.	Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios identificados	Porcentajes de personas con TBC con Evaluación de laboratorio inicial Completo	
		Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral	Umbral
DIRESA Ayacucho	Umbral	26.33	45.78	20.00	55.00	54.42	NA	94.47	50.60	30	15	60	75	90	1.11		60	75			85.00
	Logro Esperado	22.38	38.91	80.00	95.00	56.00	Reporte	97.31	55.66	60	25	80	85	75	3.00		4 a 5	75	95	<3	100.00
Red Ayacucho Centro	Umbral			20.00	55.00	68.78			47.30	30	15	60	75								85.00
	Logro Esperado			80.00	95.00	56.00			52.03	60	25	80	85			4 a 5	4 a 5		<3		100.00
Red Coracora	Umbral			20.00	55.00	60.42			41.70	30	15	60	75								85.00
	Logro Esperado			80.00	95.00	56.00			45.87	60	25	80	85			4 a 5	4 a 5		<3		100.00
Red Huamanga	Umbral			20.00	55.00	43.07			46.30	30	15	60	75								85.00
	Logro Esperado			80.00	95.00	56.00			50.93	60	25	80	85			4 a 5	4 a 5		<3		100.00

Gobierno Regional Ayacucho
Gobernador Regional
Gobernador Regional
Ayacucho

Gobierno Regional Ayacucho
Gobernador Regional
Gobernador Regional
Ayacucho

Ministerio de Salud
P. MUYA

Ministerio de Salud
Dirección Regional de Salud
Dirección Regional de Salud
Ayacucho

Ministerio de Salud
P. Reyes P.

Ministerio de Salud
J. VARGAS

Ministerio de Salud
J. VARGAS

Ministerio de Salud
LASCARZAL

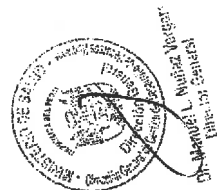
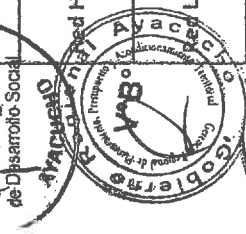
Gobierno Regional Ayacucho
Gobernador Regional
Gobernador Regional
Ayacucho

Ministerio de Salud
Ayacucho

Ministerio de Salud
Ayacucho

Ministerio de Salud
Ayacucho

Institución	Tipo de valor	Prevalencia de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años	Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses	Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores 3 años.	Cobertura de inmunización contra Rotavirus y Neumococo	Porcentaje de recién nacidos con 02 CRED	Proporción de Muertes Materna Evitadas	Porcentaje de Parto Institucional	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada.	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.	Porcentaje de adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención r en consulta externa	Tiempo de espera por la atención en consulta externa (minutos)	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias	Productividad de hora médico en consulta externa	Índice de calidad de gasto	Ejecución del plan de equipamiento de establecimientos de salud.	Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios identificados	Porcentajes de personas con TBC con Evaluación de Laboratorio Inicial Completo	
Red Huanta	Umbral			20.00	55.00	65.13			52.60	30	15	60	75								85.00
	Logro Esperado			80.00	95.00	56.00			57.86	60	25	80	85			4 a 5			<3		100.00
Red Lucanas	Umbral			20.00	55.00	55.17			73.90	30	15	60	75								85.00
	Logro Esperado			80.00	95.00	56.00			81.29	60	25	80	85			4 a 5			<3		100.00
Red San Francisco	Umbral			20.00	55.00	66.22			63.40	30	15	60	75								85.00
	Logro Esperado			80.00	95.00	56.00			69.74	60	25	80	85			4 a 5			<3		100.00
Red San Miguel	Umbral			20.00	55.00	62.56			37.40	30	15	60	75								85.00
	Logro Esperado			80.00	95.00	56.00			41.14	60	25	80	85			4 a 5			<3		100.00



J. TRUJILLO B.

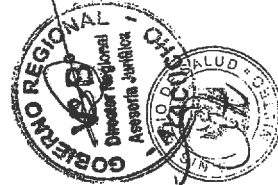
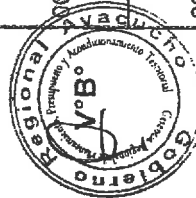
J. VARGAS

N. REYES P.

L. ASCARZA L.

P. MUKAYA

Código Único	Nivel de Atención	Nombre del Hospital	Valores	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en consulta externa	Tiempo de espera por la atención en consulta externa (minutos)	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias	Productividad de hora médico en consulta externa	Promedio de permanencia cama hospitalaria (egresos /cama/mes)	Porcentaje de ocupación de cama	Rendimiento de Sala de Operaciones (intervenciones/turno 6 horas/mes)	Razón de emergencias por consulta externa
00003655	II-1	HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"	Umbral	75	90	0					
			Logro Esperado	85	75	< 3	4 a 5				
00003770	II-1	APOYO SIVIA	Umbral	75	90	0					
			Logro Esperado	85	75	< 3	4 a 5				
00003754	II-1	HOSPITAL DE APOYO SAN FRANCISCO	Umbral	75	90	0					
			Logro Esperado	85	75	< 3	4 a 5				
00003727	II-1	HOSPITAL DE APOYO DE PUQUIO "FELIPE HUAMÁN POMA DE AYALA"	Umbral	75	90	0					
			Logro Esperado	85	75	< 3	4 a 5				
00003523	II-1	HOSPITAL DE APOYO DE CORACORA	Umbral	75	90	0					
			Logro Esperado	85	75	< 3	4 a 5				



A. Velásquez



N. Reyes P.



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



Tabla N° 2. Umbrales/basales y logros esperados de las metas institucionales e indicadores de desempeño para los hospitales de la Región Ayacucho

Código Único	Nivel de Atención	Nombre del Hospital	Valores	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en consulta externa	Tiempo de espera por la atención en consulta externa (minutos)	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias	Productividad de hora médico en consulta externa	Promedio de permanencia cama hospitalaria (egresos /cama/mes)	Porcentaje de ocupación de cama	Rendimiento de Sala de Operaciones (intervenciones/turno 6 horas/mes)	Razón de emergencias por consulta externa
00003543	II-2	HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA"	Umbral	60	150	1.68					
			Logro Esperado	66	120	< o = 3	4 a 5	3 a 5	80 a 90	80 a 90	<= 0.1
00003575	II-E	HOSPITAL DE APOYO JESUS NAZARENO	Umbral	64	130	0					
			Logro Esperado	70	105	< o = 3	4 a 5				
00003792	II-E	HOSPITAL DE APOYO SAN MIGUEL	Umbral	75	137	0					
			Logro Esperado	85	110	< o = 3	4 a 5				
00003494	II-1	HOSPITAL DE APOYO CANGALLO	Umbral	75	90	0					
			Logro Esperado	85	75	< o = 3	4 a 5				

GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO
V°B°
R. RIVERA
Director Regional

GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO
V°B°
R. RIVERA
Director Regional

GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO
V°B°
R. RIVERA
Director Regional

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
A. Velásquez
Director General

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
P. MINAYA
Director General

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
Dr. Miguel L. Martínez Vergara
Director General

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
N. Reyes P.
Director General

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
J. VARGAS
Director General

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
J. TRUJILLO B.
Director General

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
I. ASCARZA L.
Director General

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
CD. Flor de María Melgarejo
Directora General

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
Abog. Dante Rivas Cárdenas
Director General

MINISTERIO DE SALUD
V°B°
Abog. Dante Rivas Cárdenas
Director General



Tabla N° 3. Pesos ponderados de las metas institucionales (M), indicadores de desempeño (ID) y compromisos (C) de mejora de los servicios según prioridad y tipo de institución en el ámbito regional.

Prioridad	Meta / Indicador / Compromiso		Peso ponderado			
	Tipo	Descripción	Prioridad	Según tipo de institución		
				DIRESA/ GERESA	Red de Salud	Hospital / Instituto
Desnutrición crónica, anemia y mortalidad infantil	M	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.	25	5.0		
	M	Prevalencia de anemia en niños de 6-35 meses.		5.0		
	ID	Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores de 3 años.		5.0	10	
	ID	Cobertura de inmunización con rotavirus y neumococo.		3.75	7.5	
	ID	Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED.		3.75	7.5	
	C	Implementación del corte tardío del cordón umbilical.		2.5		
Mortalidad materna	M	Proporción de muertes maternas evitadas.	15	0.0		
	ID	Porcentaje de parto institucional.		3.75		
	ID	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.		3.75	7.5	
	ID	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada.		3.75	7.5	
	C	Mejora del sistema de referencia institucional.		3.75		
Enfermedades no transmisibles	ID	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.	10	4.0	4.0	
	ID	Adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.		3.0	3.0	
	C	Redes de salud preparadas para el diagnóstico y manejo de enfermedades no transmisibles en el I nivel de atención.		3.0	3.0	
Mejora de la calidad, acceso y eficiencia de los servicios de salud	ID	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	20	5.0	14.0	25
	ID	Tiempo de espera por la atención de consulta externa.		4.0		20
	ID	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.		4.0		20
	ID	Productividad hora-médico en consulta externa.		2.0	6.0	10
	C	Funcionamiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.		2.0		10
	C	Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.		3.0		15
	C	Mejora de la gestión de recursos públicos		6.0		
Mejora de la gestión de recursos públicos	ID	Índice de calidad de gasto.	20	6.0		
	ID	Ejecución de plan de equipamiento de establecimientos de salud.		5.0		
	C	Equipamiento básico para el I nivel de atención.		3.0	10	
	C	Supervisión regional a Establecimientos de Salud.		6.0	10	
Sub total Prioridades Nacionales			90	90	90	100
Prioridad Regional: TBC	ID	Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados.	05	05	05	
	ID	Porcentajes de personas con TBC con Evaluación de Laboratorio Inicial Completo	05	05	05	
Total Puntuación Convenio de Gestión 2015			100	100	100	

Nota: (Excluye EESS mayor complejidad)



L. ASCARZA L.



N. Reyes P.



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Alvarado Vargas



J. TRUJILLO B



A. Velásquez



PERÚ

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Tabla N° 4. Peso ponderado, valor umbral y logro esperado de los indicadores de desempeño y compromisos de la prioridad mejora de la calidad, acceso y eficiencia de los servicios de salud para el establecimiento de mayor complejidad de la Región Ayacucho.

Tipo	Indicador / Compromiso	Peso Ponderado	Observaciones
		Regional de Ayacucho	
	Prioridades nacionales		
ID	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	10	
ID	Tiempo de espera por la atención de consulta externa.	10	
ID	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.	10	
ID	Productividad hora-médico en consulta externa.	10	
C	Funcionamiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	05	Ficha Técnica N° 20
C	Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	05	Ficha Técnica N° 21
	Indicadores de Desempeño y Compromisos de mejora seleccionados por la Región		
ID	Promedio de permanencia cama hospitalaria.	09	
ID	Porcentaje de ocupación cama	09	
ID	Rendimiento de Sala de Operaciones (Intervenciones/turno 6 horas/mes).	08	
ID	Razón de emergencias por consulta externa	09	
C	Funcionamiento de sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas.	05	Ficha Técnica N° 39
C	Funcionamiento de consulta ambulatoria en turnos adicionales	05	Ficha Técnica N° 40
C	Fortalecimiento en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la cirugía.	05	Ficha Técnica N° 41
Total			





PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Anexo N° 02 Fichas de los indicadores

I. Desnutrición Crónica, anemia y mortalidad en niños.

Ficha N° 1. Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.

Nombre	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.
Tipo	Meta institucional.
Definición	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años de edad cuya talla para la edad se encuentra dos desviaciones estándar (DE) por debajo de la mediana de la población de referencia, según patrón de la Organización Mundial de Salud (OMS).
Justificación	Existe consenso a nivel internacional en el uso de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil como indicador para el seguimiento del estado nutricional y la salud de las poblaciones. En la medida que el retraso en el crecimiento de los niños es el reflejo de una inadecuada ingesta de nutrientes y de la incidencia de enfermedades durante un periodo largo de tiempo, se considera que la prevalencia de la desnutrición crónica es una medida acumulada del estado nutricional de la población.
Determinación del logro esperado	Si DCI >10%, reducción del 15% del valor umbral. Si DCI >5%, reducción del 10% del valor umbral, o alcanzar o reducir a menos de 5%. Si DCI ≤5%, mantener menor o igual a 5%.
Determinación del valor umbral	Valor obtenido en el año previo, según reporte de ENDES.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	<u>Número de niños menores de 5 años con desnutrición crónica x100</u> <u>Número de niños menores de 5 años evaluados</u>
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<u>(Logro alcanzado – Valor umbral) x100</u> Logro esperado – Valor umbral
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	ENDES



17





PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

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

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

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

Nombre del indicador	Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores de 3 años.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Porcentaje de niñas y niños menores de 3 años de edad que han culminado un periodo de 12 meses continuos de suplementación con hierro elemental para prevenir anemia. La suplementación comienza a



P. MINAYA

I. ASCARZA L.

N. Reyes P.

J. VARGAS

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General

J. TRUJILLO B.

A. Velaesquez



PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Justificación	La vacunación es la intervención más segura en salud, ha demostrado ser la más costo efectiva y costo beneficio en los últimos dos siglos. Por lo tanto la salud y la prevención de enfermedades a través de la vacunación son un elemento crucial en el desarrollo de las naciones. - La vacuna contra el Rotavirus está indicada para la prevención de gastroenteritis causada por rotavirus de los serotipos G1 y no G1 (como G2, G3, G4 y G9). Recomendado en dos dosis siendo a los 2 y 4 meses de edad. - Vacuna antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años, previene las enfermedades respiratorias severas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media.
Determinación del logro esperado	95% de cobertura sobre el total de niños menores de 1 año de edad estimados por INEI.
Determinación del valor umbral	55% de cobertura sobre el total de niños menores de 1 año de edad estimados por INEI.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	Número de niñas y niños menores de 1 año vacunados <u>con 2da dosis de Neumococo y Rotavirus x 100</u> Niñas y niños menores de 1 año estimados según INEI
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<u>(Logro alcanzado - Valor umbral) x 100</u> Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS
Nota	La población podrá ser reajustada según padrón nominado si la región en los últimos 3 años mantuvo niveles de cobertura no menores de 80%, pero con deserción menor de 5%.

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

Nombre del indicador	Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Este indicador mide el porcentaje de neonatos a los que se les realiza controles de crecimiento y desarrollo (CRED) durante la etapa neonatal (primeros 15 días de vida). Los controles pueden ser realizados en el



P. MINAYA



L. ASCARZA L.



N. Reyes P



J. VARGAS

Dr. Manuel V. Pérez Vergara
Director General

J. TRUJILLO B.



A. Velásquez



PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

	los 6 meses de edad, es realizado como parte de la atención integral de salud. La suplementación puede realizarse con una sal ferrosa o con un agregado de vitaminas y/o minerales que incluye la dosis requerida de hierro.
Justificación	La anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 3 años de edad es un problema de salud pública que afecta el adecuado desarrollo infantil temprano. Una de las intervenciones de probada evidencia científica para prevenirla es la suplementación continua durante 12 meses con multimicronutrientes (hierro, ácido fólico, zinc, vitamina A y vitamina C), cuya administración debe ser acompañada de la respectiva consejería integral, el seguimiento domiciliario y estrategias comunicacionales adecuadas que aseguren la adherencia y culminación del periodo de suplementación.
Determinación del logro esperado	80% de los niños menores de 3 años asegurados en el SIS con 12 meses de suplemento de hierro y/o micronutrientes.
Determinación del valor umbral	20% de los niños menores de 3 años asegurados en el SIS con 12 meses de suplemento de hierro y/o micronutrientes.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Seguro Integral de Salud (SIS).
Fórmula del indicador	Número de niños <3 años asegurados en el SIS con suplemento de 12 meses de hierro y/o MN x100 Número de niños asegurados en el SIS menores de 3 años
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ $\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}$
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	SIASIS

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

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



P. MINAYA



I. ASCARZA L.



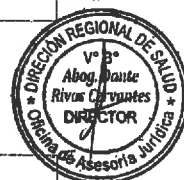
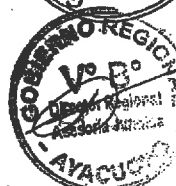
N. Reyes P.



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Directora General

J. TRUJILLO P.





PERÚ

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

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

II. Prioridad Mortalidad materna

Ficha N° 7. Proporción de muertes maternas evitadas.

Nombre del indicador	Proporción de muertes maternas evitadas.
Tipo	Meta institucional.
Definición	Se define muerte materna evitada a un diagnóstico o situación de severidad en una paciente obstétrica, no fallecida ocurrida entre las 28 semanas de embarazo y 6 semanas post parto. Los diagnósticos incluidos son shock hipovolémico, shock séptico, eclampsia, falla o disfunción orgánica, única o múltiple (renal, cardíaca, hepática, cerebral, respiratoria o de la coagulación), el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, la cirugía de emergencia no por cesárea y la transfusión sanguínea aguda de más de 5 unidades.
Justificación	Conforme se reduce la razón de mortalidad materna, la poca frecuencia del evento hace esta medición menos útil para determinar la situación y avances en el control de la morbilidad materna severa. Este indicador se emplea internacionalmente con este propósito.
Determinación del logro esperado	No aplica.
Determinación del valor umbral	No aplica.

A. Velásquez



P. MINAYA



L. ASCARZAL



N. Reyes P



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Muñoz Vargara
Director General

J. TRUJILLO B.

CD. Flor de María Melgar Salazar
DIRECTORA



PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

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

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

Nombre	Implementación del corte tardío del cordón umbilical.
Tipo	Compromiso de mejora.
Justificación	El pinzamiento del cordón umbilical realizado entre el primer y tercer minuto posteriores al alumbramiento o cuando las pulsaciones del mismo hayan cesado aumenta las reservas de hierro del recién nacido disminuyendo la prevalencia de anemia en los 4 a 6 meses de vida. Además mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros en las primeras 24 horas de vida. Los beneficios de esta práctica entre otros se asocian a la probabilidad de reducir en el infante la anemia durante los primeros meses de vida, ya que puede incrementar alrededor de 50% el volumen total de sangre en el recién nacido.

A. Velásquez



P. MINAYA



I. ASCARZA L.



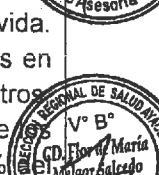
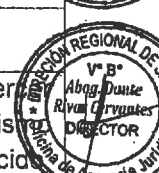
N. Reyes P



J. VARGAS

Dr. Manuel J. Vargas Vergara
Director General

J. TRUJILLO B.





Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de muertes maternas evitadas}}{\text{Número de gestantes con diagnósticos incluidos}} \times 100$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Trimestral
Fuente de datos	Planilla de egresos, registro de banco de sangre, libro de sala de operaciones.
Notas	Este indicador se medirá durante el 2015 pero no tendrá efecto sobre la evaluación final.

Ficha N° 8. Porcentaje de parto institucional

Nombre del indicador	Porcentaje de parto institucional.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Porcentaje de mujeres que reporte haber tenido un niño nacido vivo en los últimos 5 años previos a la encuesta y que fue atendido por un profesional de la salud en un establecimiento de salud.
Justificación	La atención del parto institucional es una estrategia de evidencia comprobada que contribuye a la reducción de la mortalidad materna. Permite mostrar problemas en la oferta, así como en el acceso a los servicios de salud; lo que implica mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos y modificar las características de la oferta del servicio, incluyendo la adecuación intercultural para motivar su incremento.
Determinación del logro esperado	- Si valor en año previo es inferior a 95%, incrementar en 3% con respecto a valor basal o incrementar a 95% o superior. - Si valor en año previo es igual o superior a 95%, mantener superior a 95%.
Determinación del valor umbral	Valor obtenido en el año previo, según reporte de ENDES.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.

A. Velásquez



P. MINAYA



L. ASCARZAL



N. Reyes P.

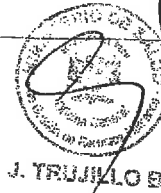
23



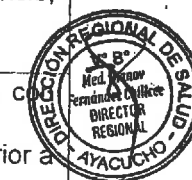
J. VARGAS



Dr. Manuel V. Muñoz Vargara
Director General



J. TRUJILLO B.





Fórmula del indicador	Número de mujeres entrevistadas cuyo parto fue atendido en un ES y por un profesional de la salud x100 Número de mujeres entrevistadas que dieron a luz en los últimos 5 años
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) x100 Logro esperado – Valor umbral
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	ENDES

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

Nombre del indicador	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de método de planificación familiar.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Se define como mujer protegida por un método a (1) la usuaria que cumplió con la entrega de insumos para un año (para métodos con insumo), o (2) la usuaria que cumplió con el número de controles requeridos, para los demás métodos.
Justificación	En el Perú se registra una brecha entre la expectativa reproductiva y la tasa global de fecundidad; asimismo, la ENDES en el año 2013 reporta que el 9.0% de las mujeres en unión tiene demanda insatisfecha de planificación familiar. Este valor es el más alto alcanzado desde que se mide este indicador, y ha estado subiendo desde el año 2012. La planificación familiar es también una intervención de reconocida eficacia en la reducción del número de muertes maternas.
Determinación del logro esperado	Incremento del 10% con respecto al valor del año previo.
Determinación del valor umbral	Valor del año previo.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.



A. Velásquez



P. MINAYA



L. ASCARZAL



N. Reyes P.



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General



J. TRUJILLO B.





PERU

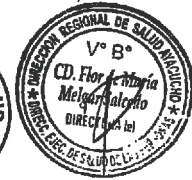
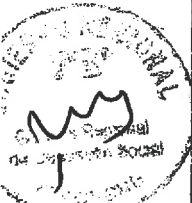
Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

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

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

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



A. Velásquez



P. MINAYA



I. ASCARZAL



N. Reyes P.



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Nuñez Vergara
Director General

J. TRUJILLO B.



PERU

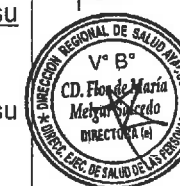
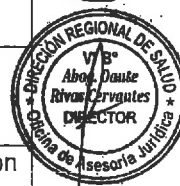
Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Fórmula del indicador	Número de parejas protegidas x100 Mujeres en edad fértil de la población bajo responsabilidad
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) x100 Logro esperado – Valor umbral
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS

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

Nombre del indicador	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Se incluye como numerador a todas las gestantes que cumplen con los siguientes criterios: entrega a la gestante de al menos 4 controles prenatales, incluyendo el primero en el primer trimestre del embarazo, exámenes de laboratorio para despistaje de complicaciones del embarazo (glicemia, hemoglobina, hematocrito, examen de orina, descarte de VIH y sífilis, grupo y Rh) y al menos un examen de ecografía.
Justificación	La atención prenatal reenforcada debe mejorar las probabilidades de la madre y el niño para concluir saludablemente el embarazo. Esto implica el cumplimiento de un plan de atención que requiere el despistaje o monitoreo de varias condiciones de salud, por métodos clínicos, de laboratorio y de imágenes.
Determinación del logro esperado	60% de las gestantes estimadas según INEI.
Determinación del valor umbral	30% de las gestantes estimadas según INEI.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Seguro Integral de Salud (SIS).
Fórmula del indicador	Número de gestantes aseguradas en el SIS que cumplen con criterios para atención prenatal reenforcada y han terminado su embarazo x100 Número de gestantes aseguradas en el SIS que han terminado su embarazo en el segundo semestre



L. ASCARZAL

N. REYES P.

J. VARGAS

Dr. Manuel E. Torres Vergara
Director General

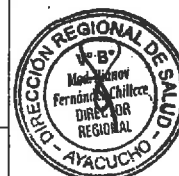
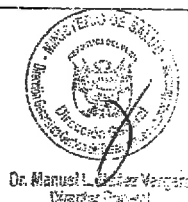
J. TRUJILLO S



III. Enfermedades no transmisibles

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

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





PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Ficha N° 14. Porcentaje de adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Nombre del indicador	Adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Conjunto de actividades integradas para la identificación de factores de riesgo y el diagnóstico oportuno en personas asintomáticas de enfermedades crónicas no transmisibles, incluye el uso de la historia clínica dirigida a identificar los factores de riesgo, así como exámenes de laboratorio. Estas actividades son desarrolladas por profesional de la salud capacitado en establecimientos de salud con población asignada (Establecimientos de Salud del primer nivel de atención). Incluye los siguientes procedimientos: - Identificación de factores de riesgo a través de la Historia Clínica. - Exámenes de laboratorio.
Justificación	En el país se estima que existen alrededor de un millón personas viviendo con diabetes. Es la sexta causa de carga de enfermedad en el país y la primera en personas de 45 a 69 años de edad. Según el Seguro Integral de Salud, en el año 2013 se han atendido a más de 130 mil personas con diabetes y de enero a junio de este año a más de 110 mil (70% fueron mujeres y 45% entre 40 y 60 años) representando más del doble de personas atendidas con esta patología en el mismo período. Para mejorar el control de la diabetes y reducir la frecuencia de sus complicaciones, debe incorporarse la educación y prevención a la población como parte de la atención médica. Además, la atención debe considerar los factores relacionados con aspectos biológicos, emocionales y socio familiar para tomar decisiones.
Determinación del logro esperado	80% de meta física para el producto.
Determinación del valor umbral	60% de meta física para el producto.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	<u>Número de personas tamizadas para HTA y DM x100</u>



A. Velásquez



P. MINAYA



L. ASCARZAL



N. Reyes P



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Muñoz Vargara
Director General

J. TRUJILLO B.



PERÚ

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

medición	
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP.

IV. Mejora de la calidad, acceso y eficiencia de los servicios de salud.

Ficha N° 16. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.

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



A. Velásquez



P. MINAYA



I. ASCARZA L.



N. Reyes P.

30



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Ruiz Vergara
Director General

J. TRUJILLO B.





	Meta física programada para el producto a nivel regional
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Trimestral
Fuente de datos	HIS

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

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



A. Velásquez



P. MINAYA



L. ASCARZA L.



N. Reyes P.

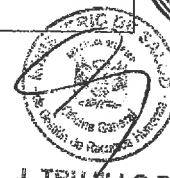
29



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General



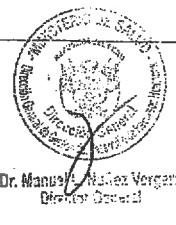
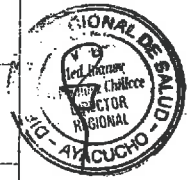
J. TRUJILLO B



		o muy satisfechos con la atención de consulta externa x100
		Número de personas encuestadas
Cálculo del porcentaje de cumplimiento		(Logro alcanzado – Valor umbral) x100 Logro esperado – Valor umbral
Frecuencia de medición		Anual
Fuente de datos		Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD (ENSUSALUD). La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Notas		No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias (Hospital de Emergencias Pediátricas y Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa).

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

Nombre del indicador		Tiempo de espera para atención en consulta externa.
Tipo		Indicador de desempeño.
Definición		Tiempo promedio transcurrido, medido directamente, entre el contacto con el área de admisión y la entrada al consultorio para la atención respectiva. Para el caso de los establecimientos de salud con sistema de citas, tiempo promedio transcurrido entre la hora de cita y la entrada al consultorio para la atención respectiva.
Justificación		El tiempo de espera, fuera del impacto que tiene sobre la satisfacción global del paciente por la atención, puede ser un factor que explica la menor utilización de los servicios de salud, según datos de ENAHO. El postergar la decisión de contacto con los servicios de salud tiene efectos probados sobre el control de las enfermedades.
Determinación del logro esperado	del	75 minutos
Determinación del valor umbral	del	90 minutos
Área responsable técnica		Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información		Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
Fórmula del indicador		Suma de tiempo transcurrido entre contacto con admisión e ingreso al consultorio





PERÚ

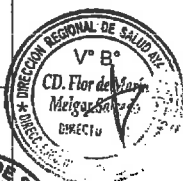
Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

	Número de personas evaluadas
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD (ENSUSALUD). La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias

Ficha N° 18. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.

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



A. Velásquez



P. MINAYA



I. ASCARZA L.



N. Reyes P.



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Rivas Vargas
Director General

J. TRUJILLO B.



PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

información	
Fórmula del indicador	<u>Número de atenciones de consulta médica en un período x100</u> Número de horas de consulta externa programadas en el período
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	- Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% - Si el valor calculado se encuentra dentro de 0.5 unidad del rango: 80% - Si el valor calculado se encuentra dentro de 1 unidad del rango: 60%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS (numerador), reporte de programación de consulta externa (denominador).
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias. En el caso de Redes, este indicador se medirá para el conjunto de establecimientos de salud de categoría I-3 y I-4; si no se dispone de información sobre el número de horas de consulta externa programadas, la red podrá alcanzar un valor de programación promedio mensual de horas de consulta externa para dichos establecimientos de salud.

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

Nombre	Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.			
Tipo	Compromiso de mejora.			
Justificación	La evaluación del sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias muestra que, especialmente en hospitales que recientemente han adquirido la categoría, pueden existir deficiencias en la operación del sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias			
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem	Formulación de plan de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobado con RD, incluido en el POI. Informe de avance de ejecución. Personal responsable designado.	40%	Informe DGSP
	II sem	Reporte de vigilancia de IIH todos los meses, oportunamente. Ha reducido tasa de incidencia o densidad de incidencia seleccionada en el plan, con respecto al promedio del propio hospital o	60%	Informe DGE

A. Velásquez



P. MINAYA



I. ASCARZA L.



N. Reyes P



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Méndez Vergara
Director General

J. TRUJILLO B.





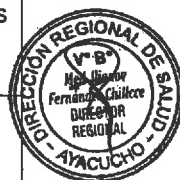
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Dirección General de Epidemiología (DGE).
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria}}{\text{Número total de pacientes hospitalizados que ingresan al estudio}} \times 100$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias.

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

Nombre del indicador	Productividad hora-médico en consulta externa.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Resultado de dividir el número de consultas médicas en consulta externa de un período, entre el número de horas médico programadas en el mismo período.
Justificación	La medición de este indicador muestra que la mayor parte de hospitales se encuentra por debajo del estándar. Es posible que parte de este valor bajo refleje falta de registro de atenciones realizadas, problemas para la identificación de las atenciones registradas (por ejemplo, por no estar todos los médicos en el maestro de personal), o programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.
Determinación del logro esperado	Para hospitales generales: 4 a 5 consultas por hora. Para redes de salud: 4 a 5 consultas por hora. Para hospitales de campo especializado e institutos: 2 a 4 consultas por hora; este valor referencial se puede ajustar de acuerdo al campo clínico.
Determinación del valor umbral	No aplica.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de	Oficina General de Estadística e Informática.



33





PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

		quejas y reclamaciones.		
		-Reporte consolidado de solicitudes de reclamo atendidas e informadas que consigna acciones ejecutadas y medidas correctivas.		
Área responsable		Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).		
Frecuencia de medición		Semestral		
Fuente de datos		Informe preparado por DGSP.		

V. Mejora de la gestión de recursos públicos

Ficha N° 22. Índice de calidad de gasto

Nombre del indicador	Índice de calidad de gasto
Tipo	Indicador de desempeño
Definición	Resultado combinado de indicadores de ejecución presupuestal y física: 1. Avance de ejecución de recursos asignados a programas presupuestales en la función Salud, gasto corriente, como compromiso anual, para la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios y genérica de gasto 2.3 Bienes y Servicios, medido al semestre. 2. Avance de ejecución de recursos asignados a programas presupuestales en la función Salud, gasto corriente, como devengado, para la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias, para cualquier genérica de gasto, medido al 31 de diciembre. 3. Avance de metas físicas de productos definidos (niño controlado CRED, niño protegido con vacunas, parto institucional, atención prenatal reenforcada).
Justificación	La transformación de los recursos en resultados requiere asegurar varios aspectos, incluyendo que se identifiquen y financien las intervenciones más costo efectivas, que éstas se ejecuten con un uso eficiente de recursos y dentro de los parámetros técnicos de calidad y que sean dirigidas a los sujetos que más las requieran. La medición de estos aspectos, o introducir estímulos para mejorar en los mismos, está limitado por la disponibilidad de información.
Determinación del logro esperado	75
Determinación del valor umbral	50
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.

A. Velásquez



P. MINAYA



L. ASCARZA L.



N. Reyes P



J. VARGAS

Dr. Manuel V. Muñoz Vargara
Director General

J. TRUJILLO B.

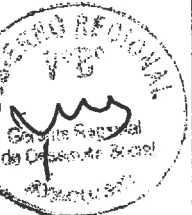
V° B°
CD. María Salceda
Mujer Salceda
DIRECTORA (a)V° B°
CD. María Salceda
Mujer Salceda
DIRECTORA (a)



		al promedio para su categoría		
Area responsable	Dirección General de Epidemiología (DGE). Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).			
Frecuencia de medición	Semestral			
Fuente de datos	Informe preparado por DGE / DGSP, según corresponda.			

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

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





PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

de cumplimiento	Logro esperado – Valor umbral
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM).

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

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

Ficha N° 25. Supervisión regional a establecimientos de salud

Nombre	Supervisión regional a establecimientos de salud			
Tipo	Compromiso de mejora.			
Justificación	Los recursos para supervisión incluidos en los programas presupuestales representan más de 4,400 nuevos soles por cada establecimiento de salud-año. Pese a ello, esta acción de control no es ejecutada en la cantidad, calidad o focalización requeridas para resolver los problemas de ejecución de intervenciones que puedan presentarse en los Establecimientos de Salud.			
Logro esperado y porcentaje de	I sem	Elaboración de Plan Regional Anual de Supervisión a Establecimientos de Salud,	60%	Informe de ejecución que incluye:





PERU

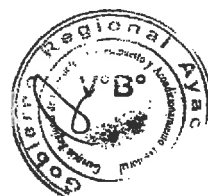
Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

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

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

Nombre del indicador	Ejecución del plan de equipamiento de establecimientos de salud
Tipo	Indicador de desempeño
Definición	Avance de ejecución del plan (como valor estimado de los ítems adquiridos), como bienes entregados y con acta de conformidad al cierre del año, sobre el total del valor estimado del plan formulado y aprobado.
Justificación	El plan de equipamiento permite a la institución contar con equipamiento operativo para la atención de intervenciones de los programas presupuestales del sector salud.
Determinación del logro esperado	95%
Determinación del valor umbral	75%
Área responsable técnica	Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM).
Área responsable de información	Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM).
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Avance de ejecución del plan de equipamiento}}{\text{Plan formulado y aprobado}} \times 100$
Cálculo del porcentaje	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}}$



37





PERU

Ministerio de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

esperado	Logro esperado	Bajo riesgo No menos de 3%.	Mediano riesgo No menos de 4%.	Alto riesgo No menos de 5%	Muy Alto riesgo Mayor a 5%.
		Amazonas Ancash Apurímac Ayacucho Cajamarca Huancavelica Pasco Piura Puno	Arequipa Cusco Huánuco Ica Junín La libertad Lambayeque Región lima Moquegua San Martín Tumbes	Callao Lima Metropolitana	Madre de dios Tacna Ucayali
Área responsable técnica		Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Nacional de Tuberculosis.			
Área responsable de información.		Estrategia Nacional de Tuberculosis.			
Fórmula del indicador		$\frac{\text{Número Total de Sintomáticos Respiratorios Identificados}}{100} \times \text{Atenciones de mayores de 15 años}$			
Cálculo del porcentaje de cumplimiento.		- Si el valor calculado se encuentra dentro del valor esperado: 100% - Si el valor calculado se encuentra 0.5 % por debajo de lo esperado: 80% - Si el valor calculado se encuentra 1% por debajo de lo esperado: 60%			
Frecuencia de medición.		Anual			
Monitoreo		Trimestral			
Fuente de datos		Informe Operacional de Tuberculosis- ESN PCT			

VII. Indicadores de desempeño y compromisos de mejora para establecimientos de mayor complejidad de la Región

Ficha N° 28. Promedio de permanencia cama

Nombre del Indicador	Promedio de permanencia cama
Tipo	Indicador de Desempeño
Definición:	Llamado también promedio de estancia hospitalaria. Es la relación entre el número de días de estancia de los pacientes egresados en un período de tiempo y el número total de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período de tiempo, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado.
Justificación:	Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas.

A. Velásquez

J. TRUJILLO B.

I. ASCARZA L.

N. RIVERA

J. VARGAS

Dr. Manuel L. ...



PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

cumplimiento		incluyendo cronograma de visitas, ajustado a presupuesto aprobado.		Plan Regional Anual.
		Elaboración de instrumentos de supervisión.		Cronograma de supervisión.
		Selección y capacitación de supervisores regionales.		Instrumentos de supervisión aprobados.
		Ejecución de visitas de supervisión.		Relación de supervisores regionales aprobados.
				Porcentaje de visitas ejecutadas.
	II sem	Ejecución de visitas de supervisión.	40%	Informe de ejecución que incluye:
		Análisis y evaluación de visitas realizadas, incluyendo cambios entre primera visitas y segunda visita		Análisis y evaluación de visitas.
		Verificación de levantamiento de observaciones realizadas		Porcentaje de ejecución.
Area responsable		Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).		
Frecuencia de medición		Semestral		
Fuente de datos		Informe preparado por DGSP.		

VI. Prioridades Regionales

Ficha N°27. Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados

Nombre del indicador		Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios Identificados.			
Tipo		Indicador de desempeño.			
Definición		Es la proporción de pacientes que acuden a la consulta externa mayores de 15 años, a quienes se identificó como pacientes Sintomáticos Respiratorios.			
Justificación		La identificación precoz de las personas con tuberculosis, a través de la búsqueda activa del sintomático respiratorio, es una intervención costo efectiva que contribuye a la reducción de la propagación de la enfermedad y al inicio del tratamiento oportuno de los pacientes.			
Determinación del logro	Valor basal				



P. MINAYA



L. ASCARZA L.



N. Reyes P.



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Martínez Vergara
Director General

J. TRUJILLO R.

CD. Flor de María
Alcántara Salcedo
Directora



PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

	Hospitalización (sub-utilización o sobre-utilización). Además indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar entre otras causa, deficiencias técnicas. Este indicador puede ser influenciado por el campo clínico de establecimiento de salud (en los casos de establecimientos de atención especializada), ya que un establecimiento de salud de atención general tiene diferente promedio de permanencia que un establecimiento de salud de atención especializada.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 3 – 5 días / egreso Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 6 – 8 días / egreso Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, el logro esperado se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	N° de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un periodo N° de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo periodo
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor calculado se encuentra en 0.5 del rango: 80% Si el valor calculado se encuentra en 1 del rango: 60%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Libro de egresos hospitalarios Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).

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

Nombre del Indicador	Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)
Tipo	Indicador de Desempeño
Definición	Es la relación entre el número de pacientes hospitalizados por día y el número de camas disponibles por día.
Justificación	Permite medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un periodo de tiempo. Este indicador evalúa la sub-utilización o la sobre-utilización del recurso cama de la UPSS Hospitalización. A medida que el hospital tiene mayor complejidad, el porcentaje de ocupación deberá analizarse por especialidades, ya que el indicador global puede ocultar insuficiencia de camas o camas sobrantes en las distintas especialidades.
Determinación del Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 80-90% Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 80-90% Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: 80-90% No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.
Determinación del valor	No aplica



P. MINAYA



L. ASCARZA L.



N. Reyes P

41



J. VARGAS

Dr. Manuel L. Vargas Vargara
Director General

J. TRUJILLO B

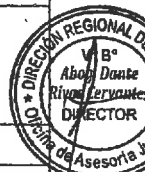
CD. Flor de María
Melgar Salazar
DIRECTORA



umbral	
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° pacientes-día (de un período)}}{\text{N° de días-cama-disponible (en el mismo período)}} \times 100$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango o mayor: 100% Si el valor calculado se encuentra entre < 80% y > 70 %: 80% Si el valor calculado se encuentra entre 70% y 60 %: 60%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Censo Diario de la Enfermera Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).

Ficha N° 31. Razón de emergencias por consulta externa

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





Ficha N° 35. Rendimiento de Sala de Operaciones

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

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

Nombre del Indicador	Funcionamiento de Sala de operaciones en turnos diurnos de 12 horas
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	Disminuir el número de pacientes que componen la lista de espera quirúrgica, está muy relacionado con el tiempo de espera prolongado para acceder a una cirugía electiva. Dentro de la gestión del uso de las salas de operaciones, se debe



A. Velásquez



P. MINAYA



L. ASCARZA L.

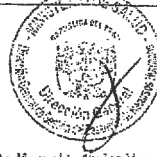


N. Reyes P.

43



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Muñoz Vergara
Director General



J. TRUJILLO B.





PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

	tener en cuenta como elementos a mejorar el contar con un sistema de programación organizado, que optimice el uso de las salas de operaciones. La programación de cirugías determina que recursos deben disponerse para cumplir con la demanda de intervenciones quirúrgicas del establecimiento de salud.		
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Lista única de pacientes en programación de intervenciones quirúrgicas, indicando la cirugía electiva, apto (15 días con pre-operatorio completo).	100%	Informe del Establecimiento de Salud.
	Determinar el número de Sala de Operaciones en turnos de doce horas para atención de la lista de espera.		
	Determinar el número de sala de operaciones en turno diurno de doce horas a implementar (por lo menos en un 25%).		
	Cronograma y compromiso de la Dirección para su implementación en 2016.		
Área responsable	Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).-		
Frecuencia de medición	Anual		
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de los informes remitidos por el establecimiento de salud.		

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

Nombre del Indicador	Funcionamiento de consultorio médico en turnos adicionales
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	La programación de consultorio externos especializados es el proceso en el cual un establecimiento de salud dispone de los recursos que tiene para cumplir con su demanda de consultas de especialistas, disminuyendo el número de pacientes que componen la lista de espera para atención por consulta externa, y así mejorar sus indicadores de eficiencia.

A. Velásquez



P. MINAYA



L. ASCARZA L.



N. REYES P.



U. VARGAS

Dr. Manuel H. Muñoz Vergara
Director General

J. TRUJILLO B.





PERU

Ministerio
de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

		mediante Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA se aprobó la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para ser implementada en todos los establecimientos de salud y mediante Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA se aprobó la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, en el marco del Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente "La Cirugía Segura Salva Vidas", establecido en la Alianza Mundial por el Paciente (2004 OMS), Política Nacional y Sistema de Gestión de Calidad en Salud de nuestro país. La citada Guía Técnica tiene por finalidad disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.
Logro esperado	I sem	Conformación y formalización del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Fuente Auditable: Acto Resolutivo que apruebe la conformación del Equipo Conductor remitido a la DGSP
	II sem	Elaboración y ejecución de plan de trabajo del Equipo Conductor que contenga las actividades de capacitación a los jefes de departamento, servicio y equipos de salud del establecimientos así como las actividades de difusión dirigido a los directivos y personal de sala de operaciones (Departamento y Servicio de Cirugía – Anestesiología). Fuente Auditable: Plan de Trabajo e Informe remitido a la DGSP
Area responsable		Dirección General de Salud de las Personas (Dirección de Calidad en Salud)
Frecuencia de medición		Semestral
Fuente de datos		Informe preparado por la DGSP, a partir de los informes remitidos por las DIRESAS/GERESAS y del IGSS



A. Velásquez



P. MINAYA



L. ASCARZA L.



N. Reyes P.



J. VARGAS

Dr. Mario Velásquez Vergara
Dr. Juan Carlos

J. TRUJILLO B.





PERU

Ministerio de Salud

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	▪ Elaboración de lista única de pacientes en programación para consultorio externo de especialidades ▪ Lista única de pacientes programados para consulta externa especialistas que no exceda los 3 días desde su ingreso a la lista.	100%	Informe del Establecimiento de Salud
	▪ Determinar el número de consultorios por especialidad a implementar en turno tarde. ▪ Cronograma y compromiso de la Dirección para su implementación en 2016.		
Area responsable	Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).		
Frecuencia de medición	Anual		
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir de los informes remitidos por el establecimiento de salud.		

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

Nombre del Indicador	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de Aplicación	Establecimientos de Salud del Segundo y Tercer Nivel de Atención
Definición	La Lista de verificación de la seguridad de la cirugía es el conjunto de controles, barreras y prácticas de seguridad a ser aplicados por el equipo de salud quirúrgico con la finalidad de garantizar la seguridad de la cirugía y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas durante la intervención quirúrgica de un paciente, lo cual conlleva a una reducción del número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.
Justificación	Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. La falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo y en nuestro país. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Nuestro país no es ajeno a esta realidad, por ello



P. MINAYA



L. ASCARZAL



N. Reyes P

45



J. VARGAS

Dr. Manuel C. Ruiz Vergara
Director General

J. TRUJILLO



Ficha N° 43. Porcentajes de personas con TBC con Evaluación de Laboratorio Inicial Completo

Nombre del Indicador	Porcentajes de personas con TBC con Evaluación de Laboratorio Inicial Completo
Tipo	Indicador de Desempeño
Definición	100% de Personas con diagnóstico de Tuberculosis.
Justificación	El 2012, la OMS publicó el reporte sobre la situación de la tuberculosis en el mundo siendo el Perú el segundo país en América del Sur con la mayor tasa de tuberculosis (TBC), concentra el 25% de los casos de la región y comparte con Haití el primer lugar en TB Multidrogorresistente, con altas tasas de incidencia y morbilidad. En el marco del AUS constituye una medida que permitirá cuantificar la proporción de PAT que acceden al PEAS y se les brinda las garantías explícitas de calidad y oportunidad en la Región.
Determinación del Logro esperado	100% de las Personas Diagnosticas con Tuberculosis.
Determinación del valor umbral	80% de pacientes con TBC.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	$\frac{\text{Nº total de Personas con TBC con evaluación de laboratorio inicial completa}}{\text{Nº total de Personas con TBC reportados}} \times 100$
Calculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{\text{Logro Alcanzado - Valor Umbral}}{\text{Logro Esperado - Valor Umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Trimestral
Fuente de Datos	HIS



A. VASQUEZ



P. MINAYA



I. ASCARZA L.



N. Reyes P



47 J. VARGAS



Dr. Manuel Victoria Vergara
Dir. General



J. TRUJILLO



Descripción de los campos usados en las fichas de los indicadores

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



A. Velásquez



P. MINAYA



L. ASCARZAL



N. Reyes P



Dr. Manuel L. Rojas Vergara
48 Director General



J. TRUJILLO B.

