



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

N° 11 -2022-DE-HEVES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Villa El Salvador, 31 ENE. 2022

VISTO:

El Expediente N° 21-017360-001, que contiene, el Proveído N° 004-2022-OPP-HEVES de fecha 14.01.22, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y el Proveído N° 263-2021-UIS-HEVES de fecha 31.12.21, de la Unidad de Inteligencia Sanitaria; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, estableciendo al Hospital de Emergencias Villa El Salvador, como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección de Redes Integradas de Salud de su Jurisdicción;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS de fecha 27.05.16, se aprobó el Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, documento de gestión de carácter técnico y normativo que tiene como objeto establecer la organización del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, necesario para el logro de los objetivos institucionales, precisando su naturaleza, alcance, base legal, procesos, funciones generales y estructura orgánica, las funciones de sus órganos, sus relaciones interinstitucionales, relación de recursos humanos y otras disposiciones pertinentes;

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que: *La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; y que, es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad;*

Que, mediante Resolución Ministerial N° 1101-2017/MINSA de fecha 07.12.17, se aprobó la Directiva Administrativa N° 243-MINSA/2017/DGOS, Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para la entrega económica, establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, la misma que tiene por objetivo general establecer la metodología para la medición de las metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) de los servicios para la entrega económica al personal de la Salud al Servicio del Estado, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 513-2020/MINSA de fecha 21.07.20, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 113-MINSA-2020-DGAIN-DGOS: "Gestión de camas hospitalarias para Hospitalización COVID-19 y camas UCI COVID-19 para paciente sospechoso o confirmado con infección por COVID-19 en las IPRESS públicas, privadas y mixtas", cuyo objetivo general es establecer disposiciones del proceso de gestión de camas hospitalarias para hospitalización COVID 19 y camas UCI COVID-19 para el manejo del pacientes caso moderado o severo, sospechoso o confirmado con infección por COVID-19, en las Instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas del Sistema Nacional de Salud;

Que, en atención al Informe N° 015-2021-NTV-UIS-HEVES de fecha 30.12.21 y el Proveído N° 263-2021-UIS-HEVES de fecha 31.12.21, de la Unidad de Inteligencia Sanitaria cumple con remitir el proyecto de DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN,





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital de Emergencias
Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, y el sustento técnico correspondiente, para su aprobación mediante acto resolutivo correspondiente;

Que, la referida Directiva Administrativa tiene por objetivo estandarizar los procesos básicos para la obtención, medición y difusión de Indicadores Gestión Hospitalaria que permitan medir el desempeño del Hospital de Emergencias Villa El Salvador en beneficio del usuario interno y externo;

Que, mediante Proveído N° 004-2022-OPP-HEVES de fecha 14.01.22, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, ha emitido pronunciamiento favorable sobre el proyecto de DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, en atención al Informe N° 003-2022-ORGANIZACIÓN-OPP-HEVES de fecha 14.01.22, del responsable del área de Organización, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto;

Que, mediante Informe N°004-2022-UAJ-HEVES de fecha 26.01.22, la Unidad de Asesoría Jurídica emite la opinión favorable correspondiente;

Que, asimismo, la referida propuesta de DIRECTIVA, cumple con las disposiciones previstas en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobadas por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05.07.21 y la Resolución Directoral N°160-2021-HEVES, Directiva Administrativa N° 001/HEVES/2021/OPP/V.01, "Directiva Administrativa para la elaboración de documentos Normativos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador";

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por la Unidad de Inteligencia Sanitaria, y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando el proyecto de DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, de acuerdo al marco normativo vigente;

Que, el Artículo 10° Literal c) del Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS de fecha 27.05.16, establece las atribuciones y responsabilidades del Director Ejecutivo, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en asuntos que sean de su competencia, y en tal sentido, es su prerrogativa aprobar instrumentos técnicos para el mejor desarrollo y cumplimiento de las actividades institucionales del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Con la visación de la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Jefe (e) de la Unidad de Asesoría Jurídica, y la Jefa de la Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hospital de Emergencias Villa El Salvador; y

De conformidad con las normas contenidas en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias; el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo N°011-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprobó el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; y el Manual de Operaciones (MOP) del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado por Resolución Jefatural N° 381-2016-IGSS; y

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003-HEVES-2022-UIS/V.01 DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, por las consideraciones expuestas, el cual consta de veintidós (22) folios, y que forma parte de la presente Resolución Directoral.



C. URBANO D.



E. SERVÁN V.



S. DONAYRE C.



Y. CONDOR R.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
Villa El Salvador

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional, publique la presente Resolución Directoral, en el portal institucional del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE y CÚMPLASE.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

M.C. CARLOS LUIS URBANO DURAND
CMP: 018710 RNE: 018686
DIRECTOR DE HOSPITAL II

CLUD/EJ/SW/SOOC/YOCCR/ERRC.

Distribución:

- () Oficina de Planeamiento y Presupuesto.
- () Unidad de Asesoría Jurídica.
- () Unidad de Inteligencia Sanitaria
- () Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional.
- () Archivo.



E. SERVAM V.



S. DOMASPE C.



Y. CONDOR R.

I. FINALIDAD

Establecer los procesos para la obtención, medición y difusión de Indicadores de Gestión Hospitalaria en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador que facilitará el desarrollo de estrategias para una adecuada gestión de los recursos hospitalarios.

II. OBJETIVO

Estandarizar los procesos básicos para la obtención, medición y difusión de Indicadores Gestión Hospitalaria que permitan medir el desempeño del Hospital de Emergencias Villa El Salvador en beneficio del usuario interno y externo.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación, para la Unidad de Inteligencia Sanitaria a través del Área de Estadística y unidades de organización de línea del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

IV. BASE LEGAL

- 4.1. Ley 26842, Ley General de Salud.
- 4.2. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 4.3. Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- 4.4. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Sistema de Salud".
- 4.5. Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 078-MINSA/DGE-V.01 Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.
- 4.6. Resolución Ministerial N° 572-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 182-MINSA/DGSP V.01 Monitoreo del Desempeño de la Gestión en Establecimientos de Salud del I, II y III de Atención.
- 4.7. Resolución Ministerial N° 343-2015/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 207-MINSA/DGSP-V.01 Directiva Administrativa Para la Programación de los Turnos de Trabajo Médico en los Hospitales e Institutos Especializados del Ministerio de Salud.
- 4.8. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria.
- 4.9. Resolución Ministerial N° 251-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 084-MINSA/DGIESP Directiva Sanitaria que Establece la Organización y Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal.
- 4.10. Resolución Ministerial N° 513-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 113-MINSA/2020/DGAIN/DGOS: Gestión de Camas Hospitalarias para Hospitalización Covid-19 y Camas UCI Covid-19 para paciente sospechoso o confirmado con Infección por Covid-19 en las IPRESS públicas, privadas y mixtas.
- 4.11. Resolución Ministerial N° 107-2021-MINSA, que aprueba la NTS N° 172-MINSA/2021/DGAIN Norma Técnica De Salud Para la Atención de Salud Ambulatoria, Quirúrgica Electiva, en Hospitalización y Servicios Médicos de Apoyo, Frente a la Pandemia por Covid-19 en el Perú.



- 4.12. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 4.13. Resolución de la Presidencia de Consejo Directivo N° 015-2021/CEPLAN/PDC, que aprueba la Guía para la Elaboración de Indicadores de Políticas Nacionales y Planes Estratégicos.
- 4.14. Resolución Jefatural N°381-2016/IGSS, que aprueba el Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa el Salvador.
- 4.15. Resolución Directoral N° 171-2019-DE-HEVES, que resuelve formalizar al Sistema de Gestión Hospitalaria -SIGALENPLUS- como la fuente de información y recolección de datos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
- 4.16. Resolución Directoral N° 160-2021-DE-HEVES, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-HEVES/2021/OPP/V.01 "Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador".

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1. **Alta:** Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS, cuando culmina el periodo de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud del paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- 5.1.2. **Cirugías Electivas (Programada):** Es la intervención quirúrgica programada que se planifica desde la Consulta Externa para una cirugía ambulatoria de corta estancia o para una cirugía que requiera hospitalización.
- 5.1.3. **Desempeño:** Es el resultado de la organización como consecuencia de la combinación del ejercicio individual, de equipos y de programas, medido a través de la efectividad, eficiencia, relevancia y viabilidad financiera.
- 5.1.4. **Egreso:** Es la salida de la IPRESS de un paciente que estuvo hospitalizado o internado. Puede ser por: Alta, retiro voluntario, fallecimiento, traslado a otra IPRESS o fuga.
- 5.1.5. **Emergencia:** Es toda situación que se presenta en forma imprevista, violenta o súbita que pone en peligro la vida, alterando profundamente el estado de salud de la persona y por lo tanto exige atención médica o quirúrgica inmediata.
- 5.1.6. **Estándar:** Nivel de desempeño deseado, previamente definido y factible de alcanzar. Tiene la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados obtenidos relativos a la calidad de atención de salud.
- 5.1.7. **Evaluación:** Uno de los procesos de la función de control gerencial, a través del cual se emite un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón referencial (estándar), para constatar los avances o logros obtenidos en relación a los objetivos planteados.
- 5.1.8. **Ficha Técnica del Indicador:** Registro de especificaciones y principales características del indicador. Con ello, se obtiene una medición estándar o uniforme, e independiente del equipo que se encargue del cálculo, de manera que se asegure un adecuado proceso de seguimiento y se evite la duplicidad de esfuerzos.



debidamente programadas y que son parte de un determinado proceso productivo.

- 5.1.24. **Muerte Neonatal:** Es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida.
- 5.1.25. **Muerte Neonatal Precoz:** Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre entre el nacimiento y los primeros 7 días de vida.
- 5.1.26. **Muerte Neonatal Tardía:** Es la defunción de un recién nacido vivo que ocurre desde el octavo día de vida hasta que complete los 28 días de vida.
- 5.1.27. **Muerte Perinatal:** Muerte intra o extrauterina de un producto de la concepción, desde las 22 semanas (154 días) de gestación hasta los 7 días completos después del nacimiento, peso igual o mayor a 500 gramos o talla de 25 cm o más de la coronilla al talón. El orden para aplicar estos criterios es el siguiente: peso al nacer, edad gestacional, talla coronilla al talón.
- 5.1.28. **Nombre del Indicador:** Enunciado (corto y concreto) y auto explicativo (que exprese lo que se desea medir con él), en suma, debe estar vinculado con el objetivo, acción o servicio que se desea medir.
- 5.1.29. **Nacido Vivo:** Es el producto de la concepción expulsado o extraído completamente del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, y que después de dicha separación, respira, o da cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, y esté o no desprendida la placenta.
- 5.1.30. **Paciente:** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- 5.1.31. **Personal de Salud:** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- 5.1.32. **Programación de Turnos del Trabajo Médico:** Instrumento de gestión clínica elaborado por el Jefe de Servicio, que registra ordenadamente las actividades que ejecutan los médicos, sujetos a cualquier régimen laboral, en las diferentes unidades productoras de servicios de salud del Hospital o Instituto Especializado, durante su jornada laboral.
- 5.1.33. **Recién Nacido o Neonato:** Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad. Se considera nacido vivo, cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o da señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical, y esté o no desprendida la placenta.
- 5.1.34. **Supervisión:** Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a observar sistemáticamente el desempeño de las personas dentro de los procesos productivos en la organización, facilitando la información de cómo se ejecutan las intervenciones de las personas. Permite realimentar al equipo de trabajo y posibilita la supervisión continua de su desempeño, elevando su autoestima y su rendimiento.
- 5.1.35. **Turno de Trabajo Médico:** Horas programadas para el desarrollo del trabajo médico, las cuales pueden ser ejecutadas en horas de la mañana o tarde y en la modalidad de turno normal, turno de guardia diurna o guardia nocturna.



- 5.1.9. Fuentes y Bases de Datos:** Es la entidad a partir de la cual se obtiene la información del indicador. Es el medio físico o electrónico que contiene la información del indicador.
- 5.1.10. Query:** Una consulta o query de una base de datos, es un lenguaje estándar que permite traer datos de una o más tablas, actualizar contenidos o eliminarlos, de una manera rápida y poderosa; conocido generalmente como lenguaje SQL.
- 5.1.11. Indicador:** Variable medible para indicar directa o indirecta, cambios en el estado, eficacia, eficiencia o avances del trabajo en salud.
- 5.1.12. Indicador de Desempeño:** Agrupa los indicadores desde el punto de vista del quehacer público; bajo este punto de vista se clasifican en cuatro categorías: eficacia, eficiencia, economía y calidad.
- 5.1.13. Indicador de Calidad:** Permiten medir los atributos que aseguran la provisión adecuada de los bienes o servicios entregados a los usuarios.
- 5.1.14. Indicador de Economía:** Miden cuan adecuadamente son administrados los recursos generados o utilizados en la producción de los bienes y servicios.
- 5.1.15. Indicador de Eficacia:** Miden el grado de cumplimiento de los objetivos, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello.
- 5.1.16. Indicador de Eficiencia:** Miden la productividad de los recursos utilizados, para ello relacionan los resultados alcanzados con los recursos utilizados.
- 5.1.17. Indicador de Insumo:** Es el primer componente de la cadena de resultados, mide la cantidad de factores de producción (físicos, humanos, financieros, entre otros) que participan o son transformados en el proceso de generación de valor.
- 5.1.18. Indicador de Proceso:** Es el segundo componente de la cadena de resultados, este indicador cuantifica el conjunto de operaciones o actividades necesarias para la producción de bienes o servicios, de manera que reflejan la adecuada administración de recursos.
- 5.1.19. Indicador de Producto:** Mide la provisión de un bien o servicio a la población objetivo por parte de la entidad. La medición de este indicador implica que la población objetivo reciba el bien o servicio cumpliendo ciertos atributos (estándares) previamente definidos.
- 5.1.20. Indicador de Resultados:** Este indicador puede ser inicial, intermedio o final; expresan los cambios en las condiciones de vida o estado de la población objetivo.
- 5.1.21. Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS):** Aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s) que ocurre en un paciente en un escenario de la atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo, incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. Esta definición reemplazará a otras utilizadas en el país como Infección Nosocomial, Infección Intrahospitalaria o Infección Asociada al Cuidado de la Salud.
- 5.1.22. Interpretación:** Es la interpretación que se hace de los resultados y representan el potencial de mejora para el proceso. Explica el resultado que se obtiene con el indicador.
- 5.1.23. Monitoreo:** Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a observar sistemáticamente el cumplimiento de la ejecución de actividades



- Las tablas se organizan por servicios y periodo (mensual, trimestral, semestral y anual).
- d) La Unidad de Inteligencia Sanitaria a través del Área de Estadística realiza el proceso de medición de indicadores.

6.1.2. Medición del Indicador

Los Indicadores de Gestión Hospitalaria en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador, son medidos desde el punto de vista del desempeño y estos los clasificaremos en tres (03) grupos: Indicadores de Eficiencia, Eficacia y de Calidad.

a) Indicadores de Eficiencia

Este indicador busca medir la productividad de los recursos utilizados, para ello se relacionan los resultados alcanzados con los recursos utilizados.

El Área de Estadística de la Unidad de Inteligencia Sanitaria calcula los Indicadores de Eficiencia, de la siguiente manera:

1. Indicador Productividad Hora Médico:

Evalúa la capacidad de producir atenciones médicas, con una asignación de recurso determinado, en dimensiones de tiempo, recurso humano y ambiente funcional, en el servicio de consulta externa durante un determinado periodo (*ver Ficha N° 01, del Anexo N°02*).

Este indicador busca medir la eficiencia del recurso médico y la programación de atenciones en consulta externa.

2. Rendimiento Hora Médico:

Evalúa la cantidad de atenciones médicas logradas, con la asignación de recursos, en dimensiones de tiempo, recurso humano y ambiente físico; en el servicio de consulta externa durante un determinado periodo (*ver Ficha N° 02*).

Este indicador busca medir la eficiencia del profesional médico en relación al total de atenciones médicas realizadas según su total de horas ejecutadas.

3. Promedio de Exámenes de Laboratorio por Consulta Externa:

Es la relación entre el número de exámenes de laboratorio indicados en consulta externa y el total de consultas médicas en un determinado periodo de tiempo (*ver Ficha N° 03*).

Este indicador busca medir la eficiencia de productividad en cuanto al número de exámenes de laboratorio solicitados en consulta externa.

4. Utilización de Consultorios:

Es la proporción de consultorios funcionales programados respecto de la cantidad máxima de consultorios físicos disponibles, teniendo en cuenta la capacidad operativa máxima y la programación de consulta externa (*ver Ficha N° 04*).

Este indicador busca medir la eficiencia de uso del total de consultorios programados por cada consultorio físico en un determinado periodo.

5. Promedio de Permanencia Cama:

Llamado también promedio de estancia hospitalaria. Es la relación entre los días de estancia de los pacientes egresados y el número total de egresos en



- 5.2. La obtención, el procesamiento, consistencia y validación de los indicadores estará a cargo del responsable de la obtención del indicador definido en la Ficha Técnica del mismo, debiendo proporcionar los resultados en el periodo de medición establecida, al equipo de gestión de nuestra institución.
- 5.3. El resultado de los indicadores se analizará periódicamente, teniendo en cuenta el estándar/meta definida en la Ficha Técnica de los mismos, debiendo evaluar los riesgos de las desviaciones al estándar, así como de las causas posibles (internas y externas) que impiden el adecuado desarrollo de la actividad/proceso.

5.4. Siglas y/o Acrónimos

IPRESS	:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
HEVES	:	Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

VI.DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. Procesos para Obtención, Medición y Difusión de Indicadores

6.1.1.Obtención del Indicador

La data a procesar es obtenida de los registros realizados en los diferentes formularios informatizados del sistema hospitalario: SISGALENPLUS y aplicativos web vinculados a este; así como también, otras fuentes de registro.

Para ello:

- a) La Unidad de Inteligencia Sanitaria a través del Área de Estadística; para la obtención de Indicadores de Gestión Hospitalaria, realiza el corte de la base de datos del SISGALENPLUS, el último día de cada mes.
- b) La Unidad de Inteligencia Sanitaria a través del Área de Estadística realiza los procesos de filtros y validación de la data obtenida.

Aquí:

- Se realiza un primer filtro y validación de la data obtenida.
- Se identifican las inconsistencias de la data, en los campos o variables como insumos para los indicadores.
- Se espera un tiempo de respuesta del servicio, para corrección de inconsistencias (Aproximadamente entre los días 1 a 7 del mes entrante)
- Se realiza un segundo filtro y validación de la data para verificar el cumplimiento de la corrección de inconsistencias (obteniendo una data limpia).

- c) La Unidad de Inteligencia Sanitaria a través del Área de Estadística, realiza el almacenamiento y la organización de esta data limpia, en una nueva base de datos llamada SIGH_DEPURA.

Aquí:

- El proceso de organización de la data, se realiza mediante la ejecución de herramienta query.
- La actualización de la ejecución de herramienta query, se realiza de acuerdo al periodo de extracción de datos.
- El dato extraído es direccionado y almacenado en tablas de la base principal de acuerdo al servicio correspondiente.



el servicio de hospitalización, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado (*ver Ficha N° 05*).

Este indicador busca medir la eficiencia de producción en la atención hospitalaria, en base al número de días que un paciente hace uso de una cama hospitalaria en un determinado periodo.

6. Intervalo Sustitución Cama:

Es el cociente de la diferencia obtenida entre el número de días cama disponibles para hospitalización de un período y el número de pacientes - día hospitalizados en el mismo período, en relación al número de egresos en el mismo período de medición (*ver Ficha N° 06*).

Este indicador busca medir la eficiencia del uso y aprovechamiento óptimo de una cama hospitalaria, en base al tiempo promedio en que una cama permanece desocupada, durante un determinado periodo.

7. Porcentaje de Ocupación Cama:

Es la relación entre el número de pacientes hospitalizados por día y el número de camas disponibles por día (*ver Ficha N° 07*).

Este indicador busca medir la eficiencia de producción, en base al uso y ocupación de una cama hospitalaria por cada día, durante un determinado periodo.

8. Rendimiento Cama:

Es la relación entre el número de egresos de una cama hospitalaria del Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización en un período y el N° de camas hospitalarias disponibles promedio en el mismo período (*ver Ficha Técnica N° 08*).

Este indicador busca medir la eficiencia de producción, en base al número de veces que se hace uso de una cama hospitalaria en un determinado periodo.

9. Rendimiento Sala de Operaciones:

Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas realizadas en el servicio de Centro Quirúrgico y el número de salas de operaciones utilizadas en el establecimiento de salud en un determinado período de tiempo (*ver Ficha N° 09*).

Este indicador busca medir la eficiencia de uso máximo de una sala de operaciones en un determinado periodo.

10. Rendimiento Sala de Operaciones (Para cirugías de Emergencias):

Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas por emergencia, realizadas en centro quirúrgico y el número de salas de operaciones en un determinado período de tiempo (*ver Ficha N° 10*).

Este indicador busca medir la eficiencia de uso máximo de una sala de operaciones en cirugías de emergencias en un determinado periodo.

11. Rendimiento Sala de Operaciones (Cirugías Electivas o Programadas):

Es la cantidad de cirugías realizadas (electivas o programadas) en relación al número de salas de operaciones, tomando en cuenta la asignación de recursos, en dimensiones de tiempo, recurso humano y ambiente físico; para un periodo determinado (*ver Ficha N° 11*).



Este indicador busca medir la eficiencia de uso máximo de una sala de operaciones en cirugías programadas en un determinado periodo.

12. Grado de Resolutividad del Establecimiento de Salud:

Es la relación entre el número de referencias enviadas por el establecimiento de salud de origen (HEVES) y el total de atenciones médicas en el mismo periodo de tiempo (ver Ficha N° 12).

Este indicador busca medir la eficiencia de producción, en base a la capacidad de respuesta óptima y oportuna en la atención a los problemas de salud de la población, haciendo uso de los recursos disponibles dentro de nuestra institución.

b) Indicadores de Eficacia

Miden el grado de cumplimiento de los objetivos, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello.

En ese sentido, el Área de Estadística de la Unidad de Inteligencia Sanitaria presenta los Indicadores de Eficacia:

1. Concentración de Consultas:

Indica el número de atenciones en promedio, que se le ha otorgado a cada paciente en el periodo de análisis (ver Ficha N° 13).

Este indicador busca medir la eficacia del cumplimiento de objetivos según estándar propuesto, en base al número de atenciones médicas por año, por paciente (nuevo o reingreso), realizadas en consulta externa en un determinado periodo.

2. Razón de Emergencias por Consulta Externa:

Mide el número de atenciones de emergencia (Prioridad I y II) en relación a las atenciones de consulta externa (ver Ficha N° 14).

Este indicador busca medir la eficacia del cumplimiento de objetivos según estándar propuesto, en base a la demanda satisfecha en consulta externa y por ende una disminución de atenciones en emergencia (prioridad I y II).

3. Razón de Urgencias por Consulta Externa:

Es la relación entre el número de atenciones médicas en urgencias (Prioridad III y IV) y el número total de atenciones médicas en consulta externa. Cuantifica la ocurrencia de las atenciones médicas en urgencias en un determinado periodo de tiempo (ver Ficha N° 15).

Este indicador busca medir la eficacia Este indicador busca medir la eficacia del cumplimiento de objetivos según estándar propuesto, en base a la demanda satisfecha en consulta externa y por ende una disminución de atenciones en emergencia (prioridad III y IV).

c) Indicadores de Calidad

Permiten medir los atributos que aseguran la provisión adecuada de los bienes o servicios entregados a los usuarios.

En ese sentido, el Área de Estadística de la Unidad de Inteligencia Sanitaria presenta los Indicadores de Calidad:



1. Densidad de incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) seleccionadas:

La incidencia mide la velocidad con que se propagan las IAAS (los casos nuevos o incidentes de IAAS durante un período de tiempo). A más casos nuevos, más rápida la propagación.

Se utiliza **densidad de incidencia** cuando se mide el número de casos nuevos en una cantidad de persona-tiempo (ver Ficha N° 16). Se utiliza para la medición de neumonías asociadas a ventilador mecánico, infección de tracto urinario asociado a catéter urinario permanente e infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central.

Este indicador busca medir la calidad de la atención brindada al paciente, en base a la reducción de riesgo de exposición a una infección dentro de la institución.

2. Incidencia acumulada de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) seleccionadas:

La incidencia mide la velocidad con que se propagan las IAAS (los casos nuevos o incidentes de IAAS durante un período de tiempo). A más casos nuevos, más rápida la propagación.

Se utiliza la **incidencia acumulada**, cuando la exposición es única y sólo se espera un episodio por paciente (ver Ficha N° 17). Se utiliza para la medición de infecciones de herida operatoria y de endometritis puerperal.

Este indicador busca medir la calidad de la atención brindada al paciente, en base a la reducción de riesgo de exposición a una infección dentro de la institución.

3. Tasa neta de Mortalidad Hospitalaria (Factor 1000):

Proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo período (ver Ficha N° 18).

Este indicador busca medir la calidad de atención que recibe el paciente, en base a la reducción de defunciones en un determinado periodo, como resultado de una adecuada y eficiente provisión de servicios para la mejora de su situación de salud.

4. Tasa de Cesáreas:

Establece la cantidad de cesáreas que se realizan en relación al total de partos atendidos en un hospital durante un periodo (ver Ficha N° 19).

Este indicador busca medir la calidad de la atención en cuanto al manejo clínico realizado al paciente en el trabajo de parto.

5. Tasa de Mortalidad Perinatal (Factor 1000):

Es aquella que ocurre en el periodo comprendido entre la 22° semana completa de gestación y hasta los 7 días completos de vida, o muerte del feto por cada 1000 (ver Ficha N° 20).

Este indicador busca medir la calidad de atención que se le brinda a este usuario; en base a la reducción de defunciones en un determinado periodo, como resultado de una adecuada y eficiente provisión de servicios para la mejora de su situación de salud.



6. Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz (Factor 1000):

La Mortalidad Neonatal Precoz indica los fallecidos durante la primera semana por cada 1.000 recién nacidos vivos (ver Ficha N° 21).

Este indicador busca medir la calidad de atención que se le brinda a este usuario; en base a la reducción de defunciones en un determinado periodo, como resultado de una adecuada y eficiente provisión de servicios para la mejora de su situación de salud.

7. Tasa de Mortalidad Neonatal Tardía (Factor 1000):

Es la relación entre el número de fallecidos entre 8 y 28 días y el número de nacidos vivos de un período por 1.000 nacidos vivos (ver Ficha N° 22).

Este indicador busca medir la calidad de atención que se le brinda a este usuario; en base a la reducción de defunciones en un determinado periodo, como resultado de una adecuada y eficiente provisión de servicios para la mejora de su situación de salud.

8. Porcentaje de Cirugías Suspendidas:

Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas en un período y el número de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo período (ver Ficha N° 23).

Este indicador busca medir la calidad de cumplimiento del procedimiento quirúrgico previamente programado.

6.1.3. Difusión del Indicador

- a) La Unidad de Inteligencia Sanitaria - Área de Estadística realiza la difusión de los indicadores a través de la plataforma web denominado "Reporteador de Estadística" y se realiza aproximadamente entre el día 7 y 10 de cada mes.
- b) La Unidad de Inteligencia Sanitaria - Área de Estadística realiza la publicación de los resultados de los Indicadores de Gestión Hospitalaria a través del Boletín Estadístico, de manera periódica.



VII. RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad de la Unidad de Inteligencia Sanitaria - Área de Estadística, la obtención, medición y difusión de los Indicadores de Gestión Hospitalaria.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

Cualquier modificación de la presente directiva, estará sujeto a cambios de normativas.



IX. ANEXOS

Anexo N° 01: Ficha Técnica de Indicadores (Descripción del Indicador)

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	El nombre del indicador debe ser un enunciado preciso (corto y concreto) y auto explicativo (que exprese lo que se desea medir con él), en suma, debe estar vinculado con el objetivo, acción o servicio que se desea medir.
Tipo:	Desde el punto de vista de los indicadores de desempeño, se consideran 03 categorías: Eficiencia, Eficacia, y Calidad.
Objetivo	Código y nombre del objetivo o acción que mide el indicador.
Definiciones y observaciones:	La definición, explica de qué se trata el indicador, lo que quiere medir. Las observaciones, aportan algunas acotaciones a tener en consideración para su obtención.
Tipo de medida	Es la magnitud que se utiliza para la medición del indicador. Permite expresar el indicador en términos relativos o absolutos.
Método del cálculo:	En este campo se incluyen i) la fórmula de cálculo del indicador y ii) las especificaciones técnicas, que comprende la definición de las variables utilizadas en la fórmula de cálculo y los criterios necesarios para el entendimiento de la medición.
Estándar / meta	Se orienta a la mejor situación posible, con los recursos disponibles.
Periodicidad:	Señala la frecuencia con que se realizará la medición del indicador.
Interpretación	Es la interpretación que se hace de los resultados y representan el potencial de mejora para el proceso. Explica el resultado que se obtiene con el indicador. Ejemplo: Si fuera porcentaje, si el indicador se acerca a 1 implica que lo que se mide tiene una pequeña incidencia, pero si se acerca a 100 tiene una gran incidencia.
Fuente y bases de datos:	La fuente es la entidad a partir de la cual se obtiene la información del indicador. La base de datos es el medio físico o electrónico que contiene la información del indicador. En este campo conviene ser específicos en las descripciones, de manera que debe evitarse el uso de siglas



Anexo N° 02: Fichas Técnicas

Ficha N° 1. Productividad hora médico

FICHA TÉCNICA N° 1: PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Productividad Hora Médico
Tipo:	Eficiencia - Proceso
Objetivo	Conocer la productividad hora médico, en base al número de pacientes atendidos, por hora de labor del profesional médico en consulta externa.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Evalúa la capacidad de producir atenciones médicas, con una asignación de recurso determinado, en dimensiones de tiempo, recurso humano y ambiente funcional, en el servicio de consulta externa durante un determinado periodo. Atención Médica.- Es el acto médico realizado a través de consultas o procedimientos, que comprende de consulta médica más los procedimientos que se realizan en la consulta externa. Observaciones: 1. Atención médica = Consulta médica 2. El indicador no contabiliza atenciones efectuadas por profesionales no médico, aunque estas prestaciones hayan sido efectuadas en el Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización. 3. Para el cálculo de las atenciones, únicamente se considerará las realizadas en la Unidad de Consulta externa. No se consideran las atenciones efectuadas en la programación de consultorios de procedimientos, aunque se registre el CPT de consulta (99201, 99202, 99203) 4. El cálculo del indicador, debe obtenerse por separado de acuerdo a la especialidad médica.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de atenciones médicas realizadas en consulta externa}}{\text{Total de horas médico programadas en consulta externa}}$ Especificaciones técnicas: N: Tabla de atenciones en la base de datos institucional. D: Tabla de registro de programación de turnos de atención médica proveniente en la base de datos institucional.
Estándar / meta	De 4 a 5 consultas/hora médico programada*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación	Número promedio de pacientes atendidos por hora médica programado en consulta externa. Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto puede indicar número insuficiente de atenciones para el total de horas programadas. (Tiempo de horas médico mal distribuidas y también ocasiona pérdida de recursos económicos). Valores por encima del estándar propuesto puede indicar número excesivo de pacientes atendidos según las horas programadas para la atención (Menor tiempo de atención a lo recomendado, desfavorece la calidad de atención al usuario).

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

**Fuente y bases
de datos:**

Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria.
Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*OFICIO CIRCULAR N° 022-2020-DGAIN/MINSA.

Indicador de Desempeño (ID) Productividad hora-médico en consulta externa



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 2. Rendimiento hora médico

FICHA TÉCNICA N° 2: RENDIMIENTO HORA MÉDICO	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Rendimiento Hora Médico
Tipo:	Eficiencia - Proceso
Objetivo	Evaluar el rendimiento del recurso humano, al conocer el número de atenciones que realiza por cada hora efectiva de trabajo en la consulta externa.
Definiciones y observaciones:	<u>Definición conceptual:</u> Evalúa la cantidad de atenciones médicas logradas, con la asignación de recursos, en dimensiones de tiempo, recurso humano y ambiente físico; en el servicio de consulta externa durante un determinado periodo. <i>Atención Médica.-</i> Es el acto médico realizado a través de consultas o procedimientos, que comprende de consulta médica más los procedimientos que se realizan en la consulta externa. <u>Observaciones:</u> 1. Atención médica = Consulta médica 2. El indicador no contabiliza atenciones efectuadas por otros profesionales de la salud, aunque estas prestaciones hayan sido efectuadas en el Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización. 3. Para el cálculo de las atenciones, no se considera la producción del profesional en otras UPSS distintas a consulta externa. Tampoco se considerará las atenciones efectuadas en la programación de procedimientos, aunque se registre el CPMS de consulta (99201, 99202, 99203). 4. El cálculo del indicador, debe obtenerse por separado de acuerdo a la especialidad médica.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	<u>Fórmula de indicador:</u> $\frac{\text{Total de atenciones médicas realizadas en consulta externa en un periodo}}{\text{Total de horas médico efectivas en consulta externa en un periodo}}$ <u>Especificaciones técnicas:</u> N: Registro de atención en consulta externa en la base de datos institucional. D: Registro de los tiempos utilizados en la atención médica en la base de datos institucional.
Estándar / meta	De 4 a 5 consultas por hora*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Interpretación	Permite evaluar el rendimiento en el servicio de consulta externa; respecto a la capacidad de producción por las horas efectivas de trabajo. Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto puede indicar número insuficiente de atenciones para el total de horas ejecutadas. Valores por encima del estándar propuesto puede indicar número excesivo de pacientes atendidos según las horas ejecutadas para la atención (Menor tiempo de atención a lo recomendado, desfavorece la calidad de atención al usuario)
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SIGALENPLUS.

*Adaptado de:

-Decreto Supremo N° 015-2011-SA, que aprueba el reglamento de Decreto de Urgencia N° 022-2011, que autoriza la prestación de servicios complementarios para garantizar y ampliar la cobertura de los servicios médicos asistenciales, en el marco del aseguramiento universal en salud.

-Dado que el indicador Rendimiento Hora-Médico está directamente relacionado con el indicador Productividad Hora-Médico, se propone un estándar similar al de productividad, es decir: De 4-5 consultas/hora, lo que es consistente con el estándar del decreto señalado.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 3. Promedio de exámenes de laboratorio por consulta externa

FICHA TÉCNICA N° 3: PROMEDIO DE EXÁMENES DE LABORATORIO POR CONSULTA EXTERNA	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Promedio de Exámenes de Laboratorio por Consulta Externa
Tipo:	Calidad – Insumo y Proceso
Objetivo	Cuantificar el número de exámenes de laboratorio solicitados en consulta externa por paciente.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es la relación entre el número de exámenes de laboratorio indicados en consulta externa y el total de consultas médicas en un determinado período de tiempo. Observaciones: 1. Se contabiliza las solicitudes u órdenes emitidas por el médico en la atención y que han sido ejecutadas en el Departamento de Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. 2. Atención médica = Consulta médica 3. Se contabiliza solo las atenciones que tengan un diagnóstico clínico, el tratamiento, así como el pronóstico de un caso de enfermedad. 4. Se contabiliza las atenciones brindadas por Médico solo en consulta Externa. No se incluye los procedimientos médicos.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de exámenes de laboratorio indicados en consulta externa y ejecutados en un periodo}}{\text{Total de atenciones médicas realizadas en consulta externa en el mismo periodo}}$ Especificaciones técnicas: N: Registro de órdenes de laboratorio en la base de datos institucional. D: Registro de atenciones médicas en la base de datos institucional.
Estándar / meta	De 0.7 a 1.0 Exámenes u órdenes / Consulta Médica*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Mide el número de Exámenes u órdenes de Laboratorio indicados en la Consulta Externa. Permite medir la intensidad de uso de los exámenes de laboratorio, como también evaluar la sub utilización o la sobre utilización del recurso examen de laboratorio. Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto podría indicar que no se está realizando un óptimo aprovechamiento del recurso de Laboratorio. Valores por encima del estándar propuesto podría indicar una sobre utilización del recurso de laboratorio y esto puede conllevar a escasez de insumos tales como reactivos, entre otros, así como también demora en el procesamiento de resultados.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 - MINSA
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 4. Utilización de consultorios

FICHA TÉCNICA N° 4: UTILIZACIÓN DE CONSULTORIOS	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Utilización de Consultorios
Tipo:	Eficiencia – Insumo y Proceso
Objetivo	Conocer el grado de uso de los consultorios en consulta externa médica determinada por el número de turnos que se viene otorgando para la atención en la consulta.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es la proporción de consultorios programados respecto de la cantidad máxima de consultorios físicos disponibles, teniendo en cuenta la capacidad operativa máxima y la programación de consulta externa. Observaciones: 1. Consultorio físico, es un ambiente físico que se utiliza para brindar atención médica, este puede ser utilizado en varios turnos. 2. Se contabilizan el total de consultorios físicos que fueron ingresados en la programación para ese periodo. 3. Consultorio funcional, son los ambientes físicos utilizados en varios turnos de atención. 4. El numerador se obtiene de la suma diaria de los turnos asignados a los consultorios físicos. 5. El denominador se obtiene de la suma diaria de los consultorios físicos utilizados para los turnos de ese día.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de consultorios funcionales (programados) en un periodo}}{\text{Total de consultorios físicos (disponibles) en el mismo periodo}}$ Especificaciones técnicas: N: Registro de la programación médica en la base de datos institucional. D: Registro de la programación médica en la base de datos institucional.
Estándar / meta	02 consultorios funcionales/Consultorio físico*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Es el promedio de consultorios funcionales que se asigna a cada consultorio físico para la realización de consulta externa. Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto podría indicar que no hay demanda de atención por parte de pacientes o que hay insuficiente número de profesional médico especializado para atención en consulta externa, entre otros. (Esto puede desfavorecer el aprovechamiento óptimo de los consultorios). Valores por encima del estándar propuesto puede indicar un incremento en la demanda de atención por parte de los usuarios y se requiera implementar más consultorios.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -MINSa
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 5. Promedio de permanencia cama

FICHA TÉCNICA N° 5: PROMEDIO PERMANENCIA CAMA	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Promedio de Permanencia Cama
Tipo:	Eficiencia - Proceso
Objetivo	Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización (sub-utilización o sobre utilización). Además, indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización puede reflejar entre otras causas, deficiencias técnicas.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Llamado también promedio de estancia hospitalaria. Es la relación entre los días de estancia de los pacientes egresados y el número total de egresos en el servicio de hospitalización, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado. Observaciones: 1. Los días de estancia sólo se deben contar cuando el paciente ha egresado del HEVES. 2. Para el cálculo de días de estancia, se contabiliza los días de hospitalización desde el momento del ingreso del paciente a una cama del servicio de hospitalización hasta su egreso del servicio, independientemente de su estadía en diferentes áreas o especialidades de la hospitalización. 3. Los pacientes que ingresan y egresan el mismo día se contabilizan como un día de estancia.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de días de estancia de los egresados de hospitalización en un período}}{\text{Total de egresos hospitalarios en el mismo período}}$ Especificaciones técnicas: N: Registro de movimiento hospitalario en la base de datos institucional. D: Registro de movimiento hospitalario en la base de datos institucional.
Estándar / meta	De 3 a 5 días/egreso*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Tiempo promedio de uso en días de una cama hospitalaria por cada paciente. Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del servicio de hospitalización (subutilización o sobreutilización). También reflejaría la calidad de los servicios prestados. Valores fuera del Estándar: <i>Valores por debajo</i> del estándar propuesto podría indicar una óptima y eficiente atención en la solución del problema de salud del paciente y posiblemente refleje una buena calidad de atención.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

	*Considerar también, que en situaciones extremas la necesidad de uso de una cama hospitalaria, por la alta demanda de atenciones y el contexto de salud en la localidad podrían predisponer a un alta médica precoz, fuera de lo habitual, de acuerdo a criterio médico y debido a la necesidad del servicio; esta situación también repercute en el tiempo de estancia hospitalaria y por ende afecta directamente a este indicador. <u>Valores por encima</u> del estándar propuesto podría indicar entre otras causas, deficiencias técnicas y podrían además complicar al paciente con IAAS; dificultando así el acceso para la atención de otro paciente con menor complejidad de atención. Considerar también que una sobreutilización de este recurso podría indicar deficiencias en la calidad de atención. Otra interpretación podría ser que el hospital atiende una proporción importante de pacientes de mayor complejidad al que le corresponde como categoría II-2.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

Fuente: Adaptado del Documento de Trabajo 2013 –MINSa "Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA" y de la Ficha N° 12 de la "Directiva Administrativa N°243-MINSa/2017/DGOS, que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas nacionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para la entrega económica, establecida en el artículo 15 del decreto legislativo N°1153", aprobada con la Resolución Ministerial N° 1101-2017/MINSa.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UJS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 6. Intervalo sustitución cama

FICHA TÉCNICA N° 6: INTERVALO SUSTITUCIÓN CAMA	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del Indicador:	Intervalo Sustitución Cama
Tipo:	Eficiencia – Insumo y Proceso
Objetivo	Medir el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es el cociente de la diferencia obtenida entre el número de días cama disponibles para hospitalización de un período y el número de pacientes - día hospitalizados en el mismo período, en relación al número de egresos en el mismo período de medición. <i>Cama Disponible.-</i> Es el número de camas realmente instaladas en el hospital, en condiciones de uso inmediato para la atención de pacientes hospitalizados, independientemente de que estén ocupados o no. Observaciones: 1. Para el Total de días cama se multiplica el total de camas disponibles por los días del periodo de análisis (siempre que el número de camas sea constante durante el periodo de análisis); caso contrario, si existiera variación en el número de camas disponibles en diferentes días (sea por implementación de nuevas camas o reubicación de camas según necesidad de servicio), el cálculo se realizará mediante la sumatoria del número de camas disponibles identificados en cada día. 2. El total de pacientes día del mes se obtiene de la sumatoria de todos los pacientes-día censados día a día durante el mes. 3. Los pacientes que ingresan y egresan el mismo día no deben ser considerados como paciente-día; en esos casos, se puede utilizar el siguiente procedimiento para obtener el número de paciente-día. Paciente día = (N° de pacientes censados) + (ingresos del día) – (egresos del día) + (N° de pacientes egresados que ingresaron el mismo día). 4. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud) o por defunción. 5. Para el egreso hospitalario no se considera UCI, UCIN, Alojamiento conjunto, ni Cirugía día Ambulatorio
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{(\text{Total días cama disponibles}) - (\text{Total paciente día})}{\text{Total de egresos del servicio de hospitalización en el mismo periodo}}$ Especificaciones técnicas: N: Registro del movimiento hospitalario en la base de datos institucional. D: Registro del movimiento hospitalario en la base de datos institucional.
Estándar / meta	De 0,6 a 1 por día*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Interpretación:	Mide el tiempo promedio que una cama Hospitalaria permanece desocupada entre un egreso y el ingreso de otro paciente a la misma cama. Este indicador permite evaluar la sub-utilización o sobre-utilización del recurso cama de la UPSS Hospitalización. Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto podría indicar un aumento en la demanda de uso del recurso cama hospitalaria y de no tomar medidas al respecto esto podría generar sobrecapacidad del servicio, repercutir desfavorablemente en la calidad de atención y originar estrés laboral en el equipo de salud. Valores por encima del estándar propuesto podría indicar posiblemente que no hay un aprovechamiento óptimo del recurso cama hospitalaria, entre otros aspectos.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -MINSA
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 7. Porcentaje de ocupación cama

FICHA TÉCNICA N° 7: PORCENTAJE OCUPACIÓN CAMA	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Porcentaje de Ocupación Cama
Tipo:	Eficiencia – Insumo y Proceso
Objetivo	Permite medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un periodo de tiempo, identificando la sub – utilización o sobre utilización del recurso cama del Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es la relación entre el número de pacientes hospitalizados por día y el número de camas disponibles por día. <i>Días Paciente o Camas Ocupadas.</i> - Es la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama de hospital durante el periodo comprendido entre las 0 horas y las 24 horas de un mismo día. Observaciones: 1. El total de pacientes día del mes se obtiene de la sumatoria de todos los pacientes-día censados día a día durante el mes. 2. Los pacientes que ingresan y egresan el mismo día no pueden ser consignados en el censo diario (como paciente-día); en esos casos, se puede utilizar el siguiente procedimiento para obtener el número de paciente-día. Número de pacientes-día = (N° de pacientes censados) + (ingresos del día) – (egresos del día) + (N° de pacientes egresados que ingresaron el mismo día). 3. Para el total de días cama, se multiplica el total de camas disponibles por los días del periodo de análisis.
Tipo de medida	Porcentaje
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de paciente día en un periodo}}{\text{Total de días cama disponible en el mismo periodo}} \times 100$ Especificaciones técnicas: N: Registro del movimiento hospitalario en la base de datos institucional. D: Registro del movimiento hospitalario en la base de datos institucional.
Estándar / meta	Para el Hospital: >=80%
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Interpretación:	Mide el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un período de tiempo. Este indicador evalúa la sub-utilización o sobre-utilización del recurso cama del servicio de Hospitalización. Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto puede indicar que hay menor demanda de atenciones en servicios que requieren internamiento hospitalario, también podría indicar que no hay un buen aprovechamiento de uso de las camas hospitalarias según distribución por servicios. Valores por encima del estándar propuesto puede indicar un óptimo aprovechamiento de camas hospitalarias y que a su vez podría indicar la necesidad de requerir implementar mayor número de camas para atención hospitalaria.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

Fuente: Adaptado del Documento de Trabajo 2013 –Minsa "Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA" y de la Ficha N° 11 de la "Directiva Administrativa N° 243-MINSA/2017/DGOS, que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas nacionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para la entrega económica, establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153", aprobada con la Resolución Ministerial N° 1101-2017/MINSA.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 8. Rendimiento cama

FICHA TÉCNICA N° 8: RENDIMIENTO CAMA	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Rendimiento Cama
Tipo:	Eficiencia – Insumo y Proceso
Objetivo	Permite medir el número de egresos hospitalarios por cada cama hospitalaria disponible en un periodo determinado (promedio de uso de una cama hospitalaria). Se le conoce también como índice de rotación. La cama hospitalaria será más utilizada en el periodo medido si hay una mayor demanda efectiva. Este indicador es influenciado por el promedio de permanencia de cama y el intervalo de sustitución.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es la relación entre el número de egresos de una cama del Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización en un periodo y el N° de camas hospitalarias disponibles promedio en el mismo periodo. Observaciones: 1. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud) o por defunción. 2. Para el egreso hospitalario no se considera UCI, UCIN, Alojamiento conjunto, ni Cirugía día Ambulatorio.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de egresos hospitalarios en un periodo}}{\text{Total de camas disponibles en el mismo periodo}}$ Especificaciones técnicas: N: Registro del movimiento hospitalario en la base de datos institucional. D: Registro del movimiento hospitalario en la base de datos institucional.
Estándar / meta	6 a 9 egresos/cama/mes
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Mide el número de egresos hospitalarios por cada cama hospitalaria disponible en un periodo determinado. Se le conoce también como índice de rotación. La cama hospitalaria será más utilizada en el periodo medido si hay una mayor demanda efectiva. Valores fuera del Estándar: <u>Valores por debajo</u> del estándar propuesto puede indicar un posible manejo clínico no óptimo, que favorezca la pronta recuperación de salud del paciente y por ende incrementa el tiempo de estancia hospitalaria. Otra interpretación podría ser que el hospital atiende una proporción importante de pacientes de mayor complejidad al que le corresponde como categoría II-2. <u>Valores por encima</u> del estándar propuesto puede indicar mayor demanda de pacientes, también puede indicar una óptima atención que favorece la pronta recuperación de salud del paciente y a su vez podría ser un indicativo para requerir mayor número de camas en el servicio de hospitalización.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

Nota: Adaptado del Documento de Trabajo 2013 – MINSA "Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA" y de la Ficha N° 18 de la "Directiva Administrativa N° 243-MINSA/2017/DGOS, que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas nacionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para la entrega económica, establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153", aprobada con la Resolución Ministerial N° 1101-2017/MINSA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 9. Rendimiento sala de operaciones

FICHA TÉCNICA N° 9: RENDIMIENTO SALA DE OPERACIONES	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Rendimiento Sala de Operaciones
Tipo:	Eficiencia – Insumo y Proceso
Objetivo:	Permite determinar el número promedio de intervenciones quirúrgicas y procedimientos especializados, realizadas por cada sala de operación.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas realizadas en el servicio de Centro Quirúrgico y el número de salas de operaciones utilizadas en el establecimiento de salud en un determinado período de tiempo. Observaciones: 1. Las intervenciones se cuentan por paciente intervenido con su respectivo reporte operatorio. 2. Se suman las intervenciones programadas o electivas y de emergencia. 3. El total de salas es la suma de las salas usadas por día, durante el periodo, multiplicada por el número de turnos de utilizado. 4.- Un turno de 6 horas = 1 sala de operaciones. 5. Se tiene 02 salas para intervenciones o Cirugías de emergencia y 03 salas para cirugías programadas o electivas. 6. Para el indicador se considera dos turnos en promedio por cada sala.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: Total de intervenciones quirúrgicas realizadas en un periodo
	Total de salas de operaciones utilizadas (Por turno de 06 horas) en el mismo periodo Especificaciones técnicas: N: Registro de intervenciones quirúrgicas realizadas en la base de datos institucional. D: Registro de sala de operaciones utilizadas en la base de datos institucional.
Estándar / meta	De 80 a 100 por sala en el mes*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Mide la intensidad de uso del recurso sala de operaciones del Centro Quirúrgico por turno de 06 (seis) horas. Es el número promedio de intervenciones quirúrgicas por turno de 06 horas, que se realizan en cada sala de operaciones. Este indicador puede ser influenciado por la complejidad de cirugías que realiza el establecimiento de salud, pues una cirugía de mayor complejidad al requerir más horas de tiempo operatorio afectará el rendimiento de sala de operaciones Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto indica menor número de cirugías. (Esto podría indicar que no hay un buen aprovechamiento de sala de operaciones y por ende no se le está dando un óptimo uso al recurso con el que se cuenta, también podría indicar que



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

	posiblemente no hay una buena distribución entre el número de cirugías y el número de salas, entre otros aspectos). Valores por encima del estándar propuesto, puede indicar número excesivo de cirugías por cada sala de operaciones, lo que representa una mayor demanda de atención y podría desfavorecer la calidad de atención brindada; se necesitaría revisar y posiblemente reestructurar la distribución y programación del uso de sala de operaciones.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -Minsa

Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 10. Rendimiento sala de operaciones (para cirugías de emergencias)

FICHA TÉCNICA N° 10: RENDIMIENTO DE SALA DE OPERACIONES (Cirugías de Emergencias)	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Rendimiento Sala de Operaciones (Para cirugías de Emergencias)
Tipo:	Eficiencia – Insumo y Proceso
Objetivo	Permite determinar el número promedio de intervenciones quirúrgicas y procedimientos especializados, realizadas por cada sala de operación destinada a cirugías de emergencia.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas por emergencia, realizadas en centro quirúrgico y el número de salas de operaciones en un determinado período de tiempo. Observaciones: 1. Las intervenciones se cuentan por paciente con su respectivo reporte operatorio. 2. Se suman solo las intervenciones quirúrgicas a pacientes que provienen del servicio de emergencia. 3. Para el denominador se suman las salas utilizadas para cirugías de emergencia, por día y multiplicado por 2 turnos de 12 horas cada uno, durante ese periodo. 5. Para el indicador se considera dos turnos en promedio por cada sala. 6.- Un turno hace referencia al tiempo transcurrido durante una guardia diurna (entre 07:00 horas a 19:00 horas) y una guardia nocturna (19:00 horas a 07:00 horas)
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de intervenciones quirúrgicas por emergencia realizadas en un periodo}}{\text{Total de salas de operaciones utilizadas (Por turno de 12 horas) en el mismo periodo}}$ Especificaciones técnicas: N: Número de intervenciones quirúrgicas de emergencias realizadas y registradas en la base de datos institucional. D: Registro de sala de operaciones utilizadas en la base de datos institucional.
Estándar / meta	Sin estándar*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Es el promedio de intervenciones quirúrgicas de Emergencia por turno de 12 horas, que se realizan en cada sala de operaciones. No tiene estándar, no corresponde.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -MINSA
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 11: Rendimiento sala de operaciones (cirugías electivas)

FICHA TÉCNICA N° 11: RENDIMIENTO DE SALA DE OPERACIONES (Cirugías Electivas)	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Rendimiento Sala de Operaciones (Cirugías Electivas)
Tipo:	Eficiencia – Insumo y Proceso
Objetivo	Permite determinar el número promedio de intervenciones quirúrgicas y procedimientos especializados, realizadas por cada sala de operación destinada a cirugías de electivas.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es la cantidad de cirugías realizadas (electivas o programadas) en relación al número de salas de operaciones, tomando en cuenta la asignación de recursos, en dimensiones de tiempo, recurso humano y ambiente físico; para un periodo determinado. Observaciones: 1.- Cirugías electivas, se considera únicamente a aquellos pacientes que fueron programados previamente a la intervención quirúrgica, con un mínimo de 24 horas de anticipación. 2.- No se contabilizan las cirugías provenientes de emergencia. 3.- Un turno de 6 horas = 1 sala de operaciones. 4.- Se considera siempre 6 horas por turno abierto, independientemente de la hora de inicio y término de las intervenciones quirúrgicas para dicha sala. 5.- Para considerar a una cirugía como electiva, debe existir registro previo del paciente en la lista de espera quirúrgica institucional. De lo contrario, se considerará a la misma como una intervención no programada o de emergencia.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de intervenciones quirúrgicas electivas o programadas realizadas en un periodo}}{\text{Total de salas de operaciones utilizadas (Por turno de 06 horas) en el mismo periodo}}$ Especificaciones técnicas: N: Número de intervenciones quirúrgicas programadas y registradas en la base de datos institucional. D: Registro de sala de operaciones programadas en la base de datos institucional.
Estándar / meta	Sin estándar*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Es el promedio de intervenciones quirúrgicas electivas programadas que se realizan en cada sala de operaciones (turno de 6 horas) en un periodo.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -Minsa
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 12. Grado de resolutiveidad del establecimiento de salud

FICHA TÉCNICA N° 12: GRADO DE RESOLUTIVIDAD	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Grado de Resolutiveidad del Establecimiento de Salud
Tipo:	Eficiencia – Resultado
Objetivo	Medir la capacidad resolutive del hospital, ante la complejidad de salud del paciente.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es la relación entre el número de referencias enviadas por el establecimiento de salud de origen (HEVES) y el total de atenciones médicas en el mismo periodo de tiempo. Observaciones: - Únicamente se contabilizan las referencias enviadas, por solicitud de los servicios de consulta externa y/o emergencia. - Atención médica = Consulta médica - Se contabiliza solo las atenciones que tengan un diagnóstico clínico, el tratamiento así como el pronóstico de un caso de enfermedad. - Se contabiliza las atenciones brindadas por Médico solo en consulta Externa. No se incluye los procedimientos médicos.
Tipo de medida	Porcentaje.
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de referencias solicitadas de consulta externa y emergencias enviadas en un periodo.}}{\text{Total de atenciones médicas en consulta externa + Total de atenciones médicas en emergencia en el periodo}} \times 100$ Especificaciones técnicas: N: Registro de las referencias en la base de datos institucional. D: Registro de atenciones médicas en la base de datos institucional.
Estándar / meta	Sin estándar*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Permite apreciar de forma indirecta la capacidad que tiene el establecimiento de salud para producir servicios de salud necesarios para solucionar diversas necesidades o problemas de salud de los usuarios, en relación a la especialización y tecnificación de sus recursos. No tiene estándar, no corresponde.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -Minsa
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003-HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 13. Concentración de consultas

FICHA TÉCNICA N° 13: CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Concentración de Consultas
Tipo:	Eficacia - Producto
Objetivo:	Permite conocer el promedio de atenciones por cada paciente.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Indica el número de atenciones en promedio, que se le ha otorgado a cada paciente en el periodo de análisis. Observaciones: 1. Atención médica = Consulta médica 2. Se contabiliza solo las atenciones que tengan un diagnóstico clínico. 3. Se contabiliza las atenciones brindadas por Médico solo en consulta Externa. No se incluye los procedimientos médicos. 4. El número de pacientes atendidos puede ser menor o igual al número de atenciones, pero nunca será mayor al número de atenciones.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de atenciones médicas efectivas realizadas en consulta externa en un período}}{\text{Total de atendidos en consulta externa (nuevos y reingresos) en el mismo período}}$ Especificaciones técnicas: N: Registro de atención en consulta externa en la base de datos institucional. D: Registro de la condición (nuevo y reingreso) del paciente sobre la atención en consulta externa en la base de datos institucional.
Estándar / meta	De 3 a 4 Consultas al año*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Permite evaluar el número de consultas realizadas a cada usuario del servicio de consulta externa en un período de tiempo. Además de la intensidad de uso del recurso hora médico. Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto indica menor número de consultas al año por paciente y esto podría indicar que la atención brindada fue óptima y eficiente a la solución del problema de salud del paciente o que la calidad de atención no brinda la suficiente confianza al paciente para regresar a la institución. Valores por encima del estándar propuesto indica mayor número de consultas al año por paciente, podría indicar que no se está brindando una pronta solución al problema de salud del paciente. *Las interpretaciones están sujetas a evaluar y considerar si corresponden a una misma especialidad o varias especialidades, así como también el nivel de complejidad de atención de los pacientes.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V:01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 14. Razón de emergencias por consulta externa

FICHA TÉCNICA N° 14: RAZÓN DE EMERGENCIAS POR CONSULTA EXTERNA	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Razón de Emergencias por Consulta Externa
Tipo:	Eficacia – Proceso
Objetivo	Permite conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un período.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Mide el número de atenciones de emergencia (Prioridad I y II) en relación a las atenciones de consulta externa. Observaciones: 1. Atención médica = Consulta médica. 2. Solo atenciones por emergencia prioridades I y II. 3. Las atenciones por emergencia se contabilizan desde el ingreso al servicio y con el diagnóstico asignado. 4. Para las atenciones en consulta externa se contabilizan solo las que tengan un diagnóstico clínico. 5. Se contabiliza las atenciones brindadas por médico solo en consulta Externa. No se incluye los procedimientos médicos.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de Atenciones médicas en emergencia (de tipo I y II) en un período}}{\text{Total de atenciones médicas realizadas en consulta externa en el período}}$ Especificaciones técnicas: N: Registro de atenciones en emergencia en la base de datos institucional. D: Registro de atenciones en consultorio externo en la base de datos institucional.
Estándar / meta	a) Si el valor del año previo es ≤ 0.10, mantener cifra.* b) Si el valor del año previo está entre 0.10 y <0.15 reducir hasta llegar a ≤ 0.1.* c) Si el valor del año previo está entre 0.15 y 0.30 reducir en 0.05 o más.* d) Si el valor del año previo es > 0.3 reducir en 0.10 o más.*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Permite conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un período. Indirectamente permite conocer la demanda insatisfecha de consulta externa del hospital o de la red de salud. Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto podría indicar un buen trabajo de labor preventivo promocional en el cuidado de salud de las personas, como parte de una de las estrategias sanitarias. Valores por encima del estándar propuesto podría indicar a que no hay un buen trabajo de labor preventivo promocional en el cuidado de salud de las personas, como parte de una de las estrategias sanitarias.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

Fuente: Adaptado del Documento de Trabajo 2013 –MINSa "Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA", y de la Ficha N° 14 de la "Directiva Administrativa N° 243-MINSa/2017/DGOS, que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas nacionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para la entrega económica, establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153", aprobada con la Resolución Ministerial N° 1101-2017/MINSa.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 15. Razón de urgencias por consulta externa

FICHA TÉCNICA N° 15: RAZÓN DE URGENCIA POR CONSULTA EXTERNA	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Razón de Urgencias por Consulta Externa
Tipo:	Eficiencia – Proceso
Objetivo	Permite conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de urgencia en relación a las atenciones de consulta externa en un período.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es la relación entre el número de atenciones médicas en urgencias (Prioridad III y IV) y el número total de atenciones médicas en consulta externa. Cuantifica la ocurrencia de las atenciones médicas en urgencias en un determinado periodo de tiempo. Observaciones: 1. Atención médica = Consulta médica. 2. Solo atenciones por emergencia Prioridad III y IV. 3. Las atenciones por emergencia se contabilizan desde el ingreso al servicio y con el diagnóstico asignado. 4. Para las atenciones en consulta externa se contabilizan solo las que tengan un diagnóstico clínico. 5. Se contabiliza las atenciones brindadas por médico solo en consulta Externa. No se incluye los procedimientos médicos.
Tipo de medida	Razón
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de Atenciones médicas en Emergencia (de tipo III y IV) en un período}}{\text{Total de atenciones médicas realizadas en Consulta Externa en el período}}$ Especificaciones técnicas: N: Registro de atenciones en emergencia en la base de datos institucional. D: Registro de atenciones en consultorio externo en la base de datos institucional.
Estándar / meta	Sin estándar*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Es la relación entre las atenciones médicas en urgencias, respecto al número de atenciones médicas en consulta externa. No tiene estándar, no corresponde.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -MINSAL

Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 16. Densidad de incidencia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) seleccionadas.

FICHA TÉCNICA N° 16: DENSIDAD DE INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS) SELECCIONADAS	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Densidad de incidencia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) seleccionadas.
Tipo:	Eficacia = Calidad
Objetivo	Permite medir la incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: La incidencia mide la velocidad con que se propagan las IAAS (los casos nuevos o incidentes de IAAS durante un período de tiempo). A más casos nuevos, más rápida la propagación. Se utiliza densidad de incidencia cuando se mide el número de casos nuevos en una cantidad de persona-tiempo. Observaciones: Las IAAS son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, el riesgo a la salud del personal sanitario y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. La vigilancia y control epidemiológico constituyen una estrategia fundamental para fortalecer la seguridad del paciente. El análisis de los datos de la vigilancia de las IAAS incluye la descripción de los casos notificados de IAAS, la tendencia de las tasas y las comparaciones con las tasas referenciales según el tipo de IAAS, identifica probables brotes, y conoce los microorganismos causales y su perfil de sensibilidad.
Tipo de medida	Tasa
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: Densidad de incidencia.- $\frac{\text{Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{N° total de días-procedimiento expuesta al riesgo durante el mismo periodo}} \times 1000$ Especificaciones técnicas: Densidad de incidencia.- N: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el período. D: Sumatoria del total de días-procedimiento o pacientes-procedimiento expuestos al riesgo durante el mismo período. Se utiliza para la medición de neumonías asociadas a ventilador mecánico, infección de tracto urinario asociado a catéter urinario permanente e infecciones del torrente sanguíneo por catéter venoso central.
Estándar / meta	El logro esperado será calculado para cada tipo de IAAS seleccionada: Si el valor umbral es menor o igual a la tasa referencial Nacional y para Hospital II-2: Mantenerse menor o igual al valor referencial, de acuerdo con la IAAS seleccionada. Si el valor umbral es mayor que la tasa referencial Nacional: Reducir en 30% para alcanzar la tasa referencial. Valor umbral: Valor del año previo. Tasa referencial nacional y para categoría Hospital II-2: Es publicada en el Boletín Epidemiológico del CDC* (Pueden variar cada año).
Periodicidad:	Anual.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UJS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

	Valores fuera del Estándar: Valores por encima del estándar propuesto pueden indicar un inadecuado manejo de los protocolos de bioseguridad y manejo clínico. Esto puede ocasionar incremento en la estancia hospitalaria, mayor uso de fármacos, menor número de camas libres o desocupadas, incremento del gasto financiero. La información contribuye a la toma de decisiones en gestión, para la implementación de los planes de prevención y control de IAAS. Asimismo, es útil como indicador de resultado de la calidad de los servicios de salud que identifica factores de riesgo que requieran ser monitorizados, evalúa el impacto de los procedimientos preventivos y orienta la educación del personal de la salud sobre las prácticas de prevención y control de las IAAS. Para el uso de los indicadores epidemiológicos de referencia de las IAAS se considerará: Primero, se compara la tasa del HEVES con la tasa de referencia a nivel nacional y según categoría (II-2) para determinar si se encuentra por debajo o por encima de los valores de referencia. Asimismo, se ubicará la tasa local en el percentil según corresponda a fin de identificar valores extremos. Ej. Si la tasa se ubica por debajo del percentil 25, indica que puede existir un sub registro en la vigilancia de IAAS o que la duración o frecuencia del factor de riesgo es mínimo o escaso. Por el contrario, si se ubica dentro del percentil 90, indicará que tiene un comportamiento atípico y puede ser un problema necesario de abordar con prioridad. Segundo, si la tasa local resulta superior a ambos valores referenciales (tasa nacional y según categoría), entonces deberá compararse con la tasa histórica correspondiente al cálculo de la tasa basada en la información que se disponga al momento del análisis a fin de identificar el incremento inusual de la tasa o probable brote de IAAS. Sin embargo, dada la coyuntura del COVID-19, en donde se incrementó la oferta de camas de cuidados intensivos en cerca de 6 veces más (de 16 a 77 camas), el comportamiento de uso de dispositivos invasivos también cambió, generando dificultades para realizar la comparación histórica dado que los contextos en los cuales se ha ejecutado la vigilancia han cambiado. Los tipos de IAAS cuyas tasas locales superen a las 3 tasas referenciales (nacional, categoría e histórica) deberán priorizarse en los planes de los comités de prevención y control local, así como, en planes de mejora continua a fin de que se programe la ejecución de medidas de intervención que deben ser documentadas para su respectiva evaluación de impacto.
Interpretación:	Fuente y bases de datos: Fuente de datos: Área de Epidemiología/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Registros de Vigilancia Epidemiológica de la UIS.

Fuente: Adaptado de:

- Documento de Trabajo 2013 –MINSA “Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA”.
- Ficha N° 10 de la “Directiva Administrativa N° 278-MINSA/2019/DGOS, Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en salud, alcanzados en el año 2019, para la entrega económica, establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153”, aprobada con la Resolución Ministerial N° 1048-2019/MINSA.
- NTS N° 163-MINSA/2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, aprobada con la Resolución Ministerial N° 523-2020/MINSA.
- Quispe, Z (2019). Indicadores epidemiológicos de referencia de infecciones asociadas a la atención en salud. Perú – 2018. Boletín Epidemiológico del Perú. 2019; 28 (10): 248-250. Recuperado de: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2020/04/indicadores-referenciales-de-IAAS.pdf>
- (*) Para el año 2021, la última Tasa Referencial fue publicada en el Boletín Epidemiológico SE 31-2021 (del 01 al 07 de agosto del 2021). Recuperado de: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202131_08_143402.pdf



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 008 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 17. Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) seleccionadas.

FICHA TÉCNICA N° 17: INCIDENCIA ACUMULADA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS) SELECCIONADAS	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) seleccionadas.
Tipo:	Eficacia – Calidad
Objetivo	Permite medir la incidencia acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).
Definiciones y observaciones	Definición conceptual: Medida que solo toma en cuenta los casos nuevos que provienen de una población expuesta a riesgo, delimitada al inicio del periodo de observación. Una incidencia alta nos permite prever que el problema se extenderá en poco tiempo a toda la población susceptible. Observaciones: Las IAAS son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, el riesgo a la salud del personal sanitario y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. La vigilancia y control epidemiológico constituyen una estrategia fundamental para fortalecer la seguridad del paciente. El análisis de los datos de la vigilancia de las IAAS incluye la descripción de los casos notificados de IAAS, la tendencia de los porcentajes y las comparaciones con los porcentajes referenciales según el tipo de IAAS, identifica probables brotes, y conoce los microorganismos causales y su perfil de sensibilidad.
Tipo de medida	Porcentaje
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: <u>Incidencia acumulada.-</u> $\frac{\text{Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{N° total de pacientes-procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo}} \times 100$ Especificaciones técnicas: <u>Incidencia acumulada.-</u> N: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el periodo. D: Sumatoria del total de pacientes según procedimiento durante el mismo periodo. Se utiliza para la medición de infecciones de herida operatoria y de endometritis puerperal. NOTA: Para ambos tipos de indicador, el numerador y el denominador deberán ser obtenidos según la metodología de la vigilancia epidemiológica que se establece en la norma técnica vigente.
Estándar / meta	El logro esperado será calculado para cada tipo de IAAS seleccionada: Si el valor umbral es menor o igual al porcentaje referencial Nacional y para Hospital II-2: Mantenerse menor o igual al valor referencial, de acuerdo con la IAAS seleccionada. Si el valor umbral es mayor que el porcentaje referencial Nacional: Reducir en 30% para alcanzar el porcentaje referencial. Valor umbral: Valor del año previo. El porcentaje referencial nacional y para categoría Hospital II-2: Es publicada en el Boletín Epidemiológico del CDC* (Pueden variar cada año).



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Periodicidad:	Anual.
Interpretación:	Valores fuera del Estándar: Valores por encima del estándar propuesto pueden indicar un inadecuado manejo de los protocolos de bioseguridad y manejo clínico. Esto puede ocasionar incremento en la estancia hospitalaria, mayor uso de fármacos, menor número de camas libres o desocupadas, incremento del gasto financiero. La información contribuye a la toma de decisiones en gestión, para la implementación de los planes de prevención y control de IAAS. Asimismo, es útil como indicador de resultado de la calidad de los servicios de salud que identifica factores de riesgo que requieran ser monitorizados, evalúa el impacto de los procedimientos preventivos y orienta la educación del personal de la salud sobre las prácticas de prevención y control de las IAAS. Para el uso de los indicadores epidemiológicos de referencia de las IAAS se considerará: Primero, se compara el porcentaje del HEVES con el porcentaje de referencia a nivel nacional y según categoría (II-2) para determinar si se encuentra por debajo o por encima de los valores de referencia. Asimismo, se ubicará el porcentaje local en el percentil según corresponda a fin de identificar valores extremos. Ej. Si el porcentaje se ubica por debajo del percentil 25, indica que puede existir un sub registro en la vigilancia de IAAS o que la duración o frecuencia del factor de riesgo es mínimo o escaso. Por el contrario, si se ubica dentro del percentil 90, indicará que tiene un comportamiento atípico y puede ser un problema necesario de abordar con prioridad. Segundo, si el porcentaje local resulta superior a ambos valores referenciales (porcentaje nacional y según categoría), entonces deberá compararse con el porcentaje histórico correspondiente al cálculo del porcentaje basado en la información que se disponga al momento del análisis a fin de identificar el incremento inusual del porcentaje o probable brote de IAAS. Sin embargo, dada la coyuntura del COVID-19, en donde se incrementó la oferta de camas de cuidados intensivos en cerca de 6 veces más (de 16 a 77 camas), el comportamiento de uso de dispositivos invasivos también cambió, generando dificultades para realizar la comparación histórica dado que los contextos en los cuales se ha ejecutado la vigilancia han cambiado. Los tipos de IAAS cuyos porcentajes locales superen a los 3 porcentajes referenciales (nacional, categoría e histórico) deberán priorizarse en los planes de los comités de prevención y control local, así como, en planes de mejora continua a fin de que se programe la ejecución de medidas de intervención que deben ser documentadas para su respectiva evaluación de impacto.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Epidemiología/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Registros de Vigilancia Epidemiológica de la UIS.

Fuente: Adaptado de:

- Documento de Trabajo 2013 –Minsa “Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA”.
- Ficha N° 10 de la “Directiva Administrativa N° 278-MINSA/2019/DGOS, Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en salud, alcanzados en el año 2019, para la entrega económica, establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153”, aprobada con la Resolución Ministerial N° 1048-2019/MINSA.
- NTS N° 163-MINSA/2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, aprobada con la Resolución Ministerial N° 523-2020/MINSA.
- Quispe, Z (2019). Indicadores epidemiológicos de referencia de infecciones asociadas a la atención en salud. Perú – 2018. Boletín Epidemiológico del Perú. 2019; 28 (10): 248-250. Recuperado de: <https://www.dge.gob.pe/portalanuevo/wp-content/uploads/2020/04/indicadores-referenciales-de-IAAS.pdf>
- (*) Para el año 2021, la última Tasa Referencial fue publicada en el Boletín Epidemiológico SE 31-2021 (del 01 al 07 de agosto del 2021). Recuperado de: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202131_08_143402.pdf



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 18. Tasa neta de mortalidad hospitalaria (Factor 100)

FICHA TÉCNICA N° 18: TASA NETA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA (Factor 100)	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Tasa neta de Mortalidad Hospitalaria (Factor 100)
Tipo:	Calidad – Resultado
Objetivo	Medir la calidad de atención que recibe el paciente, en base a la reducción de defunciones en un determinado periodo, como resultado de una adecuada y eficiente provisión de servicios para la mejora de su situación de salud.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo periodo. Observaciones: 1. Solo pacientes de hospitalización que hayan fallecido luego de 48 horas de ser admitidos. 2. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otros servicios (UCI, Emergencia) o por defunción.
Tipo de medida	Tasa
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de egresos por defunción en hospitalización en un periodo (Fallecidos de 48 horas a más de admisión en el servicio de hospitalización)}}{\text{Total de egresos hospitalarios en el mismo periodo}}$ Especificaciones técnicas: N: Reporte de Fallecimientos en la base de datos institucional. D: Registro del movimiento hospitalario en la base de datos institucional.
Estándar / meta	De 3% a 4% *
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Es la relación porcentual entre el número de egresos por defunción hospitalaria en un periodo y el número de egresos en el mismo periodo, cuantificados a partir de las 48 y más horas de admisión al hospital, servicio o especialidad en un periodo. Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto puede indicar un adecuado manejo clínico y capacidad resolutoria por parte de la institución. Valores por encima del estándar propuesto puede indicar mayor número de mortalidad hospitalaria, lo que supondría un inadecuado manejo clínico, no actuando de manera oportuna y eficiente. (Esto desfavorece la calidad de atención brindada, así como también el repercutir en un elevado costo social).
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -Minsa
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 19. Tasa de cesáreas

FICHA TÉCNICA N° 19: TASA DE CESÁREAS	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Tasa de Cesáreas
Tipo:	Calidad – Resultado
Objetivo	Este indicador busca medir la calidad de la atención en cuanto al manejo clínico realizado al paciente en el trabajo de parto.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Establece la cantidad de cesáreas que se realizan en relación al total de partos atendidos en el hospital durante un periodo. Cesárea.- procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción de uno o varios fetos (vivo o muerto) y placenta a través de una incisión abdominal. Observaciones: 1. Los partos por cesáreas incluyen a las cesáreas primarias y repetidas, pero no la extracción del feto desde la cavidad uterina en caso de rotura del útero o de embarazo abdominal. 2. Para fines estadísticos la gestación de más de un producto cuenta según el número y tipo de partos.
Tipo de medida	Porcentaje
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de cesáreas realizadas en un periodo}}{\text{Total de partos atendidos en el mismo periodo}} \times 100$ Especificaciones técnicas: N: Reporte de Centro Obstétrico, en la base de datos institucional. D: Reporte de Centro Obstétrico, en la base de datos institucional.
Estándar / meta	De 20 % a 25% *
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Mide la proporción de partos que ocurren por Cesárea. Valores fuera del Estándar: Valores por debajo del estándar propuesto puede indicar menor número de cesáreas y esto podría indicar dos aspectos: a) Referencias oportunas y manejo clínico adecuado que favorece una atención de parto vaginal sin mayores complicaciones o b) Incremento del número de partos vaginales con complicaciones que posiblemente no fueron identificados oportunamente o no hubo un buen manejo clínico durante el periodo de expulsivo y/o alumbramiento. Valores por encima del estándar propuesto puede indicar número excesivo de cesáreas y esto podría indicar tres aspectos: a) Referencias no oportunas y/o manejo clínico inadecuado que desfavorece una atención por parto vaginal en periferia o b) Posible manejo clínico inadecuado por parte de la institución para controlar las complicaciones materno fetales de pacientes referidas, habiendo sido oportunamente referidas, o c) Falta de mejoras en la infraestructura y/o equipamiento adecuado para la atención. NOTA: En el marco de lo recomendado por la OMS**, se propone adicionalmente (en la medida de contar con la información necesaria), utilizar para fines de análisis el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar la tasas de cesárea, y hacer un seguimiento a lo largo del tiempo así como para comparar el desempeño del HEVES con otras IPRESS.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

**Fuente y bases
de datos:**

Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria.
Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 –MINSa "Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA".

**OMS (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_sps.pdf?sequence=1



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 20. Tasa de mortalidad perinatal (Factor 1000)

FICHA TÉCNICA N° 20: TASA NETA DE MORTALIDAD PERINATAL (Factor 1000)	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Tasa de Mortalidad Perinatal (FACTOR 1000)
Tipo:	Calidad – Resultado
Objetivo	Medir la calidad de atención que recibe el paciente, en base a la reducción de defunciones en un determinado periodo, como resultado de una adecuada y eficiente provisión de servicios para la mejora de su situación de salud.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es aquella que ocurre en el periodo comprendido entre la 22° semana completa de gestación y hasta los 7 días completos de vida, o muerte del feto por cada 1000. Observaciones: 1. Muerte fetal, es aquella muerte del producto de la concepción (gestación) que puede ocurrir dentro o fuera del útero materno, en el intervalo comprendido entre la semana 22° (154 días) de gestación hasta los 7 días completos después del nacimiento, con un peso igual o mayor a 500 gramos o talla de 25 cm o más de la coronilla al talón. 2. El orden para aplicar estos criterios es el siguiente: peso al nacer, edad gestacional, talla coronilla al talón. 3. Nacido vivo, es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción, que después de estar fuera del cuerpo materno respira o manifiesta cualquier otra señal de vida como las palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y está desprendida o no la placenta.
Tipo de medida	Tasa
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de egresos por muerte fetal} + \text{Total de egresos por muerte neonatal precoz hospitalaria en un periodo}}{\text{Total de recién nacidos vivos} + \text{Total de egresos por muerte fetal en el mismo periodo}} \times 1000$ Especificaciones técnicas: N: Reporte Centro Obstétrico y registro de atenciones médicas en la base de datos institucional. D: Reporte de Centro Obstétrico y registro de atenciones médicas, en la base de datos institucional.
Estándar / meta	Sin estándar*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Es el número de muertes perinatales por cada mil nacidos (vivos y muertos). No tiene estándar. No obstante, la tasa obtenida servirá como un parámetro de comparación para futuros estudios, dentro y fuera de la institución.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

Documento de Trabajo 2013 -Minsa
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 009 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 21. Tasa de mortalidad neonatal precoz (Factor 1000)

FICHA TÉCNICA N° 21: TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (Factor 1000)	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz (Factor 1000)
Tipo:	Calidad – Resultado
Objetivo	Medir la calidad de atención que recibe el paciente, en base a la reducción de defunciones en un determinado periodo, como resultado de una adecuada y eficiente provisión de servicios para la mejora de su situación de salud.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: La Mortalidad Neonatal Precoz indica los fallecidos durante la primera semana por cada 1.000 recién nacidos vivos. Observaciones: 1.- No se incluyen las defunciones ocurridas en la comunidad o durante el traslado desde el establecimiento de salud que origine la referencia. 2. Nacido vivo, es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción, que después de estar fuera del cuerpo materno respira o manifiesta cualquier otra señal de vida como las palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y está desprendida o no la placenta.
Tipo de medida	Tasa
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de Recién Nacidos hasta los 7 días de vida, fallecidos en hospitalización}}{\text{Total de recién nacidos vivos en el mismo periodo}} \times 1000$ Especificaciones técnicas: N: Registro de atenciones médicas en la base de datos institucional. D: Reporte de Centro Obstétrico, en la base de datos institucional.
Estándar / meta	Sin estándar*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Corresponde al número de fallecidos menores de 7 días por cada 1000 nacidos vivos en el hospital durante un periodo. No tiene estándar. No obstante, la tasa obtenida servirá como un parámetro de comparación para futuros estudios, dentro y fuera de la institución.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SIGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -MINSA
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 22. Tasa de mortalidad neonatal tardía (Factor 1000)

FICHA TÉCNICA N° 22: TASA DE MORTALIDAD NEONATAL TARDÍA (Factor 1000)	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Tasa de Mortalidad Neonatal Tardía (Factor 1000)
Tipo:	Calidad – Resultado
Objetivo	Medir la calidad de atención que recibe el paciente, en base a la reducción de defunciones en un determinado periodo, como resultado de una adecuada y eficiente provisión de servicios para la mejora de su situación de salud.
Definiciones y observaciones:	<u>Definición conceptual:</u> Es la relación entre el número de fallecidos entre 8 y 28 días y el número de nacidos vivos de un periodo por 1.000 nacidos vivos. <u>Observaciones:</u> 1. Nacido vivo, es el producto de la concepción (embarazo), expulsado o extraído completamente del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, respira o da señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.
Tipo de medida	Tasa
Método del cálculo:	<u>Fórmula de indicador:</u> $\frac{\text{Total de nacidos vivos entre los 8 a 28 días de vida, fallecidos en un periodo}}{\text{Total de nacidos vivos en el mismo periodo}} \times 1000$ <u>Especificaciones técnicas:</u> N: Registro de atenciones médicas en la base de datos institucional. D: Reporte de Centro Obstétrico, en la base de datos institucional.
Estándar / meta	Sin estándar*
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Es el número de recién nacidos fallecidos en la primera semana de vida por cada 1000 nacidos vivos en la institución. No tiene estándar. No obstante, la tasa obtenida servirá como un parámetro de comparación para futuros estudios, dentro y fuera de la institución.
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -Minsa
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -HEVES/2022/UIS/V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA OBTENCIÓN, MEDICIÓN Y DIFUSIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN
HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR

Ficha N° 23. Porcentaje de cirugías suspendidas

FICHA TÉCNICA N° 23: PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador:	Porcentaje de Cirugías Suspendidas
Tipo:	Calidad -- Producto
Objetivo	Este indicador busca medir la calidad de cumplimiento del procedimiento quirúrgico previamente programado.
Definiciones y observaciones:	Definición conceptual: Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas en un período y el número de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo período. Observaciones: 1.- Cirugías programadas, son aquellas que cuentan con todas las evaluaciones correspondientes al riesgo quirúrgico. 2.- Cirugías suspendidas, son aquellas cirugías canceladas de las programadas.
Tipo de medida	Porcentaje
Método del cálculo:	Fórmula de indicador: $\frac{\text{Total de intervenciones quirúrgicas electivas programadas suspendidas en un periodo}}{\text{Total de intervenciones quirúrgicas electivas programadas en el mismo periodo}} \times 100$ Especificaciones técnicas: N: Registro diario de centro quirúrgico, en la base de datos institucional. D: Registro diario de centro quirúrgico, en la base de datos institucional.
Estándar / meta	Menor o igual a 5% *
Periodicidad:	Mensual, Semestral, Anual.
Interpretación:	Porcentaje de cirugías canceladas de las programadas. Valores fuera del Estándar: Valores por encima del estándar propuesto puede indicar que no hay una buena organización en la programación de cirugías o una incorrecta evaluación y/o preparación preoperatoria del paciente. (Esto puede originar pérdida de uso de sala de operaciones, pérdida de recursos económicos, pérdida de horas de labor productiva para el personal, entre otros aspectos)
Fuente y bases de datos:	Fuente de datos: Área de Estadística/Unidad de Inteligencia Sanitaria. Base de datos: Base de registro de datos SISGALENPLUS.

*Documento de Trabajo 2013 -MINSA
Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA.