CONVENIO N° 039-2014/MINSA

CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC Y EL MINISTERIO DE SALUD

Conste por el presente documento el Convenio de Gestión que celebran de una parte el GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC, con RUC 20527141762 con domicilio en Jr. Puno Nº 107, Abancay, debidamente representado por su Presidente Regional, el señor Elías Segovia Ruiz, identificado con DNI N° 31016376, con credencial extendida por el Jurado Nacional de Elecciones, según Resolución N° 5002-A-2010-JNE, quien procede en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 21° y lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales al que en adelante se denominará GOBIERNO REGIONAL; y la otra parte, el MINISTERIO DE SALUD, con RUC N° 20131373237, con domicilio en Av. Salaverry N° 801 distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima, representado por la Ministra de Salud Sra. MIDORI MUSME CRISTINA ESTHER DE HABICH ROSPIGLIOSI, identificada con DNI N° 10322031, designada mediante Resolución Suprema N° 078-2014-PCM, al que en adelante se denominará MINSA, en los términos y condiciones de las cláusulas siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: DE LAS PARTES

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

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

CLAUSULA SEGUNDA: DE LOS ANTECEDENTES

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

Mediante el Decreto Supremo N° 005-2014-SA, se definen las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir para recibir la entrega económica anual creada mediante el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la política integral de compensaciones y entrega económicas del personal de la salud al servicio del Estado.

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G. A. GRANADOS H. Rebaza I. J. Zavala

CLAUSULA TERCERA: DEL MARCO LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Decreto Legislativo N° 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo Nº 304-2012-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Decreto Supremo N° 005-2014-SA, que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios, así como sus normas conexas.

CLAUSULA CUARTA: DE LOS PRINCIPIOS RECTORES

a) **Principios de Coherencia**, necesidad de tener objetivos articulados, consistentes y coordinados entre sí.
b) **Principio de Eficacia**, consecución de los resultados que corresponde a los objetivos de la institución. Esto implica que las prestaciones de salud deben ceñirse a las normas técnicas respectivas.
c) **Principio de Participación**, implica que el personal de salud debe, a través de los mecanismos pertinentes, contribuir a la toma de decisiones que permitan a las instituciones alcanzar sus objetivos.
d) **Principio de Responsabilidad**, alude a la obligación que tiene el personal de salud de cumplir a cabalidad con sus deberes y funciones, mediante el despliegue de esfuerzos que sean necesarios para satisfacer las demandas y necesidades de los ciudadanos.
e) **Principio de Transparencia**, obliga al personal de salud a rendir cuenta de los actos de la administración pública.

CLAUSULA QUINTA: DEL OBJETO DEL CONVENIO DE GESTION

El presente Convenio de Gestión tiene por objeto determinar las obligaciones que asumirán las Partes para la aplicación e implementación de la entrega económica anual que se otorgará al personal de la salud por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios, aprobados mediante Decreto Supremo N° 005-2014-SA en el marco del artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153.

CLAUSULA SEXTA: DE LAS DEFINICIONES

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

Compromisos de mejora de los servicios
Desarrollo a lograr para mejorar la gestión institucional. Su cumplimiento puede enunciarse como un estándar, y es evaluado mediante el informe de cumplimiento del mismo.

Dr. Hernán E. García Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.
A. GRANADOS
H. Rebaza I.

Convenio de Gestión
Instrumento técnico de gestión orientado a mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de salud.

Dirección Regional de Salud
Órgano de línea o desconcentrado del Gobierno Regional, encargado de conducir el proceso de atención de la salud de la población en el ámbito de la Región. Administrativamente, es dependiente del Gobierno Regional, y normativa y técnicamente del MINSA.

Establecimiento de Salud
Unidad operativa de la oferta de servicios de salud, clasificada en una categoría e implementada con recursos humanos, materiales y equipos, encargada de realizar actividades asistenciales y administrativas que permiten brindar atenciones sanitarias, ya sean preventivas, promocionales, recuperativas o de rehabilitación, tanto intramural como extramural, de acuerdo a su capacidad resolutiva y nivel de complejidad.

Hospital
Establecimiento de salud del II o III nivel de atención. Es un órgano desconcentrado de una Red de Salud o de la DIRESA. Tiene categoría vigente.

Indicador de Desempeño
Instrumento que proporciona información cuantitativa sobre el desenvolvimiento y logros de las instituciones bajo el ámbito del Decreto Legislativo N° 1153, respecto a cobertura, eficiencia y calidad de los servicios de salud. Su medición permite realizar comparaciones de logro respecto a un estado inicial y/o deseado.

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

Instituto Especializado
Establecimiento de salud con categoría III-2. Es un órgano desconcentrado que depende de la Dirección Regional de Salud. Tiene categoría vigente.

Logro Alcanzado
Situación alcanzada al término del período de evaluación.

Logro Esperado
Situación que se espera alcanzar al término del periodo de evaluación.

Meta Institucional
Expresión cuantificable de los resultados en salud planteados en función de las políticas nacionales y sectoriales prioritarias.

Peso Ponderado
Refleja la importancia relativa asignada a las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios. La sumatoria de todos los pesos ponderados es igual al 100%.

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G. A. GRANADOS H. Rebaza I. J. Zavala S.

Porcentaje de cumplimiento anual de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de servicios
Es el avance relativo (expresado como porcentaje) alcanzado al término del período de evaluación en cada meta, indicador y compromiso.

Porcentaje global de logro.
Es el cumplimiento general de los logros esperados de cada institución, expresado como porcentaje. Es el promedio ponderado del porcentaje de cumplimiento anual de cada meta, indicador y compromiso de la institución.

Red de Salud
Órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud, que tiene a su cargo micro redes y establecimientos de salud.

Umbral
Valor mínimo para calificación de la meta o indicador. En metas e indicadores con valor basal, equivale al valor basal del período de evaluación anterior.

CLAUSULA SETIMA: DE LAS OBLIGACIONES O RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES

7.1 Del Gobierno Regional

7.1.1 Asignar los recursos y condiciones necesarias para realizar las prestaciones de salud en forma oportuna y de calidad para cumplir con las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios.

7.1.2 Monitorear y supervisar a los establecimientos de salud sobre el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios establecidos.

7.1.3 Remitir al MINSA la Resolución Directoral o Jefatural que aprueba la nómina del personal de la salud beneficiario de la entrega económica anual por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, de conformidad con el Decreto Supremo N° 005-2014-SA y sus normas conexas, al cierre del periodo de evaluación.

7.1.4. Monitorear la actualización del Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público-Aplicativo Informático.

7.1.5 Transferir oportunamente a las unidades ejecutoras de salud los recursos asignados por el MINSA para el pago de la asignación económica anual por el cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, en caso de corresponder, verificando que el personal de la salud reciba la asignación económica correspondiente.

7.1.6 Brindar acceso al MINSA, o a quien el mismo determine para este fin, para la revisión, procesamiento y análisis de todas las fuentes de información y sus correspondientes bases de datos, que constituyen medios de verificación de cumplimiento.

7.2. De la Dirección Regional de Salud

7.2.1 Realizar la difusión del Convenio de Gestión.

7.2.2 Verificar y garantizar la calidad y veracidad de la información.

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

J. Zavala S.

L. HERRERA S.

7.2.3 Realizar el mantenimiento e implementación del sistema de información, y de los procedimientos necesarios para el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios de salud.

7.2.4 Brindar las condiciones para que las redes, microrredes y establecimientos de salud (incluye hospitales) cumplan con las metas institucionales e indicadores de desempeño.

7.2.5 Acopiar y enviar los datos requeridos para la evaluación trimestral de los avances.

7.2.6 Remitir al Gobierno Regional la Resolución Directoral o Jefatural de programación del personal de la salud beneficiario de la entrega económica anual.

7.2.7 Supervisar y monitorear la actualización del Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público-Aplicativo Informático.

7.2.8 Brindar acceso al MINSA, o a quien el mismo determine para este fin, para la revisión, procesamiento y análisis de todas las fuentes de información y sus correspondientes bases de datos, que constituyen medios de verificación de cumplimiento.

7.3 De las Redes de Salud, Hospitales e Institutos Especializados

7.3.1 Realizar la difusión del Convenio de Gestión en el ámbito de su jurisdicción.

7.3.2 Verificar y garantizar la calidad y veracidad de la información que generan los establecimientos de salud en el ámbito de su jurisdicción, de corresponder.

7.3.3 Realizar el mantenimiento e implementación del sistema de información, y de los procedimientos necesarios para el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios de salud en el ámbito de su jurisdicción.

7.3.4 Brindar las condiciones para que los institutos, hospitales, microrredes y sus establecimientos de salud cumplan con las metas institucionales e indicadores de desempeño, según corresponda.

7.3.5 Remitir a la DIRESA la información requerida para la evaluación trimestral de los avances.

7.3.6 Brindar acceso al MINSA, a quien el mismo determine para este fin, para la revisión, procesamiento y análisis de todas las fuentes de información y sus correspondientes bases de datos, que constituyen medios de verificación de cumplimiento.

7.3.7 Mantener actualizado y monitorear la actualización del Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público- Aplicativo Informático.

7.3.8 Efectuar la entrega económica del artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, siempre y cuando se haya cumplido con los requisitos del Decreto Supremo N° 005-2014-SA y sus normas conexas.

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

7.4 Del Ministerio de Salud

7.4.1 Las Oficinas y Direcciones Generales del MINSA realizarán el seguimiento del avance de logros de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios, en base a evaluaciones trimestrales de los avances.

7.4.2 Las Oficinas y Direcciones Generales del MINSA, el Seguro Integral de Salud (SIS) y la Superintendencia Nacional de Salud, emitirán informes técnicos de evaluación anual sobre el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios, según les corresponda, los cuales serán

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

GRANADOS

J. Zavala S.

remitidos a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA, para el cálculo del porcentaje global de logro alcanzado.

7.4.3 El MINSA determinará el monto de la asignación económica anual, de acuerdo a lo señalado en el Decreto Supremo N° 005-2014-SA y sus normas conexas.

7.4.4 Brindar asistencia técnica según necesidad acordada con las diferentes entidades.

7.4.5 Publicar en el portal institucional el resultado de las evaluaciones de redes, hospitales e institutos especializados, direcciones regionales de salud o las que hagan sus veces, según los resultados de acuerdo al porcentaje global de logro.

7.4.6 Proporcionar la línea de base para las metas e indicadores, así como su publicación en el portal del MINSA.

7.4.7 Realizar auditorías inopinadas de verificación de la calidad y veracidad de la información.

CLAUSULA OCTAVA: DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LA GESTION Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS

8.1 De las Metas Institucionales

8.1.1 Disminuir el 15% de la Desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años de edad, respecto al valor obtenido en el año previo.

8.1.2 Disminuir el 15% de la prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad, respecto al valor obtenido al año previo.

8.2 Indicadores de Desempeño

8.2.1 Aumentar la cobertura de partos institucionales entre 2 y 10%, respecto a los valores basales establecidos.

8.2.2 Aumentar la cobertura de suplementación completa de hierro o micronutrientes a los niños y niñas menores de tres años de edad, con control de crecimiento y desarrollo a no menos del 65%.

8.2.3 Aumentar la cobertura de controles de crecimiento y desarrollo de los recién nacidos, entre 28 a 54% respecto a los valores basales establecidos.

8.2.4 Aumentar la cobertura de despistaje de cáncer del cuello uterino (PAP) de las mujeres de 25 a 64 años de edad, a no menos del 20% respecto a los valores basales establecidos.

8.2.5 Reducción de la prevalencia de infecciones intrahospitalaria (IIH), entre 20 y 35% respecto a los valores basales establecidos.

8.2.6 Alcanzar un estándar 4 a 5 consultas médicas por hora programada en los establecimientos de salud 1-4 y hospitales; y entre 2 a 4 consultas para los institutos especializados.

8.2.7 Alcanzar un estándar de satisfacción con la atención recibida en consultas externas de no menos del 85%.

8.2.8 Alcanzar un estándar de tiempo de espera para la atención en consultas externas no mayor de 35 minutos.

8.3 Compromisos de mejora de los servicios de salud

8.3.1 Implementar el sistema integrado de gestión en establecimientos de salud de las direcciones de salud y direcciones regionales de salud o las que hagan sus veces.

Dr. Hernán E. Garcia Cabe...
Director General

A. PORTOCARRERO G.

RANADOS

H. Rebaza L.

J. Zavala S.

L. HERRERA S.

8.3.2 Equipamiento básico para atención materno perinatal en los Establecimiento de salud i-4 estratégicos.

8.3.3 Actualizar el Registro Nacional del Personal de Salud por unidad ejecutora y remitirlo al Ministerio de Salud.

8.3.4 Aplicación oportuna de procedimientos de validación y facturación en el intercambio prestacional.

8.3.5 Ejecución del Plan de equipamiento por reposición de los establecimientos de salud, según el observatorio nacional de infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud.

CLAUSULA NOVENA: DEL CALCULO DEL PORCENTAJE GLOBAL DE LOGRO

Es el cumplimiento general de los logros esperados, expresado como porcentaje de cada institución. Se calcula como el promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento anual de cada meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios, multiplicados por sus respectivos pesos ponderados, según la siguiente formula:

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

Dónde:

PG: Porcentaje global de logro.

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

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

El porcentaje global de logro se calcula a nivel de cada una de las instituciones.

CLAUSULA DECIMA: DE LAS ACCIONES POR INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMACION O POR ENTREGA DE INFORMACION FALSA

10.1 Si el resultado de la auditoria evidencia información falsa se modificará el resultado en base a la información correcta, y se informará a los órganos de control para las acciones respectivas.

10.2 El incumplimiento de la entrega de la información para evaluación en la fecha correspondiente será considerada como no logro.

CLAUSULA DECIMO PRIMERA: DE LA VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente Convenio de Gestión tendrá una vigencia de un (1) año, con eficacia anticipada al 1° de abril del 2014.

Dr. Hernán E.

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

J. Zavala S.

L. HERREPA C.

CLAUSULA DECIMO SEGUNDA: DE LAS CONDICIONES DE REVISION DE LOS CONVENIOS

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

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

CLAUSULA DECIMO TERCERA: DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: DE LAS NOTIFICACIONES

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

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

Estando conformes LAS PARTES en todas y cada una de las cláusulas que anteceden, suscriben el presente Convenio en dos ejemplares de idéntico tenor, en la ciudad de Lima, a los veintitrés días del mes de mayo del año 2014.

MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOSI
MINISTRA DE SALUD

ELIAS SEGOVIA RUIZ
PRESIDENTE REGIONAL
GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

Dr. Hernan E. Garcia Cab
Director

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

J. Za...

L. HERRERA G.

ANEXOS

Anexo 1. Ámbito de aplicación y peso ponderado (anexo 1 del DS N° 005-2014-SA)

Anexo 2. Umbrales y logros esperados en las metas institucionales e indicadores de desempeño, por institución (DIRESA, Redes, Hospitales e Institutos Especializados).

Anexo 3. Fichas técnicas de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios (anexo 3 del DS N° 005-2014-SA).

Anexo 4. Asistencia técnica del Ministerio de Salud.

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

L. HERRERA S.

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

J. Zavala S.

ANEXO 1
ÁMBITO DE APLICACIÓN Y PESO PONDERADO

Detalle	Ámbito de aplicación (AA) y pesos ponderados (PP)					
	DIRESA/ GERESA/ DISA		Red o equivalente		OPE, Hospital e Instituto	
	AA	PP	AA	PP	AA	PP
Metas Institucionales						
Disminución de la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años de edad	X	20				
Disminución de la prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad	X	20				
Indicadores de Desempeño						
Porcentaje de partos institucionales	X	5				
Porcentaje de niños y niñas menores de 3 años de edad con control de crecimiento y desarrollo y suplemento de hierro o micronutrientes.	X	5	X	30		
Porcentaje de recién nacidos con 2 controles en crecimiento y desarrollo	X	5	X	25		
Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou)	X	5	X	25		
Prevalencia de infecciones intrahospitalarias	X	5			X	20
Productividad hora médico en consulta externa	X	5	X	10	X	20
Porcentaje de satisfacción con la atención recibida en consulta externa	X	5	X	10	X	30
Tiempo de espera para la atención en consulta externa	X	5			X	25
Compromisos de Mejora de los Servicios						
Implementación del Sistema Integrado de Gestión en establecimientos de salud	X	4				
Establecimientos de salud I-4 estratégicos con equipamiento básico para atención materno perinatal	X	4				
Registro de recursos humanos por unidad ejecutora, actualizado y remitido al Ministerio de Salud	X	4			X	5
Aplicación oportuna de procedimientos de validación y facturación en intercambio prestacional	X	4				
Plan de equipamiento por reposición de establecimientos de salud ejecutado	X	4				

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

L. MERIDA S.

ANEXO 2

UMBRALES Y LOGROS ESPERADOS EN LAS METAS INSTITUCIONALES E INDICADORES DE DESEMPEÑO, POR INSTITUCIÓN

Institución	Tipo de valor	Prevalencia de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años	Prevalencia de anemia en menores de 3 años	Porcentaje de parto institucional	Niños menores de 1 años con suplemento de hierro o micronutrientes	Recién nacido con dos controles de crecimiento y desarrollo	Tamiza de cáncer de cuello uterino por Papanicolaou en mujeres de 25-64 años	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias	Productividad de hora médico en consulta externa	Porcentaje de usuarios satisfechos por la atención recibida en consulta externa	Tiempo de espera por la atención en consulta externa
DIRESA Apurímac	Umbral	28.6%	48.4%	97.6%	25%	20.3%	8%	8.33%		75%	60
	Logro esp	24.3%	41.1%	99.6%	65%	41%	20%	6.24%	4 a 5	85%	35
Red Abancay	Umbral				25%	21.1%	8%			75%	
	Logro esp				65%	41%	20%		4 a 5	85%	
Red Grau- Cotabamba	Umbral				25%	6.6%	8%			75%	
	Logro esp				65%	31%	20%		4 a5	85%	
Red Sondor	Umbral				25%	26.1%	8%			75%	
	Logro esp				65%	43%	20%		4 a 5	85%	
Red Cocharcas	Umbral				25%	15.2%	8%			75%	
	Logro esp				65%	36%	20%		4 a 5	85%	
Red Jose Maria Arguedas	Umbral				25%	17.6%	8%			75%	
	Logro esp				65%	41%	20%		4 a 5	85%	
Red Antabamba	Umbral				25%	4.5%	8%			75%	
	Logro esp				65%	31%	20%		4 a 5	85%	
Red Aymaraes	Umbral				25%	41.7%	8%			75%	
	Logro esp				65%	54%	20%		4 a 5	85%	
Red Cotabamba	Umbral				25%	24.3%	8%			75%	
	Logro esp				65%	43%	20%		4 a 5	85%	
Hospital Andahuaylas	Umbral							16.67%		75%	60
	Logro esp							10.84%	4 a 5	85%	35
Hospital Guillermo Diaz de la Vega	Umbral							2.33%		75%	60
	Logro esp							1.9%	4 a 5	85%	35
Hospital Chincheros	Umbral							28.56%		75%	60
	Logro esp							18.57%	4 a 5	85%	35
Hospital Tambobamba	Umbral							0%		75%	60
	Logro esp							0%	4 a 5	85%	35

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

L. HERRERA G.

ANEXO 3
FICHAS TÉCNICAS DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Áreas responsables técnicas Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) y Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación
Nombre Disminución de la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años de edad.
Tipo Meta institucional.
Definición Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años de edad cuya talla para la edad se encuentra dos desviaciones estándar (DE) por debajo de la mediana de la población de referencia, según patrón de la Organización Mundial de Salud (OMS).
Fórmula $\frac{\text{Número de niños <5 años con talla para la edad 2 DE por debajo de mediana para patrón OMS x 100}}{\text{Número total de niños evaluados}}$
Justificación Existe consenso a nivel internacional en el uso de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil como indicador para el seguimiento del estado nutricional y la salud de las poblaciones. En la medida que el retraso en el crecimiento de los niños es el reflejo de una inadecuada ingesta de nutrientes y de la incidencia de enfermedades durante un periodo largo de tiempo, se considera que la prevalencia de la desnutrición crónica es una medida acumulada del estado nutricional de la población.

2. Aspectos metodológicos	
Cálculo del logro $\frac{\text{Diferencia entre valor reportado por ENDES para el año de evaluación y valor umbral}}{\text{Diferencia entre logro esperado y valor umbral}} \times 100$	**Numerador** Diferencia entre el valor reportado por la ENDES y el valor umbral.
	Denominador Diferencia entre el logro esperado y el valor umbral.
	Logro esperado 15% menos que el valor del año previo.
Frecuencia de medición Anual	**Umbral** Valor alcanzado en el año previo.
Fuente de datos Encuesta Nacional de Salud (ENDES), último reporte anual emitido por el INEI.	
Valor basal Se tomará como valor basal el valor estimado reportado por la ENDES para cada departamento.	
Notas La ENDES no permite la desagregación inferior al nivel regional sin afectar la validez de los datos.	

Dr. Hernán E.

A. GRANADOS

H. Rebaza L.

L. HERRERA S.

A. PORTOCARRERO G.

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Áreas responsables técnicas Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) y Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación
Nombre Prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.
Tipo Meta institucional.
Definición Proporción de niños con un valor de hemoglobina medido en campo por debajo de punto de corte para anemia.
Fórmula $\frac{\text{Número de niños y niñas de 6 a 35 meses con anemia} \times 100}{\text{Número total de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad}}$
Justificación En el Perú, la anemia infantil es uno de los principales problemas nutricionales que afecta a los niños menores de 3 años. Según la ENDES 2012, el 44.5% de niños menores de tres años tiene anemia, lo que significa que casi la mitad de niños en el país a edad muy temprana ven afectada su capacidad física e intelectual debido a la anemia, lo cual representa un problema de salud pública severo del país.

2. Aspectos metodológicos	
Cálculo del logro $\frac{\text{Diferencia entre valor reportado por ENDES para el año de evaluación y valor umbral}}{\text{Diferencia entre logro esperado y valor umbral}} \times 100$	**Numerador** Diferencia entre el valor reportado por la ENDES y el valor umbral.
	Denominador Diferencia entre el logro esperado y el valor umbral.
	Logro esperado 15% menos que el valor del año previo.
Frecuencia de medición Anual	**Umbral** Valor alcanzado en el año previo.
Fuente de datos Encuesta Nacional de Salud (ENDES), último reporte anual emitido por el INEI.	
Valor basal Se tomará como valor basal el valor estimado reportado por la ENDES para cada departamento	
Notas La ENDES no permite la desagregación inferior al nivel regional sin afectar la validez de los datos.	

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Área responsable técnica Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) y Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación

Nombre
Porcentaje de partos institucionales.

Tipo
Indicador de desempeño.

Definición
Porcentaje de mujeres que reportó haber tenido un niño nacido vivo en los últimos 5 años previos a la encuesta y que fue atendido por un profesional de la salud en un establecimiento de salud.

Fórmula

$$\frac{\text{Número de mujeres que en los últimos 5 años tuvieron parto en establecimientos de salud y atendido por profesional de la salud (médico, enfermera u obstetriz)}}{\text{Número total de mujeres entrevistadas que en los últimos 5 años dieron a luz}} \times 100$$

Justificación
La atención del parto institucional es una estrategia de evidencia comprobada que contribuye a la reducción de la mortalidad materna. Permite mostrar problemas en la oferta, así como en el acceso a los servicios de salud; lo que implica mejorar la capacidad resolutiva de los establecimientos y modificar las características de la oferta del servicio, incluyendo la adecuación intercultural para motivar su incremento.

2. Aspectos metodológicos

Cálculo del logro $\frac{\text{Diferencia entre valor reportado por ENDES para el año de evaluación y valor umbral}}{\text{Diferencia entre logro esperado y valor umbral}} \times 100$	**Numerador** Diferencia entre el valor reportado por la ENDES y el valor umbral. **Denominador** Diferencia entre el logro esperado y el valor umbral. **Logro esperado** Según aplicación de escala en anexo 2
Frecuencia de medición Anual	**Umbral** Valor alcanzado en el año previo.
Fuente de datos Encuesta Nacional de Salud (ENDES), último reporte anual emitido por el INEI.	
Valor basal Se tomará como valor basal el valor estimado reportado por la ENDES para cada departamento.	
Notas La ENDES no permite la desagregación inferior al nivel regional sin afectar la validez de los datos.	

Dr. Hernán E. Cabrera

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Seguro Integral de Salud (SIS)
	Área responsable técnica Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación

Nombre
Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año de edad con control CRED y suplemento de hierro o micronutrientes.

Tipo
Indicador de desempeño.

Definición

Porcentaje de niños y niños de 1 año de edad que han culminado un período de 6 meses continuos de suplementación con hierro elemental para prevenir anemia, suplementación que se inicia a los 6 meses de edad y es realizado en el control de crecimiento y desarrollo. La suplementación puede realizarse con una sal ferrosa o con un agregado de vitaminas y/o minerales que incluya la dosis requerida de hierro.

Fórmula

$$\frac{\text{Número de niños de 6 a 11 meses de edad que recibieron hierro elemental (como sal ferrosa sola o en un preparado de micronutrientes) como parte de la atención de CRED} \times 100}{\text{Número estimado según MINSA de niños de 6 a 11 meses para la jurisdicción}}$$

Justificación

La anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas menores de 1 año es un problema de salud pública que afecta el adecuado desarrollo infantil temprano. Una de las intervenciones de probada evidencia científica para prevenirla es la suplementación continua durante 6 meses con multi micronutrientes (hierro, ácido fólico, zinc, vitamina A y vitamina C), cuya administración debe ser acompañada de la respectiva consejería integral, el seguimiento domiciliario y estrategias comunicacionales adecuadas que aseguren la adherencia y culminación del período de suplementación.

2. Aspectos metodológicos

Cálculo del logro $\frac{\text{Diferencia entre porcentaje de niños y niñas menores de 1 año de edad con suplemento de hierro o micronutrientes y valor umbral}}{\text{Diferencia entre logro esperado y valor umbral}} \times 100$	**Numerador** Diferencia entre el porcentaje de niños y niñas menores de 1 año edad con control CRED y suplemento de hierro o micronutrientes y el valor umbral.
	Denominador Diferencia entre el logro esperado y el valor umbral.
	Logro esperado Dar suplemento completo a no menos del 65% de niños y niñas menores de 1 año de edad.
Frecuencia de medición Mensual	**Umbral** Dar suplemento completo al menos al 25% de niños y niñas menores de 1 año de edad.
Fuente de datos Base de datos del Seguro Integral de Salud (SIASIS).	
Valor basal No aplica.	

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

L. GRANADOS

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Seguro Integral de Salud (SIS)
	Área responsable técnica Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) de Ministerio de Salud

1. Datos de identificación
Nombre Porcentaje de recién nacidos con dos controles de crecimiento y desarrollo (CRED).
Tipo Indicador de desempeño.
Definición Este indicador mide el porcentaje de neonatos a los que se les realiza 2 controles de crecimiento y desarrollo (CRED) durante la etapa neonatal (primeros 28 días de vida). Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o como parte de la visita domiciliaria.
Fórmula Número de neonatos que recibieron dos o más controles de crecimiento y desarrollo (en el establecimiento de salud o como parte de una visita de seguimiento) x 100 / Número estimado según MINSA de neonatos para la jurisdicción
Justificación Los controles realizados durante la etapa neonatal permiten la evaluación periódica y el reforzamiento de la practicas de cuidado integral del recién nacido que deben ser aplicadas en el hogar y para lo cual se deben priorizar las prácticas claves como la lactancia materna exclusiva, las prácticas de higiene, cadena de calor y el apego, a fin de contribuir a la reducción de la tasa de mortalidad neonatal tardía en el país.

2. Aspectos metodológicos	
Cálculo del logro Diferencia entre porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED y valor umbral / Diferencia entre logro esperado y valor umbral x100	**Numerador** Diferencia entre el porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED y el valor umbral. **Denominador** Diferencia entre el logro esperado y el valor umbral. **Logro esperado** Según aplicación de escala en anexo 2.
Frecuencia de medición Mensual.	**Umbral** Valor alcanzado en el año previo.
Fuente de datos Base de datos del Seguro Integral de Salud (SIASIS).	
Valor basal Valor alcanzado en el año previo	

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) del Ministerio de Salud
	Área responsable técnica Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación
Nombre Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou).
Tipo Indicador de desempeño.
Definición Proporción de mujeres que luego de la consejería respectiva son tamizadas mediante la prueba de Papanicolaou, independientemente del resultado y de la entrega del mismo.
Fórmula Número de mujeres 25 a 64 años con tamizaje para cáncer de cuello uterino mediante prueba de Papanicolaou x 100 Número estimado según MINSA de mujeres de 25 a 64 años para la jurisdicción
Justificación En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más notificada. La citología por papanicolaou constituye una estrategia de tamizaje poblacional muy difundida en la población; permite captar los casos de cáncer en etapas tempranas. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 25 a 64 años de edad.

2. Aspectos metodológicos	
Cálculo del logro Diferencia entre porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas con Papanicolaou y valor umbral / Diferencia entre logro esperado y valor umbral x100	**Numerador** Diferencia entre el porcentaje de mujeres de 25 a 64 años de edad con Papanicolaou y el valor umbral.
	Denominador Diferencia entre el logro esperado y el valor umbral.
	Logro esperado Tamizar al menos al 20% de las mujeres de 25 a 64 años de edad.
Frecuencia de medición Mensual	**Umbral** Tamizar al menos al 8% de las mujeres de 25 a 64 años de edad.
Fuente de datos Base de datos HIS del Ministerio de Salud.	
Valor basal No aplica.	

Dr. Hernán E. García Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza L.

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud
	Área responsable técnica Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación

Nombre
Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.

Tipo
Indicador de desempeño.

Definición
Es el valor porcentual que se obtiene al medir el número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria que presenta un hospital o instituto, dividido por el total de pacientes que ingresaron al estudio.

Fórmula

$$\frac{\text{Número de pacientes del estudio con al menos una infección intrahospitalaria} \times 100}{\text{Número total de pacientes que ingresaron al estudio de prevalencia de IIH}}$$

Justificación

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un problema de salud pública de actualidad mundial y un desafío para las autoridades de los hospitales. La tasa de prevalencia permite tener un conocimiento amplio en relación a las IIH que se presentan en el establecimiento, algunas de las cuales no son captadas a través de la vigilancia epidemiológica regular. Por lo tanto, puede ser útil para determinar la magnitud del problema, particularmente cuando se estratifica por especialidad, procedimientos y complejidad del hospital, siendo un insumo para que los comités de IIH puedan priorizar las acciones de controlen su institución. También permiten medir la sensibilidad del sistema de vigilancia regular y permiten evaluar la calidad de la atención hospitalaria desde la dimensión de la seguridad del paciente.

2. Aspectos metodológicos

Cálculo del logro $\frac{\text{Diferencia entre prevalencia de IIH y valor umbral}}{\text{Diferencia entre logro esperado y valor umbral}} \times 100$	**Numerador** Diferencia entre la prevalencia de IIH y el valor umbral **Denominador** Diferencia entre el logro esperado y el valor umbral. **Logro esperado** Según aplicación de escala en anexo 2
Frecuencia de medición Bi anual	**Umbral** Valor obtenido en la medición previa

Fuente de datos
Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias.

Valor basal
El valor basal será obtenido del último estudio realizado.

Notas

La tasa de prevalencia de IIH será obtenida utilizando la metodología propuesta en el Estudio Nacional de Prevalencia de IIH, propuesto por la DGE del MINSA. En los casos que no exista en el hospital una Unidad de Epidemiología, el responsable del indicador será el director del establecimiento o su representante como presidente del Comité de IIH (Norma Técnica N° 020-2005/MINSA).

Los estudios de prevalencia deberán ser realizados por los hospitales a partir de la categoría II-1, para lo cual se conformará un comité para la aplicación del estudio de prevalencia, el que se hará cargo de coordinar las actividades en los períodos señalados y capacitar al personal que participará en el estudio. La información será recogida en las fichas de registro de pacientes del estudio de prevalencia. Los datos se ingresarán al aplicativo web de IIH - estudio de prevalencia.

Dr. Hernán E. García Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) del Ministerio de Salud
	Área responsable técnica Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación

Nombre
Productividad hora-médico en consulta externa.

Tipo
Indicador de desempeño.

Definición
Resulta de dividir el número de consultas médicas en consulta externa de un periodo entre el número de horas médico programadas en el mismo período.

Fórmula

$$\frac{\text{Número de pacientes atendidos en consulta externa de medicina general o especialidades en el período}}{\text{Número total horas de consultorio de medicina general o especialidades programadas para el período}} \times 100$$

Justificación
Los establecimientos de salud pueden mejorar el uso del recurso consultorio (y recursos humanos), adecuando la programación a la cantidad demandada, pero también maximizando el número de atenciones por hora programada (dentro de los parámetros de calidad) a través de la reducción de tiempos muertos y otros. El aumento de productividad se traduce en más personas atendidas con los mismos recursos.

2. Aspectos metodológicos

Cálculo del logro Si el establecimiento de salud se encuentra dentro de los valores de logro esperado, obtiene el puntaje total. Si se desvía hasta 0.5 unidades (hacia arriba o abajo) con respecto al logro esperado, recibe 80% del puntaje. Si se desvía hasta 1 unidad con respecto al logro esperado, recibe 60% del puntaje.	**Numerador** No aplica **Denominador** No aplica **Logro esperado** 4 a 5 atenciones por hora para hospitales, y 2 a 4 atenciones por hora para institutos especializados.
Frecuencia de medición Mensual.	**Umbral** Según se explica en el cálculo del logro señalado anteriormente.

Fuente de datos
Sistema de Información de Salud (HIS, por sus siglas en inglés) del Ministerio de Salud,
Reporte HIS o equivalente de los EESS para obtener número de consultas médicas; reporte mensual de programación de consulta externa enviado oficialmente.

Valor basal
No aplica.

Notas
1. Por ejemplo, para el caso de hospitales y EESS I-4, si la productividad se encuentra entre 4 y 5, recibe el 100% del puntaje. Si es menor de 4 pero mayor o igual a 3.5, recibe 80%, y si es menor de 3.5 pero mayor o igual de 3, recibe 60%. Este mismo esquema se aplica para cada rango inferior y superior del estándar.
2. Para hospitales se usa la cifra del establecimiento de salud, para redes y DIRESAs se suma las atenciones y se suma las horas programadas.
3. Se implementará el reporte mensual de la programación de actividades, incluyendo prestaciones complementarias (envío de programación aprobada mensual escaneada, con firma de jefe de establecimiento de salud).

Dr. Hernán E. Garcia Calderón
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza L.

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA) **Área responsable técnica** Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación

Nombre
Porcentaje de satisfacción con la atención recibida en consulta externa.

Tipo
Indicador de desempeño.

Definición
Proporción de pacientes que reporta sentirse satisfecho con la atención recibida en consulta externa, sobre el total de pacientes encuestados.

Fórmula

$$\frac{\text{Número pacientes encuestados que reporta sentirse satisfecho con la atención recibida en consulta externa} \times 100}{\text{Número total de pacientes de consulta externa encuestados}}$$

Justificación
El derecho a la atención de salud garantizado constitucionalmente debe implicar también un nivel mínimo de calidad de dicha atención. Esta calidad depende poco de la suficiencia de recursos, y descansa esencialmente en la atención de las necesidades sanitarias y no sanitarias de los usuarios de los servicios. El introducir un estímulo externo es un mecanismo de política eficaz para mejorar la calidad percibida.

2. Aspectos metodológicos

Cálculo del logro $\frac{\text{Diferencia entre porcentaje de satisfacción de usuarios y valor umbral} \times 100}{\text{Diferencia entre logro esperado y valor umbral}}$	**Numerador** Diferencia entre el porcentaje de satisfacción de usuarios y el nivel umbral. **Denominador** Diferencia entre el logro esperado y el umbral. **Logro esperado** El 85% o más de los usuarios de la atención de consulta externa se encuentra satisfecho con la atención recibida.
Frecuencia de medición Anual.	**Umbral** El 75% o más de los usuarios de la atención de consulta externa está satisfecho con la atención recibida

Fuente de datos
Encuesta realizada por la Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA)

Valor basal
No aplica.

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA) **Área responsable técnica** Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación
Nombre Tiempo de espera para la atención en consulta externa.
Tipo Indicador de desempeño.
Definición Tiempo promedio transcurrido entre el ingreso del usuario al establecimiento de salud y el ingreso al consultorio para la atención médica respectiva.
Fórmula Tiempo transcurrido en minutos entre ingreso al establecimiento de salud e ingreso al consultorio para atención médica para cada paciente encuestado que acudió para atención médica / Número total de pacientes que acudieron para atención médica encuestados
Justificación Esta medición valora el componente de calidad de la atención médica, en lo referido al tiempo empleado por el paciente. El tiempo de espera, fuera del impacto que tiene sobre la satisfacción global y actividades diarias del paciente, explica en parte la brecha de acceso y el diagnóstico tardío de casos.

2. Aspectos metodológicos	
Cálculo del logro Diferencia entre tiempo de espera medido en el establecimiento de salud y valor umbral / Diferencia entre logro esperado y valor umbral x100	**Numerador** Diferencia entre el tiempo de espera medido y el nivel umbral. **Denominador** Diferencia entre el logro esperado y el umbral. **Logro esperado** 35 minutos.
Frecuencia de medición Anual.	**Umbral** 60 minutos.
Fuente de datos Encuesta realizada por la Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA)	
Valor basal No aplica.	

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza L.

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces. **Área responsable técnica** Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación
Nombre Implementación del Sistema Integrado de Gestión en establecimientos de salud
Tipo Compromiso de mejora de los servicios
Justificación La implementación del Sistema Integrado de Gestión (SIGES) debe reducir el tiempo dedicado al registro de actividades, mejorar el enlace de información entre unidades, mejorar la calidad de información y favorecer el uso de la información para la mejora de la gestión institucional.

2. Aspectos metodológicos
Descripción del compromiso Garantizar la implementación y la utilización del aplicativo SIGES en los establecimientos de salud seleccionados.
Forma en que se dará cumplimiento al compromiso 1. Operatividad de los módulos que correspondan del aplicativo SIGES en los establecimientos de salud seleccionados. 2. El 100% de la producción del mes de diciembre deberá ser reportada al Seguro Integral de Salud (SIS) a través del SIGES. 3. Esto se verificará mediante un informe emitido por la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.
Criterio de aplicación Gobiernos Regionales con establecimientos de salud seleccionados para su implementación.
Período de ejecución Tercer y cuarto trimestre del 2014
Fuente de datos Actas de conformidad emitida por personal designado por OGEI, con visto bueno de UDR SIS, que incluye copia de los documentos fuente requeridos.
Responsable de los datos e información Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces.

Dr. Hernán E. García Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces. **Área responsable técnica** Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación
Nombre Establecimientos de salud de nivel I-4 estratégicos con equipamiento básico para atención materno perinatal
Tipo Compromiso de mejora de los servicios
Justificación La implementación de los establecimientos de salud estratégicos de nivel I-4 con un equipamiento priorizado para la atención materno perinatal debe favorecer las condiciones para una adecuada respuesta a las necesidades de atención de estos usuarios, contribuyendo a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

2. Aspectos metodológicos
Descripción del compromiso 100% de establecimientos de salud I-4 estratégicos cuentan con equipamiento básico para atención materno-perinatal.
Forma en que se dará cumplimiento al compromiso Mostrando hasta el 31 de diciembre los documentos que demuestran la existencia de equipo en estado operativo (mediante pedidos comprobantes de salida con firma de recepción y/o inventario de bienes patrimoniales), de acuerdo a listado priorizado de equipamiento, adaptado del listado de chequeo incluido en la Resolución Ministerial N° 853-2012, "Directiva sanitaria para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud". Esto se verificará mediante un informe emitido por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.
Criterio de aplicación Direcciones Regionales de Salud que cuenten con establecimientos de salud de nivel I-4 calificados como estratégicos.
Período de ejecución Anual
Fuente de datos Acta de conformidad emitida por el personal designado por la DGSP para este fin. El acta debe incluir copias de los pedidos comprobantes de salida con firma de recepción e inventario de bienes patrimoniales.
Responsable de los datos e información Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces.

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

GRANADOS

H. Rebaza L.

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces. Hospitales e institutos especializados que son unidades ejecutoras.
	Área responsable técnica Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación
Nombre Registro de recursos humanos por unidad ejecutora, actualizado y remitido al Ministerio de Salud
Tipo Compromiso de mejora de los servicios
Justificación Se requiere información de recursos humanos en salud para la definición precisa de las medidas requeridas para la dotación y gestión del mismo.

2. Aspectos metodológicos
Descripción del compromiso Todas las unidades ejecutoras deberán actualizar mensualmente al 90% el Registro Nacional de Personal de Salud, con al menos un 75% de oportunidad.
Forma en que se dará cumplimiento al compromiso Realizar el registro y actualización mensual del Registro Nacional de Personal de Salud, con datos personales y laborales, en el aplicativo web de RNP - INFORHUS de acuerdo al cronograma establecido por el Ministerio de Salud, verificado por la Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.
Criterio de aplicación Todas las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud, Direcciones de Salud; todos los establecimientos de salud dependientes de las mismas de nivel II y III.
Período de ejecución Anual
Fuente de datos Acta emitida por el responsable encargado por la DGGDRH, que puede incluir los documentos fuente que se consideren necesarios (contratos administrativos de servicios, actos resolutivos con acciones de personal, entre otros.)
Responsable de los datos e información Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces. Hospitales e institutos especializados que son unidades ejecutoras.

Dr. Hernán E. García Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza L.

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces. **Área responsable técnica** Seguro Integral de Salud (SIS)

1. Datos de identificación
Nombre Aplicación oportuna de procedimientos de validación y facturación en intercambio prestacional
Tipo Compromiso de mejora de los servicios
Justificación La implementación del intercambio de servicios requiere identificar y resolver los procesos deficientes o ausentes. La solución de estos aspectos dará viabilidad a una disposición que permitiría mejorar sustancialmente la eficiencia y equidad del sistema de salud.

2. Aspectos metodológicos
Descripción del compromiso 1. Los Formatos Únicos de Atención (FUAs) en físico para el proceso de validación deben ser enviados después de la publicación de las prestaciones observadas por reglas de consistencia (publicadas en el portal web del SIS) a la Oficina de Aseguramiento de EsSalud de cada región, dentro del plazo establecido por EsSalud. 2. Las Unidades Ejecutoras deben emitir las facturas de las prestaciones no observadas en el proceso de validación a las Redes de EsSalud de los períodos ya cerrados (febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio y agosto 2013) dentro del primer semestre el año 2014 y para el resto de períodos hasta 30 días hábiles después de la entrega de resultados por parte de EsSalud.
Forma en que se dará cumplimiento al compromiso Informe del SIS donde consta el cumplimiento de los compromisos señalados (envío oportuno y coordinado de las FUAs).
Criterio de aplicación Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud y Direcciones de Salud
Período de ejecución Anual
Fuente de datos 1. Reportes del SIASIS y reportes de conformidad enviadas por la Oficina de Atención al Asegurado (OAS) EsSalud. 2. Reporte de facturas enviadas por la GNF.
Responsable de los datos e información Seguro Integral de Salud (Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones (GREP) y GNF)

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

H. Rebaza L.

L. HERRERA S.

FICHA TÉCNICA COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS CONVENIOS DE GESTIÓN	**Área responsable de la producción de información** Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces. **Área responsable técnica** Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM) del Ministerio de Salud

1. Datos de identificación
Nombre Plan de equipamiento por reposición de establecimientos de salud ejecutado
Tipo Compromiso de mejora de los servicios
Justificación Existe una brecha de equipamiento generada por la falta de previsión de las necesidades de mantenimiento, reposición y renovación tecnológica del equipamiento crítico de los establecimientos de salud, que afecta el cumplimiento de las metas físicas programadas para los productos de los programas presupuestales del sector salud.

2. Aspectos metodológicos
Descripción del compromiso Plan de equipamiento por reposición de establecimientos de salud ejecutado. En base a la aprobación de los planes de equipamiento por reposición de los establecimientos de salud, se deberá ejecutar la compra de los equipos con el presupuesto transferido para tal fin.
Forma en que se dará cumplimiento al compromiso Verificación de la ejecución de los planes de equipamiento por reposición de los establecimientos de salud, emitido por la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento del Ministerio de Salud.
Criterio de aplicación Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o Direcciones de Salud cuyas unidades ejecutoras hayan recibido transferencias de recursos en el año fiscal para reposición de equipamiento, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 21° de la Ley N° 30114.
Período de ejecución Del segundo al cuarto trimestre del año.
Fuente de datos Observatorio Nacional de Infraestructura y Equipamiento de establecimientos de salud - ONIEES
Responsable de los datos e información Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento (DGIEM)

Dr. Hernán E. Garcia Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza L.

L. HERRERA S.

Descripción de los campos usados en las fichas de los indicadores

1. **Área responsable de la producción de información**. Instancia que procesa y produce el dato.
2. **Área responsable técnica**. Instancia que define valores apropiados del dato y proporciona asistencia técnica para su cumplimiento.
3. **Nombre**. Nombre de la meta, indicador o compromiso.
4. **Tipo**. Tipo de valor, según clasificación del artículo 15° del DL 1153.
5. **Definición**. Descripción de cómo se genera el resultado de la meta o indicador. No debe confundirse con el cálculo del logro.
6. **Fórmula**. Para metas e indicadores, fórmula que determina cómo se calcula el logro alcanzado en dicha meta e indicador.
7. **Justificación**. Descripción de la base racional de incluir la meta, indicador o compromiso.
8. **Cálculo del logro**. Fórmula que describe cómo se determina la contribución de la meta o indicador al porcentaje global de cumplimiento de la entidad, a partir del resultado obtenido por la entidad en la meta o indicador.
9. **Numerador y denominador**. Componentes del cálculo del logro.
10. **Logro esperado**. Para metas e indicadores, valor que debería alcanzar la entidad para obtener el cien por ciento del peso ponderado.
11. **Umbral**. Para metas e indicadores, valor a partir del cual la entidad puede obtener puntaje. Si el logro alcanzado por la entidad es igual o menor al valor umbral, se obtiene cero por ciento del peso ponderado. Para metas e indicadores que tienen un valor basal, el valor basal es el umbral. Para indicadores sin valor basal, se indica en la ficha el valor umbral.
12. **Frecuencia de medición**. Frecuencia mínima con la que se reportan datos.
13. **Fuente de datos**. Fuente primaria de información.
14. **Valor basal**. Valor alcanzado por la entidad en el año previo al año de evaluación.
15. **Notas**. Información adicional no clasificada en alguno de los otros rubros considerados.
16. **Descripción del compromiso**. Para compromisos, explicación del resultado que se espera obtener.
17. **Forma en que se dará cumplimiento al compromiso**. Detalle de cómo se verificará el cumplimiento del compromiso.
18. **Criterio de aplicación**. Condiciones para que determinada entidad pueda ser evaluado en el compromiso señalado.
19. **Período de ejecución**. Período del año en que se aplicará.
20. **Responsable de los datos e información**. Instancia encargada de señalar el grado de cumplimiento obtenido.

Dr. Hernán E. García Cabrera
Director General

A. PORTOCARRERO G.

A. GRANADOS

H. Rebaza I.

L. HERRERA S.

ANEXO 4

DIRESA APURIMAC

ASISTENCIA TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SALUD

ORDEN	META, INDICADOR O COMPROMISO	DETALLE DE LA ASISTENCIA TÉCNICA	TRIMESTRE
1	Porcentaje de satisfacción con atención recibida en Consulta Externa.	Asistencia técnica en Metodología de Medición de satisfacción y Formulación de planes de mejora.	II
2	Porcentaje de parto Institucional.	Acreditación de CDC en atención de Parto con adecuación cultural.	II
3	Disminución de la Prevalencia de DCI en niño/as menores de 5 años.	Metodología del abordaje diagnóstico integral en la niña y niño.	II
4	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año con control de crecimiento y desarrollo y suplemento de hierro o micronutrientes.	Asistencia técnica en componente comunicacional para prevención de anemia y consumo. Manejo de auditoria de registro y casos de H.C.	II
5	Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias.	Asistencia técnica en Bioseguridad y definición y estudio de prevalencia y casos.	II
6	Aplicación oportuna de procedimientos de validación y facturación en intercambio prestacional.	Asistencia en Manejo, registro de FUAS, flujos hasta su facturación.	III
7	Plan de equipamiento por reposición de EESS ejecutado.	Asistencia técnica para metodología e Implementación de planes de reposición	III
8	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de cáncer de cuello uterino.	Asistencia Técnica en formulación de capacidades en lectura de resultados de PAP	III

A. PORTOCARRERO G.

H. Rebaza I.