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

CONTENIDO

1. FINALIDAD 4
2. OBJETIVOS 4
2.1 OBJETIVO GENERAL 4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 4
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN 4
4. BASE LEGAL 4
5. DISPOSICIONES GENERALES 5
5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS 5
5.2 METODOLOGÍA Y DEFINICIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS 8
5.3 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM ALCANZADOS EN EL PERIODO 2019 9
5.3.1 FASE DE DEFINICIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LAS MI, ID Y CM 9
5.3.2 FASE DE FORMULACIÓN, NEGOCIACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN 10
5.3.3 FASE DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM 11
5.3.4 FASE DE ENTREGA ECONÓMICA POR CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM 14
5.4 OTRAS CONSIDERACIONES
5.4.1 ALTERACIONES DE DATOS PARA ALTAS Y BAJAS EVALUACIONES DE CUMPLIMIENTOS DE LAS MI, ID Y CM 16
6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS 16
6.1 DISTRIBUCIÓN DE MI, ID Y CM, POR INSTITUCIÓN 16
6.2 FICHAS TÉCNICAS de MI, ID y CM 17
6.3 VALOR UMBRAL Y VALOR DE LOGRO ESPERADO 18
6.4 DE LA INFORMACIÓN DE CUMPLIMIENTO de las MI, ID y CM 19
6.5 POSIBILIDADES DE RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN de MI, ID y CM 19
6.5.1 Posibilidades de resultados para MI e ID que se miden en términos de porcentajes y coberturas 19
6.5.2 Posibilidades de resultados para ID con valores de logro esperado expresados en un rango de valores promedio 19
6.5.3 Posibilidades de resultados para CM de los servicios 19
6.6 DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO DE las MI, ID y CM (PG) 20
6.7 ENTREGA ECONOMICA 20
7. RESPONSABILIDADES 21
7.1 Nivel Nacional 21
7.2 Nivel Regional. 21
7.3 Nivel Local 21

8. ANEXOS 21

ANEXO N° 1 - Tablas de metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) según institución y sus respectivos pesos ponderados. 22

ANEXO N° 2 - FICHAS TÉCNICAS DE MI, ID Y CM 27

ANEXO N° 3 - PROCEDIMIENTOS E INTERPRETACIÓN DE LOS CÁLCULOS DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM 93

ANEXO N° 4 - ESCALA REFERENCIAL DE ENTREGA ECONÓMICA ANUAL 99

ANEXO N° 5 - CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN 2019 100

ANEXO N° 6 – FLUJOGRAMA DE PROCESOS 101

ANEXO N° 7 - LISTA DE ACRÓNIMOS 102

1. FINALIDAD

Contribuir a la mejora del proceso de implementación en el año 2019, de lo dispuesto por el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153 y su reglamento, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la metodología para la medición de las metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) de los servicios para la entrega económica del año 2019 al personal de la Salud al Servicio del Estado, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153 y su reglamento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

4. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 28748, Ley que crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN.
- Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de Salud al servicio del Estado.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 116-2014-EF, que aprueba los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.

- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modificatorias.
- Decreto Supremo Nº 015-2018-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo Nº 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.
- Decreto Supremo Nº 032-2018-SA, Decreto Supremo que establece los criterios para las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2019, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 908-2018/MINSA que establece el Grupo de Trabajo encargado de elaborar la metodología y las regulaciones para el proceso de elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión correspondientes a cada ejercicio fiscal.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

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

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

- **Área responsable de información**

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

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

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

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

Salud, según corresponda, el mismo que, una vez suscrito no es modificable en ninguno de sus alcances.

- **Evaluador**

  Profesional designado por la unidad orgánica correspondiente, que realiza la evaluación y el cálculo del "Porcentaje de cumplimiento anual de logro esperado de los CM, ID, MI según corresponda.

- **Ficha Técnica de MI, ID y CM**

  Formato en el que se describe las características que comprende la medición de las Metas Institucionales (MI), Indicadores de Desempeño (ID)y Compromisos de Mejora (CM), los valores de logro esperado y umbrales, los procedimientos a seguir para identificar el logro esperado y la medición del cumplimiento de los logros esperados y las responsabilidades de las áreas técnicas y de información.

- **Grupo de trabajo de Convenios de Gestión (GTCG)**

  El grupo de trabajo es el encargado de formular la metodología y las regulaciones para el proceso de elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión correspondientes a cada año fiscal, en el marco de lo establecido por el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entrega Económica del Personal de la Salud al Servicio del Estado, el cual está integrado por los siguientes miembros: un representante del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, un representante de la Secretaría General, un representante de la Dirección General de Operaciones en Salud, un representante de la Oficina General de Tecnologías de la Información y un representante de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.[1]

- **Hospital**

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

- **Hospital de Emergencias**

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

- **Hospital Especializado**

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

- **Indicador de desempeño (ID)**
  Instrumento que proporciona información cuantitativa sobre la cobertura, efectividad, eficiencia y/o calidad de los servicios e intervenciones de salud, y que permitirá ser referencia en cada gestión institucional a la contribución individual, desempeño o competencia del trabajador.

- **Institución**

  En la presente Directiva Administrativa se refiere a la DIRESA/GERESA[2], Dirección de Redes Integradas en Salud (DIRIS), Red, hospital e Instituto especializado y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; a la cual está asignado el personal de salud para la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

[1] Resolución Ministerial N° 908-2018/MINSA que establece el Grupo de Trabajo encargado de elaborar la metodología y las regulaciones para el proceso de elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión correspondientes a cada ejercicio fiscal.

[2] Incluye a las DISA en caso de estar constituida a la fecha.

- **Institución firmante**

  Es la Institución que suscribe el Convenio de Gestión, como contraparte del Ministerio de Salud, y es potencial beneficiario de la asignación económica por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios de salud, en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153 y su reglamento. Las instituciones firmantes son los Gobiernos Regionales, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, las Direcciones de Redes Integradas de Salud y los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana.

- **Instituto Especializado**

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

- **Logro esperado**

  Situación que se espera alcanzar en las metas institucionales, los indicadores de desempeño y/o compromisos de mejora de los servicios, al término del periodo de vigencia del Convenio de Gestión.

- **Logro alcanzado**

  Situación alcanzada en las metas institucionales, los indicadores de desempeño o compromisos de mejora de los servicios, al término del periodo de vigencia del Convenio de Gestión.

- **Meta institucional (MI)**

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

- **Negociación de los Convenios de Gestión**

  La negociación del Convenio de Gestión es un proceso de interacción entre los equipos técnicos del Ministerio de Salud, sus órganos desconcentrados, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y la DIRESA/GERESA del Gobierno Regional, orientado a la definición de los valores umbrales de las Metas Institucionales (MI), Indicadores de Desempeño (ID) y Compromisos de Mejora (CM) seleccionados, para su cumplimiento por el personal de salud de las instituciones. El proceso se desarrolla en reuniones de trabajo, presenciales o virtuales, convocadas por la Alta Dirección del Ministerio de Salud.[3]

- **Peso ponderado**

  Es el peso de puntuación que se le asigna a las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios de acuerdo a su relevancia. La suma de los pesos ponderados para una determinada institución es igual a cien por ciento (100%). Los pesos ponderados se establecen de acuerdo a las prioridades sanitarias regionales e institucionales y reflejan la política sanitaria nacional.

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

  Para cada meta e indicador, es el resultado de la división de la diferencia entre el logro alcanzado y el valor umbral, y la diferencia entre el logro esperado y el valor umbral, expresado como porcentaje. Si el logro alcanzado es mayor que el logro esperado, el valor

[3] Decreto Supremo Nº 032-2018-SA, Decreto Supremo que establece los criterios para las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2019, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado y sus modificatorias.

es cien por ciento (100%). Si el logro alcanzado es inferior al valor umbral, el valor es cero por ciento (0%). Para algunos indicadores hospitalarios se realiza cálculos específicos que se describe en la Ficha Técnica de cada indicador.

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

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

- **Porcentaje Global de Cumplimiento**

  Es el resultado de la sumatoria de los porcentajes de cumplimiento anual de cada meta institucional, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios, multiplicado por sus respectivos pesos ponderados, dividido entre cien por ciento (100%). Se calcula a nivel de cada una de las instituciones.

- **Responsable de Convenio de Gestión de las instituciones firmantes**

  Persona designada por las Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, Direcciones de Redes Integradas de Salud, Hospitales, Institutos Especializados e INEN; responsable del seguimiento del proceso de Convenios de Gestión y revisión de los aspectos metodológicos de las Fichas Técnicas.

- **Trabajadores beneficiarios**

  Personal de Salud de las instituciones, que han trabajado de manera efectiva en la Institución evaluada por un período mayor de seis (06) meses efectivos, el cual incluye el periodo del descanso vacacional; no encontrarse en condición de sancionado con suspensión efectiva durante el período de evaluación; para el personal que haya laborado más de seis (06) meses pero menos de doce (12) meses, el valor de la entrega económica anual será igual a tantas doceavas partes del mismo como meses haya trabajado.[4]

- **Valor umbral**

  Valor a partir del cual la entidad puede obtener puntaje. Si el logro alcanzado por la entidad es igual o menor al valor umbral, se obtiene cero por ciento del peso ponderado. En todos los indicadores de desempeño, es un valor no menor al obtenido en el año previo por la entidad firmante, el cual se toma como valor basal. Esto sin perjuicio de que se pueda ajustar por otras variables. No aplica para compromisos de mejora.

5.2 METODOLOGÍA Y DEFINICIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

5.2.1 Es definida por el Grupo de Trabajo señalado, el cual tiene a su cargo la conducción del procedimiento para la evaluación de las MI, ID y CM, en el marco del Artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.

5.2.2 El Grupo de Trabajo se encuentra conformado por:

- Un representante del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, quien lo preside.
- Un representante de la Secretaría General.
- Un representante de la Dirección General de Operaciones en Salud, quien actúa como secretario técnico.
- Un representante de la Oficina General de Tecnologías de la información.

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

- Un representante de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

5.2.3 El Grupo de Trabajo tiene como responsabilidad proponer y asistir a la conducción de las fases para la evaluación de los Convenios de Gestión suscritos con las Instituciones Firmantes. Asimismo, establece un Cronograma de Actividades, con fechas máximas de carácter no negociable, que se socializa con las instituciones evaluadas, a fin de garantizar el cumplimiento de los plazos óptimos para las distintas fases descritas en la presente Directiva.

5.3 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM ALCANZADOS EN EL PERIODO 2019

El procedimiento para la evaluación del cumplimiento de MI, ID y CM alcanzados en el periodo 2019, ha sido establecido en (04) cuatro fases: 1) Fase de Definición y Socialización de las MI, ID y CM; 2) Fase de Formulación, negociación y suscripción de los Convenios de Gestión; 3) Fase de Evaluación de las MI, ID y CM; y la 4) Fase de Entrega económica por cumplimiento de las MI, ID y CM.

5.3.1 FASE DE DEFINICIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LAS MI, ID Y CM

El MINSA a través de los órganos correspondientes realiza las siguientes actividades:

5.3.1.1 La DGOS, propone las Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora; en coordinación con los órganos competentes del Ministerio de Salud.[5] en el marco de las políticas nacionales, las prioridades sanitarias y el Plan Estratégico Sectorial Multianual.

5.3.1.2 El GTCG, solicita a los responsables técnicos la formulación de la propuesta de fichas técnicas de las MI, ID y CM, y las consolida.

5.3.1.3 La DGOS, valida la propuesta de Fichas Técnicas con las instituciones y la participación de los responsables técnicos, para ajustes en el diseño operacional, según corresponda.

5.3.1.4 La DGOS, remite a DVMPAS el proyecto de "Directiva Administrativa" que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de la meta institucional, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios en salud", en coordinación con el GTCG para su aprobación mediante acto resolutivo correspondiente.

5.3.1.5 La Resolución Ministerial que aprueba la Directiva Administrativa será socializada[6] por el Grupo de Trabajo, a través de la Secretaría General, a las potenciales instituciones firmantes en forma previa a la negociación.

[5] Decreto Supremo Nº 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Artículo 10 literal c).
[6] Publicación en el portal oficial, envío de archivo electrónico, notificación física y teleconferencia.

5.3.2 FASE DE FORMULACIÓN, NEGOCIACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN

El MINSA a través de los órganos correspondientes realiza las siguientes actividades:

5.3.2.1 La DGOS, formula las propuestas de modelos de Convenios de Gestión, para GORE, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, y los remite al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud (DVMPAS). Dichas propuestas de modelos de Convenios de Gestión son remitidas a la OGAJ para su revisión y opinión legal, la cual es remitida a la DGOS para la continuación del trámite.

5.3.2.2 La DGOS, elabora los Convenios de Gestión individualizados para cada institución firmante y adiciona el anexo que incluyen las MI, ID y CM, los valores umbrales, logros esperados y los pesos ponderados.

5.3.2.3 El DVMPAS en coordinación con la DGOS, realiza la convocatoria para el proceso de negociación.

5.3.2.4 El proceso de negociación se realiza a través de reuniones presenciales o virtuales según corresponda, entre los responsables técnicos de la MI, ID y CM y los Gobiernos Regionales que son representados por los directores o Gerentes de DIRESA o GERESA o quien designen para tal efecto; en el caso de Lima Metropolitana, con los Directores Generales, Jefes Institucionales o quien haga sus veces, en DIRIS, Hospitales e Institutos Especializados; en ambos casos con la participación de un equipo técnico.

5.3.2.5 La negociación está orientada a la definición de los valores umbrales de las Metas Institucionales (MI), Indicadores de desempeño (ID) y Compromisos de mejora (CM)[7] y los resultados de la negociación son incorporados en la versión final de los convenios, según corresponda.

5.3.2.6 En el caso que previo a la suscripción del convenio de gestión se evidencie la imposibilidad de evaluar un indicador de desempeño o un compromiso de mejora de los servicios, por razones debidamente sustentadas por las instituciones a ser evaluadas y con la opinión técnica favorable de la respectiva área responsable técnica del Ministerio de Salud, se procederá a su retiro y prorrateo de su peso ponderado entre los demás indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios.

5.3.2.7 En el proceso de negociación, el MINSA está representado por el Grupo de Trabajo, presidido por el DVMPAS, con la asistencia técnica de los representantes de las direcciones y/o oficinas generales del MINSA responsables de la elaboración de las fichas técnicas.

5.3.2.8 Al término de la negociación la DGOS remite a DVMPAS y éste a Secretaría General dos (02) ejemplares de la versión final de los Convenios de Gestión para el visado de los Directores Generales de las unidades orgánicas correspondientes y posterior envío a los Gobiernos Regionales, Directores Generales de las DIRIS, al Jefe Institucional del INEN, a los Directores de los Hospitales e Institucione Especializadas de Lima Metropolitana para la firma del titular de la institución firmante para el proceso de suscripción.

[7] Artículo 2 definiciones, item 2.11. del Decreto Supremo n° 032-2018-sa logros esperados y aspectos metodológicos para la evaluación de su cumplimiento

Corresponde a las Instituciones:

5.3.2.9 La DIRESAS/GERESAS, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, designan y formalizan ante la DGOS un responsable de Convenio de Gestión y de registro de información.

5.3.2.10 Remitir por vía oficial a la DGOS, la relación de hospitales con menos de 50 camas y establecimientos de salud de su jurisdicción; así como la relación de Redes con sus correspondientes distritos, a fin de consolidar y enviar dicha información a OGTI.

5.3.2.11 Remitir a Secretaría General del Ministerio de Salud, dos (02) ejemplares del Convenio de Gestión con firma y sello del titular de la institución, según corresponda, en un plazo no mayor a cinco (05) días hábiles para Lima Metropolitana y no mayor a siete (07) para las Regiones, a partir de la recepción del documento.

5.3.2.12 Participar en la validación de las fichas técnicas de los indicadores y la negociación de los logros esperados y umbrales de las MI, ID y CM.

5.3.2.13 Una vez suscrito el Convenio de Gestión, éste no es modificable en ninguno de sus alcances.

5.3.3 FASE DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM

El MINSA, a través de las unidades orgánicas correspondientes realiza las siguientes acciones:

5.3.3.1 La DGOS en coordinación con el GTCG, establece el cronograma de evaluación de los Convenios de Gestión conforme a los plazos establecidos en la presente Directiva Administrativa. Con la aprobación de la DVMPAS, la DGOS remite a la Secretaría General el citado cronograma para su publicación en el portal web institucional del MINSA (www.minsa.gob.pe). El GTCG puede efectuar reprogramaciones de acuerdo a las circunstancias que el proceso de evaluación amerite.

5.3.3.2 La DGOS en coordinación con la OGTI, solicita a las Oficinas y Direcciones Generales del MINSA, la relación de evaluadores para crear los accesos de autorización a fin de realizar el proceso de evaluación de los compromisos de mejora e indicadores de desempeño según corresponda.

5.3.3.3 Los responsables de información definidas en las Fichas Técnicas de MI, ID y CM, registran la información en el SIAG V 2019, según les corresponda.

5.3.3.4 Culminado el plazo de registro de información, la OGTI cierra el SIASG V 2019, para el inicio del proceso de evaluación.

5.3.3.5 El procesamiento de datos para la evaluación se realizará de manera automatizada a través del SIAG V 2019 que administra la OGTI. Las entidades del MINSA (OGTI, SIS, CENARES, DGOS) responsables de la evaluación de indicadores almacenados en bases de datos oficiales realizan la carga de datos en el SIAG V 2019. Las instituciones firmantes realizarán el registro de la documentación sustentatoria del cumplimiento de los

Compromisos de Mejora siguiendo estrictamente los criterios establecidos en las Fichas Técnicas. Los documentos que se adjunten en el SIAG V 2019 deben estar fedateados, foliados y escaneados. El escaneado se realizará siguiendo los criterios técnicos establecidos por OGTI.

Corresponde a las Instituciones:

5.3.3.6 La DIRESA/GERESA, DIRIS, Hospitales, INEN e Institutos Especializados de Lima Metropolitana son responsables del mantenimiento de los sistemas de información como DIGEMID, CDC, HISMINSA, SEEM, el cual es responsabilidad enviar a la sede central para su consolidación mensual[8].

5.3.3.7 Para la evaluación la DIRESA/GERESA, DIRIS, Hospitales, INEN e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, adjunta la documentación correspondiente a CM, conforme a lo establecido en las Fichas Técnicas de las mismas, en el SIAG V 2019 diseñado por la OGTI.

Medición del Porcentaje de cumplimiento de las MI e ID

5.3.3.8 Las Direcciones u Oficinas Generales responsables de la información[9] de las MI e ID realizarán los cálculos a partir de las bases de datos oficiales y cargarán estos resultados en el SIAG V 2019.

5.3.3.9 La OGTI aplica las fórmulas para el cálculo de cada indicador y obtiene el "Porcentaje de cumplimiento anual del logro esperado de las metas institucionales e indicadores de desempeño", según corresponda.

Medición del Porcentaje de cumplimiento de los CM

5.3.3.10 Los evaluadores, realizan la evaluación y el cálculo del "Porcentaje de cumplimiento anual de logro esperado de los compromisos de mejora", según corresponda, a partir de la revisión y validación de la información remitida por las DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana previamente registrado en el Sistema de Información de Acuerdos de Gestión versión 2019 (SIAG V 2019) aplicando los criterios establecidos en las Fichas Técnicas.

5.3.3.11 La evaluación de los MI, ID y CM deben culminar en los plazos establecidos en el cronograma establecido, corresponde a los evaluadores informar vía correo electrónico a DGOS con copia al GTCG y OGTI.

Información de Evaluación Anual de Cumplimiento

5.3.3.12 La OGTI, en base a la información registrada en el (SIAG V 2019), reporta los porcentajes de cumplimiento y puntaje final de acuerdo a los criterios de las Fichas Técnicas y los pesos ponderados establecidos, los mismos que deberán ser validados por los evaluadores.

[8] El cierre de la información sujeta a evaluación de cumplimiento de los Convenios de Gestión 2019 se realiza el 28 de febrero de 2020, posteriormente a esa fecha no se admitirán modificaciones de las bases de datos

[9] Definidas en las fichas tecnicas.

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

5.3.3.13 La OGTI elabora el "Reporte Preliminar de Evaluación de Cumplimiento de las MI, ID y CM" y lo remite a la DGOS, para visto bueno, quién a su vez lo eleva a Secretaría General.

Publicación de resultados preliminares

5.3.3.14 La Secretaría General gestiona la publicación de los resultados preliminares en el portal institucional del MINSA (www.minsa.gob.pe).

Solicitud de reconsideración por las instituciones firmantes

5.3.3.15 El proceso total de reconsideración dura treinta (30) días hábiles a partir de la fecha de la publicación de los resultados preliminares[10]. La reconsideración debe contemplar el respeto de las condiciones pactadas en los Convenios de Gestión.

5.3.3.16 A partir de la fecha de publicación de los resultados preliminares de la evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM; las instituciones firmantes (DIRESAS/GERESAS/DIRIS, Hospitales Nacionales, Institutos y el INEN) tienen hasta quince (15) días hábiles para enviar sus solicitudes de reconsideración a la DGOS. El envío de la solicitud será a través de un correo electrónico dirigido a la DGOS adjuntando el oficio escaneado, documento que, además, deberá seguir su trámite regular por la oficina de trámite administrativo.

5.3.3.17 La solicitud de reconsideración lo realiza el titular de la DIRESA/GERESA, Redes, Hospitales e Institutos según corresponda, mediante documento formal dirigido a la DGOS.

5.3.3.18 La DGOS solicita al evaluador según corresponda, evalúe la pertinencia técnica de atender la solicitud y este a su vez solicitará a la OGTI la habilitación del SIAG V 2019 para la carga de información que sustenta la solicitud de reconsideración por parte de la institución solicitante.

5.3.3.19 Luego de cerrado el plazo correspondiente a la reconsideración, los evaluadores de las áreas responsables de información y las áreas técnicas tiene un plazo de quince (15) días hábiles para ratificar o modificar el valor de la evaluación inicial. La decisión de los evaluadores es inapelable.

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

5.3.3.20 Culminado el proceso de reconsideración, la OGTI elabora una tabla resumen ordenada según Porcentaje Global (PG) de logro de las MI, ID, CM que alcanzaron las instituciones firmantes, y una tabla con el listado de instituciones que registraron un porcentaje mayor o igual a sesenta por ciento

[10] Decreto Supremo N° 032-2018-SA
8.4 El proceso total de reconsideración durará treinta (30) días hábiles a partir de la fecha de la publicación de los resultados preliminares. A partir de la fecha de publicación de los resultados preliminares de la evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM; las instituciones firmantes tienen hasta quince (15) días hábiles para enviar sus solicitudes de reconsideración y cargar la información sustentatoria de su reclamo. Luego de cerrado el plazo correspondiente a la reconsideración, los evaluadores de las áreas responsables de información y las áreas técnicas tienen un plazo de quince (15) días hábiles, para ratificar o modificar el valor de la evaluación inicial.

(60%). Asimismo, los evaluadores deben enviar un informe final de la evaluación por medio oficial a DGOS.

5.3.3.21 La OGTI envía por medio oficial los resultados finales a la DGOS y a la DIGEP.

5.3.3.22 La DGOS con el visto bueno de DVMPAS, envía los resultados finales de las instituciones firmantes beneficiarias, a la Secretaría General, para su publicación.

5.3.3.23 El proceso de Evaluación de cumplimiento de los Convenios de Gestión 2019 culmina con la entrega de un informe final al Ministerio de Economía y Finazas, para ello se siguen los pasos siguientes:

i. La DGOS compila los informes finales de los evaluadores y elabora un informe final de la evaluación de Convenios de Gestión y lo remite a OGPPM.
ii. La DGOS solicita a la DIGEP el envío de la nómina de beneficiarios y la determinación de la entrega económica a la OGPPM.
iii. La OGPPM consolida la información proveniente de DGOS y de DIGEP y la remite al MEF.

Difusión de resultados finales

5.3.3.24 La DGOS envía a las instituciones firmantes el Informe Final de Evaluación del Cumplimiento Global de la MI, ID y CM.

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

5.3.4 FASE DE ENTREGA ECONÓMICA POR CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM

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

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

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

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

- El personal de la salud que puede ser beneficiario de la asignación económica anual por cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, se encuentra definido en el Decreto Supremo N° 116-2014-EF.
- Haber trabajado de manera efectiva en la institución evaluada por un periodo mayor de 6 meses efectivos, el cual incluye el periodo de descanso vacacional.
- No encontrarse en condición de sancionado con suspensión efectiva durante el periodo de evaluación.
- Para el personal que haya laborado más de seis meses, pero menos de doce (12) meses, el valor de la entrega económica anual será igual a tantas doceavas partes del mismo como meses haya trabajado.
- El personal de salud debe encontrarse registrado en el SIAG V 2019 para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público, durante el periodo de evaluación.

Nómina del Personal

5.3.4.3 La DIGEP recibe de todas las instituciones firmantes evaluadas, las resoluciones que aprueban la nómina del personal de la salud con los posibles beneficiarios, los cuales deben encontrarse registrados en el SIAG V 2019 para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público, durante el período de evaluación, así como en el Registro Nacional de Personal de la Salud. Esta documentación debe ser enviada en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles de publicados los resultados finales.

5.3.4.4 La DIGEP remite a las instituciones firmantes de los Convenios de Gestión la lista de personal de la salud observado, a fin de que en un plazo máximo de cinco (05) días hábiles puedan subsanar su información. Posterior, a este plazo no se modifica la nómina del personal de la salud beneficiario.

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

Determinación del monto de la entrega económica

5.3.4.6 La DIGEP determina el monto de la asignación económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM para cada una de las instituciones que han registrado un porcentaje global de cumplimiento de metas mayor o igual a sesenta por ciento (60%), según el Informe Final de Evaluación de Cumplimiento Global de las MI, ID y CM emitido por la OGTI; y a la escala referencial contenida en el Decreto Supremo N° 116-2014-EF.

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

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

Transferencia de recursos y pago de la entrega económica

5.3.4.9 En cumplimiento al Decreto Supremo Nº 116-2014-EF, el procedimiento es el siguiente:

- El Ministerio de Salud efectúa la transferencia de recursos que corresponda para el pago de la entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM, a los Pliegos de los Gobiernos Regionales, Direcciones de Redes Integradas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana. De ser necesario, el Ministerio de Salud transfiere a las Instituciones que hayan alcanzado un porcentaje global de logro mayor o igual a noventa por ciento (90%) el monto correspondiente a la escala de referencia definida en el Decreto Supremo N° 116-2014-EF; mientras que en el caso de las Instituciones que hayan alcanzado un porcentaje global de logro mayor o igual a sesenta por ciento (60%) y menor que noventa por ciento (90%), utiliza un factor de ajuste, con el fin de adecuarse al presupuesto asignado en las respectivas Leyes Anuales del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal correspondiente.
- Efectuada la transferencia, los Pliegos incorporan el presupuesto transferido y lo distribuyen a las Instituciones a su cargo, para que estas efectúen el pago de la entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM al personal de la salud.

5.4 OTRAS CONSIDERACIONES

5.4.1 ALTERACION DE DATOS PARA ALTAS Y BAJAS EVALUACIONES DE CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM

5.4.1.1 El cumplimiento a la Única Disposición Complementaria Final del Decreto Supremo N° 116-2014-EF, en el supuesto que, luego de una evaluación del Ministerio de Salud, se demuestra que el personal de una Institución alteró los resultados de las MI, ID y CM de los servicios con el fin de beneficiarse de la entrega económica anual, se procederá al deslinde de responsabilidades e imposición de sanciones, de corresponder, de acuerdo al régimen laboral del personal individualizado como responsable de dichas acciones.

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

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 DISTRIBUCIÓN DE MI, ID Y CM, POR INSTITUCIÓN

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

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

6.1.2 Los Hospitales con menos de 50 camas se evalúan como parte de las redes de salud de su ámbito, como se describe en el numeral 5.3.2.10.

6.2 FICHAS TÉCNICAS de MI, ID y CM

6.2.1 Las Fichas Técnicas de las Metas Institucionales (MI), adjuntas en el Anexo N° 02, contienen los siguientes datos:

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

6.2.2 Las Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño (ID), adjuntas en el Anexo N° 02, contienen los siguientes datos:

- **Nombre:** Nombre del Indicador de Desempeño.
- **Tipo:** Tipo de valor según clasificación del artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153.
- **Institución:** Entidad que reporta el indicador.
- **Definición:** Descripción de cómo se genera el resultado del indicador. No debe confundirse con el cálculo del logro.
- **Justificación:** Descripción de la base racional del indicador.
- **Fórmula del indicador de desempeño:** Fórmula que determina cómo se construye el indicador.
- **Construcción del Indicador:** Describe los datos referidos al numerador y denominador que determinan el ID.

- **Valor umbral:** Valor a partir del cual la entidad puede obtener puntaje. Si el logro alcanzado por la entidad es igual o menor al valor umbral, se obtiene cero por ciento del peso ponderado. En todos los indicadores de desempeño, es un valor no menor al obtenido en el año previo por la entidad firmante, el cual se toma como valor basal. Esto sin perjuicio de que se pueda ajustar por otras variables.
- **Logro esperado:** Se indica que no estarán sujetos a la negociación entre las instituciones firmantes de los Convenios de Gestión.
- **Cálculo de porcentaje de cumplimiento:** Fórmula o criterios que se aplican para la determinación del porcentaje de logro alcanzado al término del periodo de vigencia del Convenio de Gestión.
- **Frecuencia de medición:** Frecuencia mínima con la que debe reportar los datos.
- **Fuente de datos:** Fuente primaria de información.
- **Área responsable técnica:** Instancia que define valores umbral y de logro esperado, proporciona asistencia técnica para su cumplimiento y realiza la evaluación y reevaluación de los indicadores.
- **Área responsable de información:** Instancia que procesa, produce y reporta el dato.
- **Notas:** Información adicional no clasificada en los rubros anteriores.

6.2.3 Las Fichas Técnicas de los Compromisos de Mejora (CM), adjuntas en el Anexo N° 02, contienen los siguientes datos:

- **Nombre:** Nombre del Compromiso de Mejora.
- **Tipo:** Tipo de valor según clasificación del artículo 15 del Decreto Legislativo N°1153.
- **Institución:** Entidad que reporta el indicador.
- **Definición:** Descripción de cómo se genera el resultado de la meta o indicador. No debe confundirse con el cálculo del logro.
- **Justificación:** Descripción de la base racional del compromiso de mejora descrito en el Convenio de Gestión.
- **Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de compromiso:** Listado de las acciones que se espera obtener con sus fuentes auditables, y distribución del peso ponderado por cumplimiento de las acciones.
- **Fuente de datos:** Fuente primaria de información.
- **Área responsable técnica y de la información:** Instancia que define valores umbral y de logro esperado, proporciona asistencia técnica para su cumplimiento y realiza la evaluación y reevaluación de los Compromisos de Mejora, asimismo, procesa, produce y reporta el dato.
- **Frecuencia de medición:** Frecuencia mínima con la que debe reportar los datos.
- **Notas:** Información adicional no clasificada en los rubros anteriores.

6.3 VALOR UMBRAL Y VALOR DE LOGRO ESPERADO

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

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

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

La OGTI garantiza la seguridad informática del SIAG V 2019, respecto de: (i) la fidelidad e integridad de los datos registrados por las áreas responsables de información; (ii) su almacenamiento; (iii) la precisión del procesamiento conforme a los parámetros y cálculos que se establecen en la presente Directiva Administrativa; y (iv) la validación de los reportes de resultados.

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

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

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

- Se podrá obtener un porcentaje de cumplimiento anual del indicador entre cero (0%) y cien (100%), que estará en función de la magnitud de logro alcanzado respecto del logro esperado, este último definido en el Convenio de Gestión.
- En caso de que el valor de logro alcanzado sea mejor que el logro esperado (mayor o menor dependiendo del indicador) el porcentaje de cumplimiento del indicador es 100%.
- En caso de que el valor de logro alcanzado sea peor o igual que el valor umbral (mayor o menor dependiendo del indicador), el porcentaje de cumplimiento del indicador es 0%.
- Cuando se obtiene un resultado negativo de porcentaje de cumplimiento, se califica como 0% de cumplimiento.
- En caso de que el valor de logro alcanzado se encuentre entre los valores del umbral y de logro esperado, el porcentaje de cumplimiento fluctúa entre 0.1% y 100% de cumplimiento.
- Estas reglas aplican también al ID "Densidad de Incidencia/Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) seleccionadas.

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

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

6.5.3 Posibilidades de resultados para CM de los servicios

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

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

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

6.6.2 Se calcula como el promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento anual de cada MI, ID y CM multiplicados por sus respectivos pesos ponderados, de acuerdo a la siguiente fórmula[11]:

$$PG = \frac{\Sigma\,(I_1 \times P_1 + I_2 \times P_2 + I_{3X} P_3 + I_{14} P_4 + I_5 \times P_5 + \ldots + In \times P_n)}{100}$$

Donde:

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

Σ : Sumatoria

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

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

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

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

6.7 ENTREGA ECONOMICA

Conforme al Decreto Supremo N° 116-2014-EF la entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM (Anexo 5):

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

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

7. RESPONSABILIDADES

7.1 Nivel Nacional

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

7.2 Nivel Regional.

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

7.3 Nivel Local.

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

8. ANEXOS

Anexo N° 01:	Tablas de metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) según institución y sus respectivos pesos ponderados.
Anexo N° 02:	Fichas Técnicas de MI, ID y CM.
Anexo N° 03:	Procedimientos e interpretación de los cálculos de porcentaje de cumplimiento de las MI, ID y CM.
Anexo N° 04:	Escala referencial de entrega económica anual, basada en el Decreto Supremo N° 022-2019-EF.
Anexo N° 05:	Cronograma de evaluación de los Convenios de Gestión 2019.
Anexo N° 06:	Flujograma de procesos.
Anexo N° 07:	Lista de acrónimos.

ANEXO N° 1 - Tablas de metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) según institución y sus respectivos pesos ponderados.

Tabla 1: Tabla de metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) de la DIRESA/GERESA y sus respectivos pesos ponderados.

Tipo	Denominación	Peso Ponderado
Meta Institucional (MI)	Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses.	20
Indicador de Desempeño (ID)	Proporción de niñas y niños de 14 meses y 29 días con vacunación completa.	15
	Porcentaje de abandonos al tratamiento de tuberculosis sensible (TBS)	15
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	10
	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud (SIS)	10
	Establecimientos de salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados	5
Compromiso de Mejora (CM)	Establecimientos de salud que aseguran los medicamentos e insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados	5
	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	5
	Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna en IPRESS	5
	Implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios	5
	Fortalecimiento a la implementación de la telemedicina	5

Tabla 2: Tabla de indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) de la DIRIS y sus respectivos pesos ponderados.

Tipo	Denominación	Peso Ponderado
Indicadores de Desempeño (ID)	Porcentaje de niños menores de 1 año con diagnóstico de anemia recuperado	10
	Porcentaje de niñas/niños de 12 meses de edad que recibieron tratamiento con hierro o suplementación preventiva	8
	Proporción de niñas y niños de 14 meses y 29 días con vacunación completa.	10
	Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED	8
	Porcentaje de abandonos al tratamiento de Tuberculosis Sensible (TBS)	10
	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.	8
	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino	8
	Productividad hora-médico en consulta externa	5
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	4
	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud (SIS)	4
	Establecimientos de salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados	5
Compromiso de Mejora (CM)	Establecimientos de salud que aseguran los medicamentos e insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	5
	Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna en IPRESS	5
	Implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios	5
	Fortalecimiento a la implementación de telemedicina	5

Tabla 3: Tabla de indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) de las redes de servicios de salud y hospitales de II nivel con igual o menos de 50 camas y sus respectivos pesos ponderados.

Tipo	Denominación	Peso Ponderado
Indicadores de Desempeño (ID)	Porcentaje de niños menores de 1 año con diagnóstico de anemia recuperado	10
	Porcentaje de niñas/niños de 12 meses de edad que recibieron tratamiento con hierro o suplementación preventiva	7
	Proporción de niñas y niños de 14 meses y 29 días con vacunación completa	10
	Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED	7
	Porcentaje de abandonos al tratamiento de Tuberculosis Sensible (TBS)	10
	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.	6
	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.	7
	Productividad hora-médico en consulta externa	4
	Densidad de Incidencia y/o Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas	4
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	4
	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud (SIS)	4
	Establecimientos de salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados	4
Compromiso de Mejora (CM)	Establecimientos de salud que aseguran los medicamentos e insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	5
	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	4
	Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna en IPRESS	4
	Fortalecimiento de la implementación de telemedicina	4
	Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario	3*
	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	3*

* Redes que no cuenten con Hospital con igual o menos de 50 camas, el peso ponderado de este CM se distribuya en los demás CM.

Tabla 4: Tabla de metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) de los Hospitales de II nivel de más de 50 camas, los Hospitales de III nivel y los Hospitales Especializados y sus respectivos pesos ponderados.

Tipo	Denominación	Peso Ponderado
Indicador de Desempeño (ID)	Productividad hora-médico en consulta externa	15
	Proporción de niñas y niños de 14 meses y 29 días con vacunación completa*	15
	Densidad de Incidencia y/o Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas	15
	Promedio de permanencia cama	15
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	10
	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud (SIS)	10
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna en IPRESS*	4
	Reforma de la Salud Mental: Desinstitucionalización**	4
	Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario	4 o 5
	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	4 o 5
	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	4 o 5
	Fortalecimiento a la implementación de telemedicina	4 o 5

*No aplica a Hospitales especializados en emergencias (Emergencia pediátricas y Casimiro Ulloa) y salud mental (Hospital Víctor Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán)

** Solo aplica a hospitales especializados de salud mental (Hospital Víctor Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán)

Tabla 5: Tabla de indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) de los Institutos y sus respectivos pesos ponderados.

Tipo	Denominación	Peso Ponderado
Indicador de Desempeño (ID)	Productividad hora-médico en consulta externa	15
	Proporción de niñas y niños de 14 meses y 29 días con vacunación completa*	15*
	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas	15
	Promedio de permanencia cama	15
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	10
	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud (SIS)	10
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna en IPRESS*	4**
	Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario	3 o 4
	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	3 o 4
	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	3 o 4
	Fortalecimiento de competencias del personal de salud según patología priorizada institucional***	4***
	Investigación en Salud Mental Comunitaria****	4****
	Fortalecimiento de la implementación de atenciones por telemedicina	3 o 4

* Solo aplica al Instituto Nacional Materno Perinatal (INSMPN)

**Solo aplica al Instituto Nacional Materno Perinatal (INSMPN) y al Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) - Breña.

***Solo aplica a INSN-Breña, INCN, INO, IRO e INR.

****Solo aplica al Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM)

NOTA: (***) (****) Los institutos que no le corresponde el ID (Proporción de niñas y niños de 14 meses y 29 días con vacunación completa), el peso ponderado de este ID se distribuya en los demás ID.

ANEXO N° 2 - FICHAS TÉCNICAS DE MI, ID Y CM

I. META INSTITUCIONAL (MI)

Ficha N° 01. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.

II. INDICADORES DE DESEMPEÑO (ID)

Ficha N° 02. Porcentaje de niños menores de 1 año con diagnóstico de anemia recuperado.

Ficha N° 03. Porcentaje de niñas/niños de 12 meses de edad que recibieron tratamiento con hierro o suplementación preventiva.

Ficha N° 04. Proporción de niñas y niños de 14 meses y 29 días con vacunación completa.

Ficha N° 05. Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED.

Ficha N° 06. Porcentaje de abandonos al tratamiento de Tuberculosis Sensible (TBS).

Ficha N° 07. Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.

Ficha N° 08. Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.

Ficha N° 09. Productividad hora-médico en consulta externa.

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

Ficha N° 11. Promedio de permanencia cama.

Ficha N° 12. Disponibilidad de medicamentos esenciales.

Ficha N° 13. Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud (SIS).

Ficha N° 14. Establecimientos de Salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.

III. COMPROMISOS DE MEJORA (CM)

Ficha N° 15. Establecimientos de Salud que aseguran los medicamentos e insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.

Ficha N° 16: Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario.

Ficha N° 17: Fortalecimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

Ficha N° 18. Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencias en el marco de la continuidad de la atención.

Ficha N° 19. Fortalecimiento de competencias del personal de salud según patología priorizada institucional.

Ficha N° 19 (1). Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los Establecimientos de Salud en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con enfermedades oculares.

Ficha N° 19 (2). Fortalecimiento de competencias del personal de salud de una Red Integrada de Salud (RIS) para la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD) desde la comunidad, para mejorar el acceso a su derecho a atención de salud.

Ficha N° 19 (3). Fortalecimiento de competencias de personal de salud de los hospitales y redes, en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.

Ficha N° 19 (4). Fortalecimiento del personal de salud de los hospitales y redes de salud en el manejo de epilepsia, epilepsia refractaria y estado epiléptico.

Ficha N° 19 (5). Implementación de un sistema de registro de seguimiento y control de pacientes postquirúrgicos.

Ficha N° 20. Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna en IPRESS

Ficha N° 21. Implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios.

Ficha N° 22. Investigación en Salud Mental Comunitaria.

Ficha N° 23. Reforma de la Salud Mental: Desinstitucionalización.

Ficha N° 24. Fortalecimiento a la implementación de la Telemedicina.

Ficha N° 01. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.

Nombre	**Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.**
Tipo	Meta institucional.
Institución	DIRESA/GERESA
Definición	Proporción de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad con un valor de hemoglobina por debajo de punto de corte para anemia.
Justificación	En el Perú, la anemia infantil es uno de los principales problemas nutricionales que afecta la capacidad física e intelectual de las niñas y niños menores de 3 años. Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), la anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños de 6 a 35 meses en el Perú presentó una disminución de 19.3 puntos porcentuales entre los años 2000 y 2011, pasando de 60.9% a 41.6%, sin embargo, desde el 2012 y contrario a la tendencia anterior, las cifras se han incrementado paulatinamente hasta llegar a 46.8% en el año 2014, produciéndose una ligera disminución (-2.9pp) en los últimos 03 años, siendo el valor reportado para el 2018, 43.5%.
Fórmula del indicador	N° de niños y niñas de seis a treinta y cinco meses de edad con anemia ---------- x100 N.° de niños y niñas de seis a treinta y cinco meses de edad evaluado
Logro esperado	• Si la prevalencia de anemia del año previo es >50% reducir en 15% del valor del año previo. • Si la prevalencia de anemia del año previo se encuentra entre 40% y 50% reducir en 10% del valor del año previo. • Si la prevalencia de anemia del año previo es <40% reducir en 8% del valor del año previo.
Valor umbral	Valor del año previo.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) ---------- x100 (Logro esperado – Valor umbral)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta Nacional de Salud (ENDES), último reporte anual emitido por el INEI.
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de Información.
Notas	Los resultados de la ENDES se publican generalmente en los primeros meses de cada año y corresponden a los resultados registrados en el año previo.

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD - DGOS - DIRECCIÓN GENERAL

Ficha N° 02. Porcentaje de niños menores de 1 año con diagnóstico de anemia recuperado.

Nombre	**Porcentaje de niños menores de 1 año con diagnóstico de anemia recuperado.**
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRIS y Red de salud.
Definición	Determina el porcentaje de niños menores de 18 meses que habiendo tenido un diagnóstico de anemia antes de los 12 meses, han recibido tratamiento según esquema vigente y se han recuperado. Para efectos del cálculo de este indicador se consideran niños registrados en el Padrón Nominal como afiliados al SIS y que no tienen ningún tipo de seguro, que cumplen 18 meses de edad (corresponden a una cohorte) en el mes de evaluación; que fueron diagnosticados con anemia antes de los 12 meses y fueron recuperados; registrados en HIS.
Justificación	La anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 3 años de edad es un problema de salud pública que afecta negativamente el desarrollo infantil temprano. El manejo terapéutico de la anemia desde los servicios de salud, comprende la administración de suplementos de hierro conforme la dosis establecida: En niños prematuros y/o con bajo peso al nacer la dosis es de 4 mg/kg/ día y en niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer la dosis de 3 mg/kg/día en niños. Se acompaña de consejería y sesiones demostrativas a los padres, seguimiento de los niños mediante visitas domiciliarias y otras acciones educativo-comunicacionales; para promover la adherencia y el consumo adecuado de los suplementos. Un factor determinante para la efectividad del tratamiento que conlleva la recuperación del niño con anemia, es la adherencia al tratamiento; la misma que se afecta porque el nivel de conocimiento de las madres sobre los beneficios del suplemento de hierro es insuficiente por lo cual el incumplimiento en el tratamiento es recurrente y en la mayoría de los casos se debe a los efectos asociados a su consumo. Monitorear el proceso del tratamiento hasta alcanzar la recuperación, nos garantiza que el niño ha recuperado sus reservas de hierro y le confiere mejores oportunidades de desarrollo físico e intelectual y una mejor calidad de vida.
Fórmula del indicador	N° Niños que forman parte del denominador con registro de diagnóstico repetitivo de anemia con código HIS= D50.0, D50.8, D50.9 ó D64.9, y registro en LAB: PR. --- x 100 N° de niños que cumplen 544 días (1 año, 5 meses y 29 días) de edad en el mes de evaluación, con diagnóstico definitivo de anemia con código(s) HIS= D50.0, D50.8, D50.9 Ó D64.9 entre los 170 y 364 días (11 meses y 29 días) de edad, registrados en el Padrón Nominal y HIS.
Construcción del indicador	**Numerador:** N° Niños que forman parte del denominador con registro de diagnóstico repetitivo de anemia con código HIS= D50.0, D50.8, D50.9 O D64.9, y registro en LAB: PR. Sintaxis: Suma de DNI que forman parte del denominador con registro de diagnóstico repetitivo de anemia con código HIS= D50.0, D50.8, D50.9 o D64.9, y registro en LAB: PR. **Denominador:** N° de niños que cumplen 544 días (1 año, 5 meses y 29 días) de edad en el mes de evaluación, con diagnóstico definitivo de anemia con código(s) HIS= D50.0, D50.8, D50.9 Ó D64.9 entre los 170 y 364 días (11 meses y 29 días) de edad, registrados en el Padrón Nominal y HIS. Sintaxis: Suma de DNI únicos de niños que cumplen 544 días (1 año, 5 meses y 29 días) de edad en el mes de evaluación, con diagnóstico definitivo de anemia con código(s) HIS=

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD - DGOS

	D50.0, D50.8, D50.9 o D64.9 entre los 170 y 364 días 11 meses y 29 días) de edad, registrados en el Padrón Nominal y HIS.
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido al mes de julio del 2019.
Logro esperado	Incremento de 10 puntos porcentuales sobre el valor obtenido en el mes de julio Medido en el último mes – diciembre
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) / (Logro esperado – Valor umbral) x100
Frecuencia de medición	01 por año
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón nominal y HIS
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP).
Notas	No aplica

A. Gonzáles

Ficha N° 03. Porcentaje de niñas/niños de 12 meses de edad que recibieron tratamiento con hierro o suplementación preventiva.

Nombre	**Porcentaje de niñas/niños de 12 meses de edad que recibieron tratamiento con hierro o suplementación preventiva.**
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRIS y Red de salud.
Definición	Determina el porcentaje de niños que, de acuerdo a su condición determinado por la concentración de hemoglobina, reciben tratamiento con hierro o suplementación preventiva. Para efectos del cálculo de este indicador se considera a las niñas/niños registrados en el padrón nominal y HIS que cumplieron 364 días (11 meses y 29 días) en el periodo de evaluación, que han tenido tamizaje de anemia hasta 269 días (8 meses y 29 días) y que recibieron tratamiento con hierro o suplementación preventiva, según esquema.
Justificación	La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar de que se conoce tanto su etiología como la forma de enfrentarla y de que las intervenciones son de bajo costo, aún no se ha podido resolver este problema. La anemia en niños está asociada con retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo, así como con una resistencia disminuida a las infecciones. Mientras la deficiencia de hierro afecta el desarrollo cognoscitivo en todos los grupos de edad, los efectos de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles, aún después de un tratamiento. Por lo antes mencionado, tanto la administración de suplementos a de hierro en niños sin anemia, el diagnóstico precoz mediante el tamizaje periódico a partir de los 6 meses y el tratamiento oportuno como intervenciones de salud pública en bebés y niños pequeños reducen el riesgo de anemia por deficiencia de hierro y mejora el control de la misma. El monitoreo de los indicadores de oportunidad y calidad de las intervenciones antes mencionada se hace indispensable para el logro de la meta de prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en la población infantil.
Fórmula del indicador	N° de niñas/niños del denominador que recibieron entregas de tratamiento con hierro o suplementación preventiva para tres meses, registrados en el HIS. ---------- x 100 N° de niñas/niños que cumplieron 364 días (11 meses y 29 días) de edad en el mes de evaluación, registrados en el padrón nominal y HIS, que han tenido tamizaje de anemia entre los 170 y 269 días de edad.

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD - DGOS DIRECCIÓN GENERAL

Construcción del indicador	**Numerador:** N° de niñas/niños del denominador que recibieron entregas de tratamiento con hierro o suplementación preventiva para tres meses, registrados en el HIS. **Sintaxis:** Suma de DNIs que forman parte del denominador y cuentan con: 1. A partir de la fecha de tamizaje fueron diagnosticados con anemia (código CIE = D50.0, D50.8, D50.9 o D649, tipo de diagnostico definitivo) y tuvieron un inicio oportuno de tratamiento con hierro hasta 7 días a partir del último diagnostico de anemia; y continuan con el 2do y 3er tratamiento registrado con los codigos: CIE: D50.0, D50.8, D50.9 o D649 (definitivo o repetitivo) + U310 - Lab: SF1....SF3 o P01....P03 o PO1...PO3 o 1...3; con un rango de 25 a 35 días entre cada entrega de tratamiento. o 2. A partir del primer tamizaje entre los 170 y 269 días de edad, sin diagnóstico de anemia, reciben el inicio de la suplementación preventiva hasta 7 días después de la fecha de tamizaje y continuó con la 2da y 3ra entrega de suplementación preventiva con hierro, registrado con los códigos: CIE/CPT = Z298 y Lab: SF1 ...SF3 o 1....3(MN), con un rango de 25 a 35 días o P01.....P03 o PO1...PO3 con un rango de 25 a 70 días entre cada entrega de suplementación. De modo que se logre asegurar la suplementación continua por 3 meses. **Denominador:** N° de niñas/niños que cumplieron 364 días (11 meses y 29 días) en el mes de evaluación, registrados en el padrón nominal y HIS, que han tenido tamizaje de anemia entre los 170 y 269 días de edad. **Sintaxis:** N° de niños de 364 días (11 meses y 29 días) en el periodo de evaluación, registrados en el Padrón Nominal y HIS (tipo de seguro: MINSA) que cumplen la siguiente condición: 1. Tuvieron al menos un tamizaje de anemia entre los 170 y 269 días de edad, registrado con los Código CIE/CPT: 85018 o Z017 (tipo de diagnóstico "D").
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido al mes de julio 2019.
Logro esperado	Incremento de 10 puntos porcentuales sobre el valor obtenido en el mes de julio Medido en el último mes – diciembre
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) ---------- x100 (Logro esperado – Valor umbral)
Frecuencia de medición	01 medición al año
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón nominal y HIS
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP).
Área responsable de información	La Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	1. Se considerará una entrega como válida si lleva la nomenclatura correcta en el ítem LAB (independiente del número que le acompaña). 2.Todas las actividades mencionadas en el numerador deben darse hasta la edad de corte establecida por el denominador. 3. El periodo de evaluación se comprende desde el primer al último día del mes evaluado.

A. Gonzáles

Ficha N° 04. Proporción de niñas y niños de 14 meses y 29 días con vacunación completa.

Nombre	**Proporción de niñas y niños de 14 meses y 29 días con vacunación completa.**
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRESA / GERESA / DIRIS /Redes/Hospitales/Instituto*
Definición	Proporción de niñas y niños que antes de cumplir los 15 meses reciben las vacunas que de acuerdo a su edad les corresponde.
Justificación	El indicador permite medir el acceso y oportunidad que tienen las niñas y niños menores de 15 meses a una intervención altamente eficaz y costo efectivas, a través de la cual se han evitado muerte y discapacidad, producidas por enfermedades Inmunoprevenibles en la población infantil, actualmente el Perú, se encuentra en fase de eliminación y erradicación de la polio y el sarampión. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se realizan, todavía no logramos alcanzar la cobertura deseada (95%); por lo que se hace necesario realizar las acciones y articular todos los esfuerzos para mejorar el acceso y oportunidad de niñas y niños para recibir las vacunas y reducir el riesgo de enfermar o morir por enfermedades inmunoprevenibles y desarrollarse plenamente. La vacunación está regulada por la NTS N° 141-MINSA/DGIESP, "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación", aprobada por Resolución Ministerial N° 719 - 2018/MINSA.
Fórmula del indicador	N° de niños y niñas de 14 meses y 29 días, que recibieron el conjunto de vacunas que establece el esquema nacional de vacunaciones ---------- X 100 N° de niños y niñas de 14 meses y 29 días según padrón nominal corte al periodo evaluado o CNV para Hospitales. El valor del indicador se calculará a corte anual.
Construcción del indicador	**Para DIRESA y GERESA:** **Numerador:** N° de niños y niñas del denominador, que recibieron 1 dosis de BCG, 3 dosis de pentavalente, 1 dosis de influeza, 3 dosis de anti polio, 2 dosis de rotavirus, 3 dosis de neumococo y 1 dosis de SPR. **Denominador:** N° de niños y niñas de 14 meses y 29 dias según padrón nominal corte al periodo evaluado. **Para Hospitales e INMPN*:** **Numerador:** N° total de recién nacidos del denominador, que recibieron 1 dosis de BCG y 1 HVB **Denominador:** N° Total de niños nacidos en el hospital y se encuentran registrados en el CNV excluyendo los niños nacidos con menos de 2000 gr. **Para Redes y DIRIS** **Numerador:** N° de niños y niñas del denominador, que recibieron, 3 dosis de pentavalente, 1 dosis de influeza, 3 dosis de anti polio, 2 dosis de rotavirus, 3 dosis de neumococo y 1 dosis de SPR. **Denominador:** N° de niños y niñas de 14 meses y 29 dias según padrón nominal corte al periodo evaluado.
Logro esperado	>= 90% aplica a DIRESA / GERESA /DIRIS y Redes: >= 95% aplica a Hospitales e INMPN
Valor umbral	60% aplica a DIRESA / GERESA /DIRIS y Redes: >=90% aplica a Hospitales e INMPN
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) ---------- x100 (Logro esperado – Valor umbral)
Frecuencia de medición	Annual

A. Gonzáles

A. Gonzáles

Fuente de datos	HIS, información correspondiente al periodo: 01 de enero al 31 de diciembre 2019, con data cerrada al 28 de febrero del 2020
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Inmunizaciones (DMUNI)
Área responsable de información	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)
Notas	• La vacuna BCG en recién nacidos solo se incluye para la evaluación del logro a nivel de DIRESAS / GERESAS, dato que incluye lo vacunado en los hospitales de su ámbito. • La vacuna BCG en recién nacidos solo aplica a hospitales mayores de 50 camas y que atienden partos, incluye al Instituto Materno perinatal (INMPN), el indicador se calculará con datos del ultimo trimestre del 2019. • Para la evaluación del logro a nivel de DIRIS y Redes se excluye vacuna BCG en RN.

Ficha N° 05. Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED.

Nombre	**Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED.**
Tipo	Indicador de desempeño
Institución	DIRIS y Red de Salud.
Definición	Mide el porcentaje de neonatos que ha recibido 02 controles de crecimiento y desarrollo (CRED) durante los primeros quince días de nacido. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en vivienda como parte de la visita domiciliaria.
Justificación	Los controles realizados durante la etapa neonatal contribuyen con la disminución de la mortalidad neonatal al identificar e intervenir precozmente sobre factores de riesgo o alteraciones del crecimiento y desarrollo del recién nacido (RN) y su madre, asimismo se promueve el desarrollo infantil temprano al fortalecer las prácticas de cuidado y alimentación del niño en el hogar a través de la consejería y sesiones demostrativas. La NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada por RM N° 828-2013/MINSA, establece el 1° control del recién nacido a las 48 horas del alta institucional, y luego 01 control cada semana. La NTS N° 137/MINSA-2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el Niño menor de cinco años, aprobada por RM N° 537-2017/MINSA, establece 04 controles para el recién nacido el 1° a las 48 horas del alta, el 2° a los 07 días de vida, el 3° a los 14 días de vida y el 4° a los 21 días de vida.
Fórmula del indicador	N° Total de RN del denominador, con dos controles CRED dentro de los primeros 15 días ---------- x 100 N° Total de RN registrados en el padrón nominal del ámbito que se evalúa (excluyendo EsSalud, FFAA. FFPP y seguros privados), nacidos en el periodo 1° de enero al 15 de diciembre del 2019.
Construcción del indicador	**Numerador:** N° acumulado de recién nacidos entre el 1° de enero al 13 de diciembre del 2019, con al menos dos controles CRED dentro de los primeros 15 días, realizados en el periodo de evaluación (1° de enero al 31 de diciembre del 2019). Fuente HIS. **Denominador**: N° acumulado de recién nacidos entre el 1° de enero al 15 de diciembre del 2019, registrados en el padrón nominal (Excluyendo EsSalud, FFAA. FFPP y seguros privados).
Logro esperado	60 %
Valor umbral	30 %
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) ---------- x100 (Logro esperado – Valor umbral)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	HIS
Área Responsable Técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI).
Área Responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) – MINSA
Notas	El intervalo mínimo entre controles del RN es de 03 días.

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD - DGOS - DIRECCIÓN GENERAL

Ficha N° 06. Porcentaje de abandonos al tratamiento de Tuberculosis Sensible (TBS).

Nombre	**Porcentaje de abandonos al tratamiento de Tuberculosis Sensible (TBS).**
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRESA/GERESA/DIRIS/Redes de Salud
Definición	Determina la proporción de personas afectadas con tuberculosis que reciben tratamiento con Esquema para TB sensible (TBS) durante el periodo evaluado (1) y que tienen como condición de egreso "Perdidos en el seguimiento del tratamiento (abandonos), durante el periodo de evaluación. Permite medir la capacidad de respuesta del EESS ante una baja adherencia al tratamiento. Se define como perdido en el seguimiento del tratamiento (abandono) a toda persona que, habiendo iniciado el tratamiento supervisado, deja de recibir la medicación por 30 días consecutivos. (NTS104-2013/MINSA). (1): Incluye casos que ingresaron el año anterior y que continúan tratamiento en el periodo de evaluación.
Justificación	Los perdidos en el seguimiento al tratamiento con Esquema para TB sensible (Abandono), tiene connotaciones graves individuales y de salud pública. Individuales como son el deterioro físico de la salud del afectado por esta enfermedad, el riesgo de generar de cepas resistentes y/o muerte de la persona afectada por tuberculosis. Desde el punto de vista de salud pública, implica la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la comunidad, generando muchas veces transmisión de cepas resistentes; efecto que se está produciendo en nuestro país con el incremento de casos de TB Resistente primaria. Por lo antes mencionado es necesario fortalecer el seguimiento de los casos en tratamiento y lograr que culminen el tratamiento en el periodo establecido. El resultado de las estrategias implementadas para este logro se monitorea a través del número de perdidos en el seguimiento (abandonos) reportados en el periodo evaluado.
Fórmula del indicador	% Abandono Tto. TBS = Número de personas afectadas por TB, que reciben tratamiento con Esquema para TBS, registrado en el Sistema SIGTB, que bandonan el tratamiento. / Número total de personas afectadas por TB que reciben tratamient con esquema para TB Sensible, registrados en el sistema SIGTB x 100
Construcción del indicador	**Numerador:** Número de personas afectadas por TB, que reciben tratamiento con Esquema para TBS, registrado en el Sistema SIGTB, que abandonan el tratamiento **Denominador:** Número total de personas afectadas por TB que reciben tratamiento con esquema para TB Sensible, registrados en el sistema SIGTB
Logro esperado	<= 3%
Valor umbral	10%
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) / (Logro esperado – Valor umbral) x100
Frecuencia de medición	Annual
Fuente de datos	Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB) con el 100% de registros de condición de egreso de casos.
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	Se considerará la información registrada al desde el 1° de enero al 31 de diciembre del 2019, con cierre del Sistema de información SIGTB al 28 de febrero del 2020.

A. Gonzáles

Ficha N° 07. Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.

Nombre	**Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.**
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRIS y Red de salud.
Definición	Indicador que mide la proporción de mujeres con parto institucional en una IPRESS del Minsa o Gobierno regional, cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas, que durante este periodo reciben: i) al menos una entrega de ácido fólico en el primer trimestre; ii) haber realizado en el primer o segundo trimestre del embarazo, al menos una vez, los siguientes exámenes auxiliares: hemoglobina o hematocrito + examen de orina + tamizaje para descarte de sífilis + tamizaje para descarte de VIH; iii) al menos 6 atenciones prenatales en el transcurso del embarazo; y iv) al menos 4 entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del embarazo.
Justificación	La atención prenatal debe mejorar las probabilidades de la madre y el niño para concluir saludablemente el embarazo. Esto implica el cumplimiento de un plan de atención que requiere el despistaje o monitoreo de varias condiciones de salud, por métodos clínicos, de laboratorio y de imágenes.
Fórmula del indicador	Número de mujeres del denominador que reciben (1) al menos una entrega de ácido fólico en el primer trimestre; (2) haber realizado en el primer o segundo trimestre del embarazo, al menos una vez, los siguientes exámenes auxiliares: hemoglobina o hematocrito + examen de orina + tamizaje para descarte de sífilis + tamizaje para descarte de VIH; (3) al menos 6 atenciones prenatales en el transcurso del embarazo; y (4) al menos 4 entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del embarazo. ---------- X 100 Número de partos institucionales de mujeres cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas, en una IPRESS del Minsa o Gobierno regional, en el periodo de evaluación según la base de datos del CNV.
Construcción del indicador	**Numerador:** Número de mujeres del denominador que reciben (1) al menos una entrega de ácido fólico en el primer trimestre; (2) haber realizado en el primer o segundo trimestre del embarazo, al menos una vez, los siguientes exámenes auxiliares: hemoglobina o hematocrito + examen de orina + tamizaje para descarte de sífilis + tamizaje para descarte de VIH; (3) al menos 6 atenciones prenatales en el transcurso del embarazo; y (4) al menos 4 entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del embarazo. **Denominador:** Número de partos institucionales de mujeres cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas, en una IPRESS del Minsa o Gobierno regional, en el periodo de evaluación según la base de datos del CNV. **Sintaxis:** **Numerador:** Número de mujeres del denominador que reciben: 1. Al menos una entrega de àcido fòlico en el primer trimestre CPMS: 59401.03 ò CIE: Z298 con LAB: AF o (AF1-AF7) y 2. Haber realizado en el primer o segundo trimestre del embarazo, al menos una vez, los siguientes exàmenes auxiliares: 2.1 Exàmenes auxiliares con tipo de diagnòstico "D": hemoglobina CPMS: 85018 ò Z017; examen de orina CPMS: 81002 ó 81007 o 82044; tamizaje para descarte de sífilis CPMS: 86593 o 86780 ò 86592; tamizaje para descarte de VIH CPMS: 86703. o 2.2 Perfil obstétrico (antes: bateria completa) CPMS: 80055.01 ò CIE: Z0177 con tipo de diagnòstico "D". y 3. Al menos 6 atenciones prenatales en el transcurso del embarazo CPMS: Z3491 ò Z3492 ò Z3493 ò Z3591 ó Z3592 ò Z3593. y

A. Gonzáles

	4. Al menos 6 entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del embarazo CPMS: 59401.04 ó CIE: Z298 con LAB: SF1...SF6 ó O990 + U310 con LAB: 1...6. *Las prestaciones evaluadas en los puntos 1., 2.1, 2.2 y 4. deben registrar además algún código de control de embarazo (CIE: Z349 ó Z359) o de atención prenatal (Z3491 ó Z3492 ó Z3493 ó Z3591 ó Z3592 ó Z3593) en la cita de la prestación. **Denominador:** Número de partos institucionales de mujeres cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas, en una IPRESS del Minsa o Gobierno regional, en el periodo de evaluación según la base de datos del CNV.
Logro esperado	Incremento de 8 puntos porcentuales sobre el valor obtenido el año anterior.
Valor umbral	Valor obtenido el año anterior.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) ---------- x100 (Logro esperado – Valor umbral)
Frecuencia de medición	Annual
Fuente de datos	Numerador: HIS. Denominador: Certificado de Nacido Vivo - CNV Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 2019, con cierre de información HIS al 28 de febrero del 2020
Área responsable técnica	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
Área responsable de información	Ofician general de Tecnologías de la Información
Notas	1. No se excluye a las gestantes con anemia. 2. La direcciòn registrada en el DNIde la madre (en el CNV) determina su lugar de procedencia. 3. Primer trimestre de gestacion comprende hasta las 13 semanas y el segundo trimestre comprende desde las 14 semanas hasta las 26 semanas. 4. Se considerará una entrega como válida si lleva la nomenclatura correcta en el ítem LAB (independiente del número que le acompaña). 5. Sobre la base del manual de registro anterior (2016), se considerará como suplemento (Z298) la administración de ácido fólico con LAB: AF, AF1-AF7; de sulfato ferroso+ácido fólico con LAB: SF, SF1-SF12; y hierro polimaltosado con LAB: P0, PO, PO1-PO9, P01-P12. 6. Para la suplementación con diagnóstico de anemia (O990+U310), se considerará el registro específico en el LAB de sulfato ferroso (SF, SF1-SF12), hierro polimaltosado (P0, PO, PO1-PO9, P01-P12) y numeral solo. 7. El denominador se compone por mujeres con parto registrado en el CNV que cuenten con DNI.

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD - DGOS - DIRECCIÓN GENERAL

Ficha N° 08 Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.

Nombre	**Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones pre-malignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.**
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRIS y Red de Salud.
Definición	Se denomina mujer con tamizaje de cáncer de cuello uterino a aquella prueba que se le realiza mediante la prueba de Papanicolaou (PAP) o VPH o la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), y se le hace entrega del resultado, independientemente del valor del mismo.
Justificación	En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más frecuente. El PAP y la IVAA permiten la captación de mujeres con cáncer de cérvix en etapas tempranas. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 30 a 64 años de edad.
Fórmula del indicador	Número de mujeres de 30 a 49 años con resultado de IVAA o PM-VPH+ Número de mujeres de 50 a 64 con resultado de PAP entregado. ---------- x 100 Mujeres 30 a 49 años con resultado de IVAA o toma de muestra para PM-VPH + Número de mujeres de 50 a 64 con toma de PAP
Construcción del indicador	**Numerador:** Número de Mujeres 30 a 49 años con resultado de Inspección visual con ácido acético (IVAA) (Registro HIS: código 88141.01 y Lab N y A) o Prueba Molecular Virus Papiloma Humano (PM-VPH), (Registro HIS: código 87621 y Lab N y A). + Número de mujeres de 50 a 64 años a quienes se ha entregado el resultado de prueba de Papanicolaou (PAP). (Registro HIS: código 88141 y Lab N y A). **Denominador:** Número de Mujeres 30 a 49 años con resultado IVAA (Registro HIS: código 88141.01 y Lab N, A y Vacío) o Prueba Molecular Virus Papiloma Humano (PM-VPH), (Registro HIS: código 87621 y Lab 1, 2 y vacío) + Número de mujeres de 50 a 64 años que se realizaron la toma de muestra de PAP (Registro HIS 88141 y Lab vacío).
Logro esperado	95%
Umbral	80%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) ---------- x100 (Logro esperado – Valor umbral)
Frecuencia de medición	Annual
Fuente de datos	HIS - Se considerará la información registrada desde el 01 de Enero hasta el 31 de diciembre del 2019
Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control de Cáncer de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud (OGTI)-MINSA.
Notas	Los resultados de la evaluación contarán con el V° B° del responsable técnico.

A. Gonzáles

Ficha N° 09. Productividad hora-médico en consulta externa.

<table>
<tr><td>Nombre</td><td colspan="4">Productividad hora-médico en consulta externa.</td></tr>
<tr><td>Tipo</td><td colspan="4">Indicador de desempeño.</td></tr>
<tr><td>Institución</td><td colspan="4">DIRIS, Red de Salud, Hospitales e Institutos especializados</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="4">Resultado de dividir el número de consultas médicas en consulta externa de un período, entre el número de horas-médico programadas en el mismo período.</td></tr>
<tr><td>Justificación</td><td colspan="4">Permite medir los productos alcanzados (consulta médica) por unidad de recurso disponible (hora-médico) en un tiempo dado. Así mismo permite evaluar la sub utilización o la sobre utilización del recurso hora-médico en la consulta externa.
La medición de este indicador muestra que la mayor parte de hospitales se encuentra por debajo del estándar. Es posible que parte de este valor bajo refleje falta de registro de atenciones realizadas y/o una programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.</td></tr>
<tr><td>Fórmula del Indicador</td><td colspan="4">N° de consultas médicas realizadas en consulta externa en un período
N° de horas-médico programadas en consulta externa en el mismo período</td></tr>
<tr><td>Construcción del Indicador</td><td colspan="4">Se obtendrá del cociente entre:

Numerador. - Es el número de consultas médicas realizadas en los consultorios de la UPSS Consulta Externa en un periodo de tiempo. La consulta médica es la atención que realiza el médico a un usuario que acude a la UPSS de Consulta Externa por una necesidad de salud o enfermedad. Comprende un conjunto de acciones y decisiones médicas, destinadas a establecer un diagnóstico y un tratamiento; así como el pronóstico de un caso de enfermedad. La consulta médica no incluye aquellas atenciones brindadas por el médico en los servicios de emergencia o de consulta de urgencia y los procedimientos de ayuda de diagnóstico o tratamiento que se realicen en consultorios externos. No es una consulta médica aquella brindada por otros profesionales de la salud.

Denominador. - Es el número total de horas programadas de atención en consulta médica en la UPSS Consulta Externa en el mismo período de tiempo. Se consideran los turnos médicos regulares previstos en cada consultorio y las horas programadas por servicios complementarios en salud, de acuerdo a la normatividad vigente.

Las Horas-médico programadas en consulta externa corresponden a turnos de cuatro (04) horas ininterrumpidas, que realiza el médico y están señaladas en el rol de programación de turnos de Trabajo Médico en el establecimiento de salud. Las horas restantes son destinadas a labores propias del establecimiento de salud (Referencia: Directiva Administrativa N° 207 - MINSA/DGSP- V. 01, aprobada con RM N°343-2015/MINSA).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Logro esperado</td><td colspan="4">Es el valor referencial según nivel de atención del establecimiento de salud:</td></tr>
<tr><td>I-3 y I-4</td><td>II-1 y II-2</td><td>III-1 y III-2</td><td>II-E y, III-E</td></tr>
<tr><td></td><td>4 a 5 consultas / hora-médico programada.</td><td>4 a 5 consultas / hora-médico programada.</td><td>3 a 4 consultas / hora-médico programada.</td><td>2 a 4 consultas / hora-médico programada.</td></tr>
<tr><td>Valor Umbral</td><td colspan="4">No Aplica</td></tr>
<tr><td>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</td><td colspan="4">▪ Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%
▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 80%
▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 1 unidad por encima o debajo del rango: 60%

Para los hospitales e institutos especializados con valores referenciales entre 1.5 a 2 consultas / hora-médico programada:</td></tr>
</table>

G. REVILLA S.

	▪ Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% ▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 0.25 unidad por encima o debajo del rango: 80% ▪ Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 60%
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Reporte de OGTI - MINSA, en base a datos de la Hoja HIS (numerador); programación mensual de consulta externa médica (denominador). Directiva Administrativa N° 207 - MINSA/DGSP- V. 01 (RM N°343-2015/MINSA). Los establecimientos de salud que disponen de otro sistema de registro de atenciones, este deberá ser aprobado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA.
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN)
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	Para establecimientos de atención especializada II-E, III-E y III-2, el valor referencial se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. Para las DIRIS, redes de salud se considera la medición de los establecimientos de salud I-3, I-4 y hospitales con menos o igual a 50 camas.

MINISTERIO DE SALUD - DGOS - DIRECCIÓN GENERAL

MINISTERIO DE SALUD D.G.

G. REVILLA S.

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

Nombre	**Densidad de Incidencia y/o Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas**
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	Hospital de II nivel, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	La incidencia mide la velocidad con que se propaga las IAAS (los casos nuevos o incidentes de IAAS durante un periodo de tiempo), a más casos nuevos, más rápida la propagación. Se utiliza densidad de incidencia cuando se mide el número de casos nuevos en una cantidad de persona-tiempo y la incidencia acumulada, cuando la exposición es única y sólo se espera un episodio por paciente. Para los hospitales de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado: El MINSA seleccionará 2 tipos de IAAS o Infecciones Intrahospitalarias (IIH) que tuvo las tasas más altas de incidencia respecto a los valores referenciales para su nivel de atención. Para los hospitales de II nivel con menos de 50 camas: El MINSA seleccionará 1 tipo de IAAS o Infecciones Intrahospitalarias (IIH) que se encuentre por encima de los valores referenciales para su nivel de atención; en caso contrario que las IAAS no superen los valores referenciales, se seleccionará 1 tipo de IAAS que el hospital haya incluido en su plan local de prevención y control de IIH. No participarán aquellas instituciones con tasas de cero (0) para todos los tipos de IAAS ni aquellas que notifiquen menos de 12 meses al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Los valores referenciales según el nivel de atención se encuentran publicados en el Boletín Epidemiológico N° 10 – 2019 del CDC.
Justificación	Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, el riesgo a la salud del personal sanitario y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. La vigilancia y control epidemiológico constituyen una estrategia fundamental para fortalecer la seguridad del paciente. Los siguientes Documentos Normativos tienen relación con la vigilancia, prevención y control de las IAAS o IIH: ✓ Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA. ✓ Norma Técnica N°026-MINSA/OGE-V.01. Norma Técnica de vigilancia prevención y control de las Infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA. ✓ Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP V. 01 Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA.
Fórmula del indicador	**Densidad de incidencia:** Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo x1000 Número de días- procedimiento expuesta al riesgo durante el mismo periodo. **Incidencia acumulada:** Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo x100 Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.
Construcción del indicador	**Densidad de Incidencia:** **Numerador:** Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2019. **Denominador:** Sumatoria del total de días- procedimiento o pacientes-procedimientos expuestos al riesgo durante el mismo año. Se utiliza para la medición de neumonías, infección de tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo. **Incidencia acumulada:** **Numerador**: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2019. **Denominador:** Sumatoria del total de pacientes según procedimiento durante el mismo año Se utiliza para la medición de infecciones de herida operatoria y de endometritis puerperal.

A. Gonzáles

	*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.
Logro esperado	El logro esperado será calculado para cada tipo de IAAS seleccionada: Si el valor umbral es menor o igual a la tasa referencial para su nivel de atención: Mantenerse menor o igual al valor referencial, de acuerdo a la IAAS seleccionada. Si el valor umbral es mayor a la tasa referencial para su nivel de atención: Reducir en 30% para alcanzar la tasa referencial. Si el cálculo de logro esperado resulta en tasas menores que el valor referencial, reducir la proporción que corresponda para llegar al valor referencial (<30%).
Valor Umbral	Valor del año previo.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) x100 (Logro esperado – Valor umbral) Para los hospitales de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado, corresponde al promedio alcanzado de los cálculos del porcentaje de cumplimiento para tipo de IAAS seleccionada.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Aplicativo web de notificación de las IIH -IAAS. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Se considerará el registro de la información hasta el 31 de diciembre del 2019, con cierre al 28 de febrero del 2020.
Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; en el marco de sus competencias.
Área responsable de la información	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
Notas	Los institutos que seleccionen el tipo de IAAS que no son sujetas a notificación obligatoria en la Norma Técnica de Salud de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias, proporcionarán al CDC el protocolo de vigilancia epidemiológica del tipo de IAAS incluyendo la definición de caso y metodología utilizada, así como los numeradores y denominadores para el cálculo de las tasas.

A. Gonzáles

Ficha N° 11. Promedio de permanencia cama

Nombre	**Promedio de permanencia cama**
Tipo	Indicador de desempeño
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Llamado también promedio de estancia hospitalaria. Es la relación entre el número de días de estancia de los pacientes egresados en un periodo de tiempo y el número total de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período de tiempo, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado.
Justificación	Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de la UPSS Hospitalización (subutilización o sobreutilización). Además, indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar entre otras causas, deficiencias técnicas. Este indicador puede ser influenciado por el campo clínico de establecimiento de salud (en los casos de establecimientos de atención especializada), ya que un establecimiento de salud de atención general tiene diferente promedio de permanencia que un establecimiento de salud de atención especializada.
Formula del Indicador	N° de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un período ——————————————— N° de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período
Construcción del Indicador	Se obtendrá del cociente entre: **Numerador.** - El número total de días-estancia de los egresos (o días de permanencia) se obtiene de la sumatoria de los días de hospitalización de cada paciente egresado de la UPSS Hospitalización. Los días de hospitalización se contabilizan desde el momento del ingreso del paciente a una cama de la UPSS Hospitalización hasta su egreso de esta UPSS; independientemente de su estadía en diferentes áreas o especialidades de la UPSS Hospitalización. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico. **Denominador.** - El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la UPSS Hospitalización luego de haber ocupado una cama de hospitalización. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otra UPSS (UCI, Emergencia) o por defunción. Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA y DIRIS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de asistencia social y/o del área de asuntos legales del establecimiento de salud, según corresponda.
Logro Esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 3 – 5 días / egreso Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 6 – 8 días / egreso Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. ▪ Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: 15 -17 días / egreso ▪ Hospital Hermilio Valdizán. 35 a 38 días / egreso ▪ Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi: 45 a 50 días/egreso ▪ Hospital Larco Herrera: 37 a 43 días/egreso. ▪ Instituto Nacional de Rehabilitación: 88-92 días / egreso. ▪ Instituto Nacional de Salud del Niño (Breña y San Borja): 12 a 14 días/egreso.

MINISTERIO DE SALUD P.G. G. REVILLA S.

MINISTERIO DE SALUD - DGOS DIRECCIÓN GENERAL

	▪ Instituto Materno-Perinatal y Hospital Docente Asistencial San Bartolomé: 4 – 6 dias / egreso. ▪ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: 8 – 11 días /egreso (servicios de hospitalización quirúrgica).
Valor umbral	No aplica
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 de unidad por encima o debajo del rango: 80% Si el valor calculado se encuentra hasta 1 de unidad (1 día) por encima o debajo del rango: 60% Estos criterios aplican a todos los establecimientos de salud, excepto para el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Hospital Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán, Instituto Nacional de Salud del Niño y el INEN; donde: Si el valor se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor se encuentra hasta 1 unidad (1 día) por encima o debajo del rango: 80%. Si el valor se encuentra hasta 2 unidades (2 días) por encima o debajo del rango: 60%.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Reporte de la Oficina Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, con base a la Tarjeta Resumen de Hospitalización de cada paciente o Sistema de Movimiento Hospitalario (numerador); Hoja de Censo Diario de la Enfermera (denominador) o Libro de egresos hospitalarios (denominador). Egresos hospitalarios – OGTI - MINSA
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, el valor referencial se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias, ni al Instituto Nacional de Oftalmología.

MINISTERIO DE SALUD - DGOS - DIRECCIÓN GENERAL

MINISTERIO DE SALUD V.B. G. REVILLA S.

Ficha N° 12: Disponibilidad de medicamentos esenciales.

Nombre	**Disponibilidad de medicamentos esenciales**
Tipo	Indicador de desempeño
Institución	DIRESA/GERESA, DIRIS, Redes de Salud y Hospital de II nivel con más de 50 camas, Hospital General de III nivel, Hospital e Instituto Especializado.
Definición	Este indicador mide la disponibilidad de medicamentos esenciales (considerados en el PNUME, de fecha de expiración vigente y de abastecimiento descentralizado) con un stock mayor o igual a 2 meses de existencia disponible (MED) del consumo promedio mensual ajustado (CPMA), en los establecimientos de salud del MINSA y los Gobiernos Regionales. • Para el caso de la evaluación de los establecimientos de salud con atención especializada* según RENIPRESS, se considerará su listado de medicamentos de uso propio aprobado oficialmente por su institución, más aquellos medicamentos esenciales que presenten consumo en el establecimiento, teniendo en cuenta la información registrada en el ICI remitido por la UE/EESS a través del Aplicativo informático SISMED. *R.M. N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/dgsp-v.03 "CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD". Establecimientos de salud de atención especializada: Categoría II-E, III-2 y III-E.
Justificación	Los medicamentos son fundamentales para garantizar el acceso a tratamiento adecuado y oportuno. Es necesario observar que el nivel de abastecimiento siempre sea el adecuado. La medición de este indicador nos permite evaluar la eficiencia de la gestión de abastecimiento de medicamentos esenciales (considerados en el PNUME, de fecha de expiración vigente y de abastecimiento descentralizado), a fin de que los medicamentos se encuentren disponibles oportunamente en los establecimientos de salud (con stock mayor o igual a 2 MED).
Fórmula del indicador	El indicador anual de disponibilidad de medicamentos esenciales de la DIRESA/GERESA, DIRIS, Redes de Salud y Hospital de II nivel con más de 50 camas, Hospital General de III nivel, Hospital e Instituto Especializado será el promedio de la disponibilidad de los 12, y se calcula de la siguiente manera: $= \frac{Suma\ de\ la\ disponibilidad\ de\ los\ 12\ meses}{12}$

S. VASQUEZ L.

Construcción del indicador	**Numerador del indicador.** - para hallar el numerador se realiza los siguientes pasos: 1°) Antes de comenzar la evaluación se fusionan medicamentos de igual DCI, concentración, forma farmacéutica, vía de administración, pero diferente presentación (tamaño) Ejemplo: Suspensiones orales, cremas, inyectable (con y sin diluyente), entre otros. 2°) Se calcula el Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA), el cual resulta de dividir el total del consumo de un medicamento en los últimos 12 meses entre el número de meses que haya registrado consumo. 3°) Se calcula los meses de existencia disponible (MED) para cada medicamento a partir de la división del stock que se tiene en el momento de la medición entre el consumo promedio mensual ajustado (CPMA*) ***Cálculo de los Meses de Existencia Disponible (MED) de cada medicamento:*** $$MED = \frac{Stock\ del\ medicamento}{Consumo\ Promedio\ Mensual\ Ajustado(CPMA)}$$ Pudiendo dar los siguientes resultados: • MED: =0 → Desbastecido • MED: >0 y <2 → Substock • MED: =>2 hasta <=6 → Normostock • MED: >6 → Sobrestock • Stock >0 y CPMA=0 → Sin rotación • Stock =0 y CPMA en los últimos 4 meses =0 → Sin rotación 4°) A partir del resultado de los MED de cada medicamento, se obtiene la disponibilidad por establecimiento de salud, en el cual sólo se considera disponible aquellos que se encuentran con stock igual o mayor a 2 MED (medicamentos en situación de normostock y sobrestock). No se considera en la evaluación aquellos medicamentos en situación sin rotación, ni sin consumo, Se calcula de la siguiente forma: ***% de Disponibilidad de medicamentos por EESS:*** $$= \frac{N°\ de\ medicamentos\ esenciales\ con\ stock\ igual\ o\ mayor\ a\ 2\ MED}{N°\ total\ de\ medicamentos\ esenciales\ registrados\ en\ el\ SISMED}\ x\ 100$$ 5°) Obtener la disponibilidad mensual, donde: - Para DIRIS/GERESA/DIRESA/DISA, será la mediana de la disponibilidad de sus Establecimientos de Salud que remitieron información. - Para Redes de Salud, será la mediana de sus Establecimientos de Salud que remitieron información. - Hospitales e Institutos Especializados será la disponibilidad correspondiente a su propia institución. **Denominador del indicador.** - serán los 12 meses del año evaluados.
Logro esperado	Se espera que el nivel de disponibilidad de medicamentos esenciales del indicador sea igual o mayor al 90%.

S. VÁSQUEZ L.

S. VASQUEZ L.

Valor umbral	El valor umbral es 80%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	% Cumplimiento = $\frac{Logro\ alcanzado - valor\ umbral}{Logro\ esperado - valor\ umbral} x100$ Si cumple con el logro esperado se dará el 100% del puntaje caso contrario será prorrateado según el cálculo entre el valor umbral y el logro alcanzado.
Frecuencia de medición	Sera Anual. El indicador final será el promedio simple de las doce (12) meses evaluados del al año.
Fuente de Datos	Informe de Consumo Integrado (ICI) remitido a través del aplicativo informático SISMED del Sistema Integrado de Suministro de Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios - SISMED. El ICI recoge información de consumos y stocks de los EESS, los mismos que se utilizan para efectuar el cálculo del Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) y los Meses de Existencia Disponible (MED), determinando los niveles de disponibilidad de cada EESS.
Área responsable técnica	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID
Área responsable de la información	DIGEMID – OGTI(MINSA)
Notas	DIGEMID a través de su portal web publicará el valor del logro alcanzado de forma trimestral.

Ficha N° 13. Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud (SIS).

Nombre	**Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud (SIS)**
Tipo	Indicador de desempeño
Institución	DIRESA/GERESA, REDES, DIRIS, Hospitales de II y III nivel y Hospitales e Institutos especializados, que sean Unidades Ejecutoras (UE).
Definición	Nivel de gastos de las unidades ejecutoras de los recursos presupuestales transferidos por el SIS en la fuente de financiamiento: Donaciones y Transferencias. **Fuente de Financiamiento: Donaciones y Transferencias.**
Justificación	La ejecución eficiente de los recursos públicos transferidos a las unidades ejecutoras de Lima Metropolitana y Gobiernos Regionales de Salud por parte del SIS, el cual debe estar orientada a lograr resultados con eficiencia, eficacia, economía y calidad, que garantice una mejor atención al ciudadano.
Fórmula del indicador	El indicador de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el SIS, se calcula como: % de Ejecución= Monto total devengado de los recursos transferidos por el SIS x100 Monto total transferido por el SIS
Construcción del indicador	Se evalúa la ejecución de todas las partidas presupuestales que recibieron recursos del SIS. **Numerador:** Sumatoria de los montos devengados de los recursos transferidos por el SIS a la Unidad Ejecutora. **Denominador**: Sumatoria de los montos transferidos a las Unidades Ejecutoras por parte del SIS.
Logro esperado	Para todas las Unidades Ejecutoras el logro esperado es de 90%.
Valor umbral	85%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) x100 (Logro esperado – Valor umbral)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) del Ministerio de Economía y Finanzas.
Área responsable técnica	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización - OGPPM
Área responsable de información	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización - OGPPM
Notas	No aplica

C. KUROIWA P.

Ficha 14. Establecimientos de Salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.

Nombre	**Establecimientos de Salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.**
Tipo	Indicador de desempeño
Institución	DIRESA/GERESA, DIRIS y Red de salud
Definición	Los EESS, activos y registrados en el RENIPRESS, deben tener al menos 75% de disponibilidad de equipos críticos operativos (el equipo debe estar en estado de conservación nuevo o bueno de acuerdo al SIGA-MP, para la entrega de los productos CRED, Vacunas, APN y diagnóstico de anemia en niños y las niñas, para su posterior tratamiento o suplementación.
Justificación	Para el desarrollo de las actividades de atención prenatal, vacunación, control de crecimiento y desarrollo del niño; se necesitan un conjunto de equipos e insumos críticos que deben estar en el momento oportuno y en el lugar de la prestación. (Ver Anexo N° A estándares del sector salud de equipos para la atención materna infantil). La escasa cantidad de equipos, medicamentos e insumos básicos da lugar a 1) establecimientos sanitarios desabastecidos de los mismos, desmotivando al personal para actuar a su nivel potencial, 2) deterioro de la calidad en la atención 3) perjudican las coberturas de vacunación, controles CRED en niños o de control perinatal en gestantes; y 4) no se cumplen las metas del PEI, del convenio de gestión FED y del presente convenio de gestión. Por ello, el equipo de gestión de las DIRESA/GERESA, DIRIS y redes deben asegurar que todos los equipos críticos señalados estén disponibles para la atención en cada EESS, mediante una apropiada gestión.
Fórmula del indicador de desempeño	N° de EESS con un igual o mayor al 75% disponibilidad de equipos --- N° Total de EESS
Construcción del indicador	**N° de EESS con un igual o mayor al 75% disponibilidad de equipos:** • En el Siga Patrimonio identificar los equipos prioritarios • Verificar que los EESS se cuenta con un 75% de disponibilidad de equipos en el Siga Patrimonio • Verificar que el 80% de los EESS de la DIRESA/GERESA/DIRIS cuenten con un 75% de disponibilidad de equipos en el Siga Patrimonio. **N° Total de EESS** • Número total de establecimiento de salud en la DIRESA/GERESA/DIRIS
Valor umbral	80% de establecimientos de salud, cuentan con 75% de disponibilidad de equipos críticos
Logro esperado	90% de establecimientos de salud, cuenten con 75% de disponibilidad de equipos críticos. Si el valor alcanzado es igual o mayor a las metas arriba solicitadas, según DIRESA, GERESA y DIRIS: 100% de cumplimiento.
Cálculo de porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado - valor umbral) x 100 --- (Logro esperado – valor umbral)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	SIGA-MP, Remitirse al Instructivo para la medición

Área responsable técnica	Dirección de Equipamiento y Mantenimiento – DIEM
Área Responsable de información	Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) – Dirección de Equipamiento y Mantenimiento (DIEM)
Notas:	**Bien Operativo**: aquel que se encuentra en estado de conservación nuevo o bueno en el SIGA MP. **El hemoglobinómetro** es un equipo critico indispensable que debe encontrarse en los establecimientos de salud. El no contar con este equipo indica que no se cumple con el indicador. Ver instructivo de Ficha Técnica para las precisiones de medición. Para este indicador es de importancia mantener actualizado el Módulo Siga MP, se recomienda verificar que este actualizado al mes de noviembre 2019.

INSTRUCTIVO PARA LA MEDICIÓN DEL COMPROMISO "ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE ASEGURAN LOS EQUIPOS CRÍTICOS PARA LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES SELECCIONADOS"

Objetivo: Determinar el porcentaje de los Establecimientos de Salud (EESS) que cuentan con un mínimo de 75% de disponibilidad de equipos críticos para atención de la madre y el niño (Control prenatal, CRED, Inmunizaciones, Suplementación con Multimicronutrientes).

Paso 1: Identificar en el módulo de patrimonio del SIGA los EESS que tienen registrados sus bienes patrimoniales que se encuentren en estado de conservación nuevo o bueno. Para continuar con la verificación, es requisito que el 100% de EESS de la Red tenga registro patrimonial actualizado, completo y veraz en el módulo de patrimonio del SIGA.
El responsable para la realización de esta actividad es el equipo de gestión de la red correspondiente. La DIRESA se encarga de la verificación y el llenado del SIGA MP pudiendo utilizar esta tabla. Recordar que es imprescindible que todos los EESS tengan el SIGA MP actualizado al IV trimestre

REDES de salud según el CdG suscrito	N° Total EESS activos según RENAES	N° EESS con SIGA actualizado al 2019			
		I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS					

Paso 2: Es recomendable verificar la disponibilidad por punto de atención de cada equipo crítico relacionado al PAN y SMN, según el estándar definido (Anexo N° A). Es requisito indispensable que dentro del 75% de disponibilidad de equipos críticos se cuente con hemoglobinómetro disponible. De lo contrario el criterio no se cumple. Pueden utilizar esta tabla para autoevaluar el cumplimiento del indicador:

REDES de salud según el CdG suscrito	Código RENAES de EESS	Nombre de EESS activos según RENAES	Disponibilidad de equipos operativos	
			=>75%, Incluyendo Hemoglobinómetro	<75% o sin hemoglobinómetro
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS				

Paso 3: Determinar el número y porcentaje de EESS, que disponen de al menos 75% de equipos, de acuerdo a las condiciones señaladas anteriormente y según estándares preestablecidos, cuyo indicador es "N° y % EESS con = o mayor 75% disponibilidad de equipos". Pueden utilizar esta tabla para autoevaluar el cumplimiento del indicador.

REDES de salud según el CdG suscrito	N° Total de EESS activos según RENAES	N° y % EESS con 75% disponibilidad de equipos	
		Número	%
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS			

ANEXO N° A

EQUIPOS DE ATENCION DE NIÑAS Y NIÑOS (Vacuna, CRED y suplemento de Hierro)

EQUIPOS PARA CADENA DE FRIO (CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE VACUNAS) (PARA VERIFICACIÓN EN SIGA DE LA DISPONIBILIDAD Y PROGRAMACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN CATEGORÍA)				
CATEGORÍA DE IPRESS	N°	CÓDIGO DEL ÍTEM	DESCRIPCIÓN	FUENTE
I-1	1	11225557 O	REFRIGERADOR CONGELADOR FOTOVOLTAICO PARA VACUNAS	SIGA PATRIMONIO
		112260390001 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 48 L	
		112260390002 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 75 L	
		112260390003 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 105 L	
		112260390004 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 135 L	
		112260390008 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 16 L	
		112260390009 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 20 L	
		112260390014 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 150 L	
		112260390015 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 90 L	
		112260390016 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 76 L	
		112260390017 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 125 L	
		112260390018 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINE 204 L	
		112260390019 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINE 140 L	
		11.22.6039.0020 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 70 L	
		11.22.6039.0021 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 100 L	
		11.22.6039.0022 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 160 L	
		11.22.6039.0024 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 64 L	
		11.22.6039.0026 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 63 L	
		11.22.6039.0027 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 240 L	
		11.22.6039.0028 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 218 L	
		11.22.6039.0029 O	REFRIGERADORA CONGELADORA	
		11.22.6039.0030 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 60 L	
		11226782 O	REFRIGERADORA ELECTRICA INDUSTRIAL	
		11225564 O	REFRIGERADOR FOTOVOLTAICO	
		11226188 O	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS	
		11226089	REFRIGERADORA CONGELADORA PORTATIL	
	2	53221074 O	CAJA TRANSPORTADORA DE VACUNAS	
		53649831	TERMO PORTA VACUNAS	
	3	672288020001 O	REGISTRADOR DE DATOS - DATA LOGGER	
		672288020004	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA	
		672288020005	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA CON INDICADOR DIGITAL	
I-2	1	11225557 O	REFRIGERADOR CONGELADOR FOTOVOLTAICO PARA VACUNAS	SIGA PATRIMONIO
		112260390001 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 48 L	
		112260390002 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 75 L	
		112260390003 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 105 L	
		112260390004 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 135 L	
		112260390008 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 16 L	
		112260390009 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 20 L	
		112260390014 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 150 L	
		112260390015 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 90 L	
		112260390016 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 76 L	
		112260390017 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 125 L	

EQUIPOS PARA CADENA DE FRIO (CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE VACUNAS) (PARA VERIFICACIÓN EN SIGA DE LA DISPONIBILIDAD Y PROGRAMACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN CATEGORÍA)				
CATEGORÍA DE IPRESS	N°	CÓDIGO DEL ÍTEM	DESCRIPCIÓN	FUENTE
		112260390018 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINE 204 L	
		112260390019 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINE 140 L	
		11.22.6039.0020 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 70 L	
		11.22.6039.0021 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 100 L	
		11.22.6039.0022 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 160 L	
		11.22.6039.0024 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 64 L	
		11.22.6039.0026 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 63 L	
		11.22.6039.0027 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 240 L	
		11.22.6039.0028 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 218 L	
		11.22.6039.0029 O	REFRIGERADORA CONGELADORA	
		11.22.6039.0030 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 60 L	
		11226782 O	REFRIGERADORA ELECTRICA INDUSTRIAL	
		11225564 O	REFRIGERADOR FOTOVOLTAICO	
		11226188 O	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS	
		11226089	REFRIGERADORA CONGELADORA PORTATIL	
	2	53221074 O	CAJA TRANSPORTADORA DE VACUNAS	
		53649831	TERMO PORTA VACUNAS	
	3	672288020001 O	REGISTRADOR DE DATOS - DATA LOGGER	
		672288020004	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA	
		672288020005	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA CON INDICADOR DIGITAL	
I-3	1	112260390005 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 72 L	SIGA PATRIMONIO
		112260390006 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 192 L	
		112260390007 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 264 L	
		112260390010 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 98 L	
		112260390011 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 138 L	
		112260390012 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 271 L	
		11222030 O	CONGELADORA ELECTRICA HORIZONTAL	
		11221678 O	CONGELADOR (OTROS)	
		11221920 O	CONGELADOR FOTOVOLTAICO	
		11222426 O	CONGELADORA ELECTRICA VERTICAL	
	2	11225557 O	REFRIGERADOR CONGELADOR FOTOVOLTAICO PARA VACUNAS	
		112260390001 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 48 L	
		112260390002 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 75 L	
		112260390003 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 105 L	
		112260390004 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 135 L	
		112260390008 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 16 L	
		112260390009 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 20 L	
		112260390014 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 150 L	
		112260390015 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 90 L	
		112260390016 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 76 L	
		112260390017 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 125 L	
		112260390018 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINE 204 L	
		112260390019 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINE 140 L	
		11.22.6039.0020 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 70 L	

EQUIPOS PARA CADENA DE FRIO (CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE VACUNAS) (PARA VERIFICACIÓN EN SIGA DE LA DISPONIBILIDAD Y PROGRAMACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN CATEGORÍA)				
CATEGORÍA DE IPRESS	N°	CÓDIGO DEL ÍTEM	DESCRIPCIÓN	FUENTE
		11.22.6039.0021 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 100 L	
		11.22.6039.0022 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 160 L	
		11.22.6039.0024 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 64 L	
		11.22.6039.0026 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 63 L	
		11.22.6039.0027 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 240 L	
		11.22.6039.0028 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 218 L	
		11.22.6039.0029 O	REFRIGERADORA CONGELADORA	
		11.22.6039.0030 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 60 L	
		11226782 O	REFRIGERADORA ELECTRICA INDUSTRIAL	
		11225564 O	REFRIGERADOR FOTOVOLTAICO	
		11226188 O	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS	
		11226089	REFRIGERADORA CONGELADORA PORTATIL	
	3	53221074 O	CAJA TRANSPORTADORA DE VACUNAS	
		53649831	TERMO PORTA VACUNAS	
	4	672288020001 O	REGISTRADOR DE DATOS - DATA LOGGER	
		672288020004	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA	
		672288020005	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA CON INDICADOR DIGITAL	
I-4	1	112260390005 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 72 L	SIGA PATRIMONIO
		112260390006 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 192 L	
		112260390007 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 264 L	
		112260390010 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 98 L	
		112260390011 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 138 L	
		112260390012 O	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS 271 L	
		11222030 O	CONGELADORA ELECTRICA HORIZONTAL	
		11221678 O	CONGELADOR (OTROS)	
		11221920 O	CONGELADOR FOTOVOLTAICO	
		11222426 O	CONGELADORA ELECTRICA VERTICAL	
	2	11225557 O	REFRIGERADOR CONGELADOR FOTOVOLTAICO PARA VACUNAS	
		112260390001 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 48 L	
		112260390002 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 75 L	
		112260390003 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 105 L	
		112260390004 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 135 L	
		112260390008 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 16 L	
		112260390009 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 20 L	
		112260390014 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 150 L	
		112260390015 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 90 L	
		112260390016 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 76 L	
		112260390017 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 125 L	

EQUIPOS PARA CADENA DE FRÍO (CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE VACUNAS) (PARA VERIFICACIÓN EN SIGA DE LA DISPONIBILIDAD Y PROGRAMACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN CATEGORÍA)				
CATEGORÍA DE IPRESS	N°	CÓDIGO DEL ÍTEM	DESCRIPCIÓN	FUENTE
		112260390018 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINE 204 L	
		112260390019 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINE 140 L	
		11.22.6039.0020 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 70 L	
		11.22.6039.0021 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 100 L	
		11.22.6039.0022 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 160 L	
		11.22.6039.0024 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 64 L	
		11.22.6039.0026 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 63 L	
		11.22.6039.0027 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 240 L	
		11.22.6039.0028 O	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 218 L	
		11.22.6039.0029 O	REFRIGERADORA CONGELADORA	
		11.22.6039.0030 O	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 60 L	
		11226782 O	REFRIGERADORA ELECTRICA INDUSTRIAL	
		11225564 O	REFRIGERADOR FOTOVOLTAICO	
		11226188 O	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS	
		11226089	REFRIGERADORA CONGELADORA PORTATIL	
	3	53221074 O	CAJA TRANSPORTADORA DE VACUNAS	
		53649831	TERMO PORTA VACUNAS	
	4	672288020001 O	REGISTRADOR DE DATOS - DATA LOGGER	
		672288020004	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA	
		672288020005	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA CON INDICADOR DIGITAL	

EQUIPOS PARA ATENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) Y SUPLEMENTACION CON HIERRO (PARA VERIFICACIÓN EN SIGA DE LA DISPONIBILIDAD Y PROGRAMACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN CATEGORÍA)				
N°	CÓDIGO DEL ÍTEM	ÍTEM CATÁLOGO B/S	CATEGORÍA DE IPRESS	FUENTE
1	602208560001	BALANZA PEDIATRICA	TODAS	SIGA PATRIMONIO
	602208560015	BALANZA PEDIATRICA DIGITAL DE 20 KG		
	602208560009	BALANZA PEDIATRICA DE SOBREMESA		
	602206160046	BALANZA NEONATAL DIGITAL		
	602208560014	BALANZA PEDIATRICA DIGITAL		
	602208560005	BALANZA PEDIATRICA MECANICA SOBREMESA		

	602207380001	BALANZA DIGITAL		
	602208560018	BALANZA PEDIATRICA DE PIE		
	602208560004	BALANZA PEDIATRICA ELECTRONICA		
	602208560006	BALANZA PEDIATRICA DE 0 - 20 KG		
	602206720017	BALANZA DE PLATAFORMA TIPO RELOJ DE 25 KG		
	602206160020	BALANZA NEONATAL DIGITAL X 20 KG		
	602207850013	BALANZA ELECTRONICA DIGITAL		
	602208560023	BALANZA PEDIATRICA DE MESA DIGITAL		
	602206160013	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 5 KG		
	602206160034	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 0 A 20 G		
	602208560008	BALANZA PEDIATRICA CON PLATAFORMA DE ACERO DE 20 KG		
	602206160051	BALANZA DIGITAL PORTATIL X 20 KG		
	602206160074	BALANZA DE PIE DIGITAL DE 200 KG		
	602206860044	BALANZA DE PRECISION DE 20 KG		
	602206160012	BALANZA DIGITAL PARA LACTANTE CAPACIDAD 16 KG		
	602208560003	BALANZA PEDIATRICA DE MESA SIN TALLIMETRO		
	602208420011	BALANZA MECANICA DE 20 KG		
	602208130002	BALANZA ELECTRONICA NEONATAL DE 20 KG		
	602207850022	BALANZA ELECTRONICA DIGITAL DE 20 KG		
	602206720004	BALANZA DE PLATAFORMA DE 15 KG		
	602206860045	BALANZA DE PRECISION DE 15 KG		
	602207850016	BALANZA ELECTRONICA DE 30 KG		
	602206860027	BALANZA DE PRECISION DIGITAL DE 30 KG PRECISION 1 G		
	602206160071	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 12 KG		
	602207850003	BALANZA ELECTRONICA 0 A 12 KG		
	602208560022	BALANZA PEDIATRICA DE 18 KG		
	602208560021	BALANZA PEDIATRICA DE 12 KG		
	602208560007	BALANZA DE SOBREMESA NEONATAL		
2	60225000	INFANTOMETRO	TODAS	SIGA PATRIMONIO
3	602282380001	TALLIMETRO (MAYOR A 1/4 UIT) > 1 ITEM EN + DE 1 CONSULTORIO		
	536461420001	MESA METALICA CON TALLIMETRO		
	536451900003	MESA DE EXAMEN PEDIATRICO CON TALLIMETRO		
	602282380003	TALLIMETRO DE MADERA		
	602282380007	TALLIMETRO MOVIL		
	602282380009	TALLIMETRO DE ALUMINIO		
	602282380005	TALLIMETRO FIJO		
	602282380018	TALLIMETRO (MAYOR A 1/4 UIT). PEDIATRICO		
	602282380022	TALLIMETRO (MAYOR A 1/4 UIT) DE MADERA MÓVIL PEDIATRICO.		
	602282380024	TALLIMETRO (MAYOR A 1/4 UIT) DE MELAMINA		
	646200050051	TALLIMETRO DESARMABLE DE MADERA PEDIÁTRICO (MENOR A ¼ DE UIT)		SIGA BIENES CORRIENTES
	"646200050052	TALLIMETRO DE MADERA PEDIÁTRICO (MENOR A ¼ DE UIT)		

4	53647570	MESA METALICA RODABLE PARA CURACIONES	TODAS	SIGA PATRIMONIO
	536476650001	MESA METALICA RODABLE PARA MULTIPLE USO		
	53643096	COCHE METALICO PARA CURACIONES		
5	53226665	HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL	TODAS	SIGA PATRIMONIO
6	536425250034	CAMILLA DE METAL PEDIÁTRICA		
	536478790004	MESA PARA EXAMEN MÉDICO LACTANTE		
	53645190	MESA DE EXAMEN PEDIATRICO		

EQUIPO PARA LA ATENCIÓN DE GESTANTES (ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA)

EQUIPOS PARA ATENCIÓN PRENATAL RENFOCADA (CON EXÁMENES DE LABORATORIO) (Para verificación en SIGA de la disponibilidad y programación en establecimientos de salud según Categoría)				
N°	Código del ítem	ítem Catálogo B/S	Categoría de IPRESS	Fuente
1	46226937	LAMPARA ELECTRICA (MAYOR A 1/4 UIT) CUELLO DE GANSO RODANTE (F)	TODAS	SIGA PATRIMONIO
	53227182	LAMPARA INCANDESCENTE TIPO CUELLO DE GANSO		SIGA PATRIMONIO
2	53223096	DETECTOR DE LATIDOS FETALES DE SOBREMESA	TODAS	SIGA PATRIMONIO
	53223191	DETECTOR FETAL		
	532248020002	EQUIPO DOPPLER VASCULAR (LATIDOS FETALES)		
	532248020003	EQUIPO DOPPLER FETAL PORTATIL		
	53226393	FETOSCOPIO (F)		
3	53642715	CAMILLA METALICA PARA EXAMEN GINECOLOGICO	TODAS	SIGA PATRIMONIO
	53645000	MESA (DIVÁN) UNIVERSAL PARA EXÁMEN DE GINECOLOGIA Y UROLOGIA		
4	60220652	BALANZA DE PIE CON TALLIMETRO	TODAS (Opcional a 5 Y 6)	SIGA PATRIMONIO
5	602206160001	BALANZA (OTRAS)	TODAS	SIGA PATRIMONIO
	602206160067	BALANZA DE PIE		
	602206160066	BALANZA DE PIE DIGITAL DE 150 kg		
	602206720001	BALANZA DE PLATAFORMA		
	602206160052	BALANZA DE PIE DE 150 kg		
	602206160026	BALANZA DIGITAL PARA ADULTO X 200 kg		
	602207850001	BALANZA ELECTRONICA		
	602206160072	BALANZA DE PIE DIGITAL DE 140 kg		
	602206160023	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 200 kg		
	602206160063	BALANZA DE PIE DE 120 kg		
	602206160064	BALANZA DE PIE DE 130 kg		
	602206720014	BALANZA DE PLATAFORMA MECANICA		
	602206160077	BALANZA DE PIE DE 160 kg		
	602206160050	BALANZA DE PIE DE 100 kg		
	602206160044	BALANZA DIGITAL PARA ADULTO DE 0 A 220 kg		
	602206860001	BALANZA DE PRECISION		
	602206160016	BALANZA DE PIE		
	602207850014	BALANZA ELECTRONICA CON PLATAFORMA DE 150 Kg		
	602207380001	BALANZA DIGITAL		
	602207380009	BALANZA DIGITAL 180 kg		
	602206720006	BALANZA DE PLATAFORMA DE 250 kg		
	602207380003	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 100 kg		
	602206160065	BALANZA DE PIE DE 125 kg		
	602206720002	BALANZA DE PLATAFORMA DE 500 kg		
	602206720010	BALANZA DE PLATAFORMA DIGITAL DE 60 kg		
	602206860006	BALANZA ELECTRICA DIGITAL		
	602206160031	BALANZA PARA ADULTO		
	602206520005	BALANZA DE PIE PORTATIL		
	602206520002	BALANZA DE PIE DIGITAL X 150 KGR		

EQUIPOS PARA ATENCIÓN PRENATAL RENFOCADA (CON EXÁMENES DE LABORATORIO) (Para verificación en SIGA de la disponibilidad y programación en establecimientos de salud según Categoría)				
N°	Código del Ítem	Ítem Catálogo B/S	Categoría de IPRESS	Fuente
	602208420003	BALANZA MECANICA DE PLATAFORMA		
	602207850021	BALANZA ELECTRONICA DIGITAL DE 100 kg		
	602206520006	BALANZA DE PIE X 120 KG		
6	602282380021	TALLÍMETRO (Mayor a 1/4 UIT) DE MADERA MÓVIL PARA ADULTOS	TODAS	SIGA PATRIMONIO
	602282380001	TALLIMETRO (MAYOR a 1/4 UIT) (> 1 item y + 2consultorios)		
	602282380008	TALLIMETRO MOVIL DE MADERA X 1.98 M X 3 CUERPOS		
	140900010010	TALLIMETRO DE METAL PARA ADULTO 2.00 MT		
	602282380004	TALLIMETRO DE PIE		
	602282380011	TALLIMETRO DE MADERA PARA ADULTO		
	602282380020	TALLIMETRO (MAYOR a 1/4 UIT). MÓVIL		
	602282380023	TALLÍMETRO (Mayor a 1/4 UIT) DE MADERA FIJO PARA ADULTOS		
	"646200050053	TALLIMETRO DE MADERA ADULTO (MENOR A ¼ DE UIT)		SIGA BIENES CORRIENTES
7	60224604	GLUCOMETRO	A partir de I-3	SIGA PATRIMONIO
8	60228762	TENSIOMETRO	todas	SIGA PATRIMONIO
9	53222049	CENTRIFUGA PARA TUBOS	A partir de I-3	SIGA PATRIMONIO
	53222069	CENTRIFUGA HEMATOCRITO ESTANDAR		

Ficha N° 15. Establecimientos de Salud que aseguran los medicamentos e insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.

Nombre	Establecimientos de Salud que aseguran los medicamentos e insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.
Institución	DIRESA/GERESA, DIRIS y Redes de salud
Definición	Los EESS, activos y registrados en el **RENIPRESS**, tienen disponibilidad de al menos 75% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos por el Sector para la entrega de los productos CRED, Vacunas, APN y suplementación de hierro a los niños, las niñas y las gestantes.
Justificación	Para el desarrollo de las actividades de atención prenatal, vacunación, control de crecimiento y desarrollo del niño; se necesitan un conjunto de medicamentos e insumos críticos que deben estar en el momento y el lugar de la prestación. (**Ver Anexo A**), estándares del sector salud de medicamentos e insumos críticos para la atención materna infantil). La escasa cantidad de medicamentos e insumos básicos da lugar a 1) establecimientos sanitarios desabastecidos de los mismos, desmotivando al personal para actuar a su nivel potencial, 2) deterioro de la calidad en la atención (es usual que los pacientes adquieran los medicamentos que necesitan), 3) perjudican las coberturas de vacunación, controles CRED en niños o de control perinatal en gestantes; y 4) no se cumplen las metas del convenio de gestión. Por ello, el equipo de gestión de las DIRESA, DIRIS y redes deben asegurar que todos los medicamentos e insumos críticos señalados estén disponibles para la atención en cada EESS, mediante una apropiada gestión.
Logro Esperado y Porcentaje de Cumplimiento	90% de los establecimientos de salud, con 75% de disponibilidad de medicamentos e insumos críticos. Si el valor alcanzado es igual o mayor a las metas arriba solicitadas, según DIRESA, GERESA/Redes y DIRIS: 100% de cumplimiento.
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública - DGIESP
Área responsable de información	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud – CENARES
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	SISMED. Remitirse al Instructivo para la medición.
Nota	Ver instructivo de Ficha Técnica para las precisiones de medición. Medición del indicador se realizará con data de diciembre 2019.

INSTRUCTIVO PARA LA MEDICIÓN DEL COMPROMISO "ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE ASEGURAN LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS CRÍTICOS PARA LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES SELECCIONADOS"

Objetivo: Determinar el porcentaje de los Establecimientos de Salud (EESS) que cuentan con un mínimo de 75% de disponibilidad de medicamentos e insumos críticos para la atención de la madre y el niño (Control prenatal, CRED, Inmunizaciones, Suplementación con Multimicronutrientes).

Paso 1: Verificar en la base de datos del **SISMED**, la disponibilidad por punto de atención de **insumos críticos** (vacunas contra rotavirus y neumococo, multimicronutrientes, reactivos y medicamentos), según estándar definido por el MINSA[12]. (**Anexo A**).

Paso 2: Verificar que dentro de los establecimientos que cuentan con 75% de disponibilidad de insumos críticos, **se tengan disponibles los siguientes insumos**: Microcubeta para medición de Hemoglobina (a partir de I-3) y Tiras

[12] Los ítems del 1 al 10 del estándar se evalúan según el procedimiento y normatividad establecida por MINSA, es decir, se considera que la disponibilidad es adecuada cuando el stock alcanza para 1 a 6 meses. Los ítems 11 al 19 se evalúan sólo con el stock existente en el mes de evaluación.

para: VIH-Sífilis (opcional a VIH y Sífilis), VIH, Sífilis y Orina; de lo contrario el criterio no se cumple. Completar las Tablas:

REDES de salud según el CdG suscrito	Código RENIPRESS de EESS	Nombre de EESS activos según RENIPRESS	**Disponibilidad de Insumos**	
			=>75% (Microcubeta, Hemoglobina (método manual a partir de I-3; Tiras reactivas VIH, Sífilis, y Orina)	**<75%** o sin (Microcubeta, Hemoglobina (método manual a partir de I-3; Tiras reactivas VIH, Sífilis, y Orina)
TOTAL, DIRESA/ GERESA, DIRIS				

REDES de salud según el CdG suscrito	Código RENIPRESS de EESS	Nombre de EESS activos según RENIPRESS	**Disponibilidad de medicamentos**	
			=>75%	**<75%**
TOTAL, DIRESA/ GERESA, DIRIS				

A. Gonzáles

Paso 3: Determinar el número y porcentaje de EESS, que disponen de al menos 75% de medicamentos e insumos, de acuerdo a las condiciones señaladas anteriormente y según estándares preestablecidos. Completar Tabla

REDES de salud según el CdG suscrito	N° Total EESS activos según RENIPRESS	**N° y % EESS con =>75% disponibilidad de**			
		Medicamentos		**Insumos críticos**	
		Número	%	Número	%
TOTAL, DIRESA/ GERESA, DIRIS					

ANEXO N° A

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

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENTREGA DE VACUNA, CRED, SUPLEMENTO DE HIERRO, ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
N°	Cod_sismed	Cod_SIGA	Descripción	Categ/Observación	Fuente
1	30978	584300010006	VACUNA ANTINEUMOCOCICA CONJUGADA 13 – VALENTE INY 1 DOSIS	Todas	
2	18331	584300220001	VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS PVL 1 DOSIS	Todas	SISMED
3	6437	584300140001	VACUNA ANTIPAROTIDITIS, RUBEOLA Y SARAMPION 700 DCI/0.5 mL INY 1 DOSIS	Todas	SISMED
4	2187	583600220011	CLORHEXIDINA GLUCONATO 4 g/100 mL (4 %) 1 L	Todas	SISMED
	2176	583600220010	CLORHEXIDINA 2 g/100 mL 1 L SOL		
	2157	583600220043	CLORHEXIDINA 5 g/100 mL 1 L JABON		
	26608	495700340082	CLORHEXIDINA GLUCONATO 2 g/100 mL 1 L SOL		
	16019	495700340054	CLORHEXIDINA GLUCONATO + CETRIMIDA 1.5 g/100 mL + 15 g/100 mL SOL 1 L		
	2160	583600220044	CLORHEXIDINA		
	30498	"139200500001	GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS x 1 L UNI		
	32303	"139200100153	JABON GERMICIDA LIQUIDO CON VALVULA PARA DISPENSAR 1 L		
	30796	"583600220003	CLORHEXIDINA 0.05 g/100 mL JABON 250 MI		
	41979	"583600220053	CLORHEXIDINA 0.05 g/100 mL JABON 500 MI		
	30036	"139200500009	GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS X 500 mL APROX		
	11338	"139200100090	JABON GERMICIDA LIQUIDO X 1 L		
5	20575	585700010030	OTRAS COMBINACIONES DE MULTIVITAMINAS PLV 1 g	Todas	SISMED
6	200	582800250001	ACIDO FOLICO, 500 ug (0.5 mg) TAB		
7	808	580700100007	AMOXICILINA, 500 mg TAB	Todas	SISMED
8	3513	582800240001	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO (Equivalente de Hierro elemental) 400 ug + 60 mg TAB	Todas	SISMED
9	3517	582800230012	FERROSO SULFATO 15 mg de Fe/5 mL JBE 120 mL	Todas (Opcional 5)	SISMED
	3519	582800230013	FERROSO SULFATO 15 mg de Fe/5 mL JBE 180 mL		
	3529	582800230030	FERROSO SULFATO 175 mg/5 mL JBE 180 mL		
	01759	"582800080003	HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/5 mL JBE 100 MI		

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles
MINISTERIO DE SALUD DGOS DIRECCIÓN GENERAL

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENTREGA DE VACUNA, CRED, SUPLEMENTO DE HIERRO, ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
N°	Cod_sismed	Cód° SIGA	Descripción	Categ/Observación	Fuente
	33524	582800080005	HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/5 ml Jarabe x 150 ml		
	3542	582800230035	FERROSO SULFATO 75 mg/5 mL JBE 150 mL		
	3543	582800230021	FERROSO SULFATO 75 mg/5 mL JBE 180 Ml		
10	3535	582800230015	FERROSO SULFATO 15 mL 25 mg de Fe/mL SOL	Todas(Opcional a 5 y 9)	SISMED
	3536	582800230005	FERROSO SULFATO 25 mg de Fe/mL SOL 30 mL		
	19223	582800230007	FERROSO SULFATO HEPTAHIDRATO 25 mg de Fe/mL SOL 20 mL		
	3560	582800080001	HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 30 mL		
	28551	582800080004	HIERRO POLIMALTOSA 50 mg/mL SOL 20 mL		
	37039	582800080006	HIERRO POLIMALTOSA 25 mg/mL SOL 20 mL		
11	22938	351100020397	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 10 PARAMETROS X 150 DETERMINACIONES	Todas	SISMED
	24189	351100020488	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS - - UNI -		
	19940	351100020398	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 10 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES		
	21934	351100020400	TIRA REACTIVA PARA ORINA KIT 100 DET		
	12521	351100020402	TIRA REACTIVA PARA ORINA		
	31963	351100020038	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 10 PARAMETROS UNI-		
	20455	351100020399	TIRA REACTIVA PARA ORINA DE 11 PARAMETROS X 100 DETERMINACIONES		
12	28776	358600092821	PRUEBA RÁPIDA PARA VIH SIFILIS X 25 DETERMINACIONES	Todas (Opcional a 13 y 14)	
	31100	355800020251	PRUEBA RÁPIDA PARA VIH 1-2 Y SÍFILIS		
	30435	355800020121	PRUEBA RÁPIDA PARA VIH 1-2 Y SÍFILIS X 30 DETERMINACIONES		
13	28801 28385	358600090351	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 100 DETERMINACIONES	Todas	SISMED
	18422	358600090352	PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 20 DETERMINACIONES		
	22380	358600091102	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 25 DETERMINACIONES		
	19525	358600091652	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 96 DETERMINACIONES		
	22148	358600091222	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 30 DETERMINACIONES		

MINISTERIO DE SALUD DG A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DGOS

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENTREGA DE VACUNA, CRED, SUPLEMENTO DE HIERRO, ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
N°	Cod_sismed	Cod_SIGA	Descripción	Categ/ Observación	Fuente
	10913	358600091594	ANTICUERPO ANTI VIH 1-2 ELISA X 192 DETERMINACIONES		
	10914	358600090790	ANTICUERPO ANTI VIH 1-2 ELISA X 96 DETERMINACIONES		
	27670	358600092818	ANTICUERPO ANTI VIH 1-2 ELISA X 30 DETERMINACIONES		
	32436	358600091405	VIH 1-2 ELISA 4ta GENERACION X 96 DETERMINACIONES		
	19310	358600091543	PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 50 DETERMINACIONES		
	28802	358600091550	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 80 DETERMINACIONES		
	17705	358600091371	PRUEBA RÁPIDA PARA VIH 1-2 X UND		
	28805	358600090861	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 EN CASSETTE X 200 DETERMINACIONES		
	28803 18753	358600091153	PRUEBA RAPIDA PARA VIH (1 + 2) UNI 50 DET		
	22149	358600091465	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1-2 X 20 DETERMINACIONES		
	18421	358600091545	PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 30 DETERMINACIONES		
	19224	358600091546	PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 25 DETERMINACIONES		
	28804	358600091544	PRUEBA RAPIDA PARA VIH X 40 DETERMINACIONES		
	23171	358600091392	PRUEBA PARA VIH ELISA 4ta GENERACION 96 DET KIT		
	32525	"358600093136	PRUEBA INMUNOCROMATOGRAFICA PARA VIH I + II 4TA GENERACIÓN X 30 DETERMINACIONES		
	18249	358600091284	PRUEBA PARA VIH ELISA 4ta GENERACION 192 DET KIT		
14	11780	358600091848	RPR X 500 DETERMINACIONES	Todas	SISMED
	19403	358600091973	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 500 DETERMINACIONES		
	19859	358600092048	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 100 DETERMINACIONES		
	31383 22147	358600092337	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 30 DETERMINACIONES		
	30773	358600090358	KIT RPR SIFILIS CON CONTROLES (POSITIVO Y NEGATIVO) X 500 DETERMINACIONES		

MINISTERIO DE SALUD DG A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD - DGOS DIRECCION GENERAL

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENTREGA DE VACUNA, CRED, SUPLEMENTO DE HIERRO, ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
N°	Cod_sismed	Cod_SIGA	Descripción	Categ/Obser	Fuente
	18263	358600090613	SIFILIS ELISA X 96 DETERMINACIONES		
	11778	358600030768	ANTIGENO RPR X 100 DETERMINACIONES		
	28808	358600091049	RPR X 200 DETERMINACIONES		
	11779	358600030767	RPR X 250 DETERMINACIONES		
	23653	358600091227	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) (UNIDAD)		
	25666	358600091185	RPR X 500 DETERMINACIONES C/CONTROLES, AGUJA CALIBRADA A 17 UL		
	28249	358600092913	PRUEBA RÁPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 250 DETERMINACIONES		
	28806 23457 31813	358600092652	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 40 DETERMINACIONES		
	28807	358600092658	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 50 DETERMINACIONES		
	19398	358600091973	PRUEBA RAPIDA PARA DIAGNOSTICO DE SIFILIS (RPR) X 500 TERMINACIONES		
15	16688	512000370001	LANCETA DESCARTABLE		
	18415	512000370014	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE ADULTO		
	18859	512000370007	LANCETA DESCARTABLE ADULTO	Todas	SISMED
	28814	512000370010	LANCETA DESCARTABLE ADULTO X 100		
	23521 33304	512000370015	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE ADULTO X 100		
	21377	512000370014	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE ADULTO		
	41350	512000370032	LANCETA DESCARTABLE RETRÁCTIL 28 G X 1.5 mm		
	19725		LANCETA ESTERIL DESCARTABLE X 200 UNIDADES		
	29117	512000370003	LANCETA DESCARTABLE X 200		
	11393	512000370001	LANCETA DESCARTABLE		
	41678	512000370038	LANCETA DESCARTABLE NO RETRÁCTIL 30 G		
	29108	"512000370024	LANCETA RETRÁCTIL CON 3 NIVELES DE PROFUNDIDAD X 200		
	41694	"512000370052	LANCETA DESCARTABLE RETRACTIL 23 G GRADUABLE X 1.3.mm, 1.8 mm, 2.3 mm		
	30586	512000370027	LANCETA RETRÁCTIL CON 3 NIVELES DE PROFUNDIDAD		
16	21355	512000370022	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE PEDIATRICA X 200 UNIDADES UNI		
	18414	512000370006	LANCETA DESCARTABLE PEDIATRICA		

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD DGOS DIRECCIÓN GENERAL

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENTREGA DE VACUNA, CRED, SUPLEMENTO DE HIERRO, ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
N°	Cod_sismed	Cod_SIGA	Descripción	Categ/Observación	Fuente
	41351	*512000370033	LANCETA DESCARTABLE RETRÁCTIL 29 G X 1.5 mm		
	29108	512000370024	LANCETA RETRÁCTIL CON 3 NIVELES DE PROFUNDIDAD X 200		
	41694	*512000370052	LANCETA DESCARTABLE RETRACTIL 23 G GRADUABLE X 1.3.mm, 1.8 mm, 2.3 mm		
	30586	512000370027	LANCETA RETRÁCTIL CON 3 NIVELES DE PROFUNDIDAD		
	23303	512000370016	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE PEDIATRICA x 100		
	31459	512000370019	LANCETA DESCARTABLE PEDIATRICA x 200		
	23445	512000370013	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE PEDIATRICA		
17	23113	354700010016	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 10 mL (KIT)	Desde I-3	SISMED
	38036	354700010127	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 5 mL		
	35119	354700010181	GRUPO SANGUINEO (ANTI A-B-D FACTOR RH) X 160		
18	28397	512000260193	CUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINA DE ANALIZADOR HEMATOLOGICO AB HEMOCUE X 200	Todas	SISMED
	21930	511000080592	TUBO CAPILAR PARA HEMATOCRITO CON HEPARINA X 100 UNIDADES		
	10436	511000080568	TUBO CAPILARES PARA HEMATOCRITO CON HEPARINA		
	28782 19698	512000260252	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINÓMETRO 10 uL.		
	28397	512000260193	CUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINA DE ANALIZADOR HEMATOLOGICO AB HEMOCUE X 200 (RE)		
	28781	512000260008	CUBETA PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCUE X 200 (RE)		
	33891	512000260309	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCUE HB 201 UNIDAD		
	33481	512000260310	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCONTROL UNIDAD		
	28780	512000260277	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCONTROL POR 50		
	28779	512000260278	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCUE HB 201 POR 50		
	23300	512000260013	MICROCUBETA PARA EQUIPO HEMOCUE 201 PLUS X 100 UNI		

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD - DGOS - DIRECCIÓN GENERAL

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENTREGA DE VACUNA, CRED, SUPLEMENTO DE HIERRO, ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
N°	Cod_sismed	Cod_SIGA	Descripción	Categ/Observación	Fuente
	23311	512000260278	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINÓMETRO HEMOCUE HB 201 X 50		
	24767	512000260199	MICROCUBETA DE POLIESTIRENO DESCARTABLE PARA EQUIPO HEMOCONTROL X 50 UNIDADES		
	31181	512000260267	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINÓMETRO PORTÁTIL X 50		
	29234	512000260266	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINÓMhETRO PORTÁTIL		
	29081	512000260308	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCUE HB 301 POR 50		
	28778	512000260279	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL POR 200		
	28777	512000260280	MICROCUBETA DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETROPORTATIL		
19	10539 31451	351100020466	HEMOGLOBINA METODO MANUAL X 200 DETERMINACIONES	Desde I-3. Opcional a 18	SISMED
	20179	351100020590 o	HEMOGLOBINA METODO MANUAL X 20 DETERMINACIONES		
	19299	351100020843	HEMOGLOBINA METODO MANUAL X 100 DETERMINACIONES		
	38680	583900450006.	LEVONORGESTREL 750 µg X 2 TAB (BLISTER)		
	29945	583900450005	LEVONORGESTREL 1.5 mg TABLETA		

La actualización de los listados de ítems y códigos es periódica, se realiza en coordinación con el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, tomando como referencia las actualizaciones del Catálogo de Bienes, Servicios y Obras del MEF y los datos del SISMED. **Hasta un mes antes de la fecha de corte.**

- Los ítems 1 al 10 del estándar se evalúan según el procedimiento y normatividad establecida por DIGEMID-MINSA, es decir, se considera que la disponibilidad es aceptable cuando el stock alcanza para 1 mes o más de un mes; el consumo promedio se calcula en función a los 6 meses previos al mes de evaluación. Los ítems 11 al 19 se evalúan sólo con el stock existente en el mes de la evaluación.
- Las IPRESS deben disponer de LANCETAS (para niño y adulto), MICROCUBETA, HEMOGLOBINA METODO MANUAL (opcional a microcubetas a partir de la categoría I-3), PRUEBAS PARA VIH, PRUEBAS PARA SÍFILIS, PRUEBA RÁPIDA PARA VIH-SÍFILIS (opcional a PRUEBAS PARA VIH y PRUEBAS PARA SÍFILIS) y PRUEBAS PARA ORINA dentro del 90% de insumos críticos disponibles, según el estándar definido por el MINSA.
- La fuente de datos para el análisis de la información es la base de datos del SISMED del nivel nacional, es obtenida desde la siguiente dirección electrónica: (ftp.minsa.gob.pe/sismed/SISMEDV2.0/informacion).
- No se requiere el envío al CENARES, de bases de datos de las direcciones regionales de salud para este indicador.
- Fuente de información: Base de datos SISMED al 31 de diciembre del 2019 (ICI).

A. Gonzáles

Ficha N° 16. Fortalecimiento del monitoreo de la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario.

Nombre	Fortalecimiento del monitoreo de la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital III nivel e institutos especializados.	
Definición	El monitoreo de la adherencia a la higiene de manos se hace relevante y necesaria, siendo ésta una medida conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o anticrobiano. Se considera la técnica de lavado y de fricción de manos y los cinco momentos de la Estrategia Multimodal de Higiene de Manos de la OMS, cuya metodología pretende modificar el comportamiento del personal de la salud para el mejor cumplimiento de la higiene de manos, mejorando así la seguridad en la atención del paciente.	
Justificación	En el marco del Primer Reto Global de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS: "Una atención limpia es una atención más segura", a la cual el Perú se suscribe con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad y seguridad de la atención de salud que se brinda en los establecimientos de salud a nivel nacional y aprueba con RM N° 255-2016 /MINSA, la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud, con el objetivo de establecen los procedimientos para la implementación del proceso de higiene de manos por parte del personal de salud, como uno de los mecanismos para disminuir los riesgos de trasmisión de infecciones entre pacientes y el personal de salud, en los establecimientos de salud.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Criterio 1: Promoción de la higiene de manos sanitario. Informe documentado de actividades realizadas por Dia Mundial de la Higiene de Manos Sanitario (5 de mayo) en referencia a Of. Circ N°118-2019-DVMPAS/MINSA). Plazo: junio 2019	Cumple con lo establecido 40%
	Criterio 2: Cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos. 2.1 Informe semestral de monitoreo o supervisión del cumplimiento de la higiene de manos por parte del personal médico y no médico, en las áreas críticas: emergencia, cuidados intensivos, cuidados intermedios, vigilancia intensiva, centro quirúrgico y centro obstétrico, se adjunta muestra de fichas de supervisión utilizadas. Plazo: Julio 2019 y enero 2020 Se mostrará cargo de que los informes fueron remitidos de hospital a DIRESA/GERESA/DIRIS y de estos a MINSA y de Institutos Nacionales a MINSA.	Cumple con las acciones según lo establecido 60%
	2.2 Porcentaje de la adherencia o cumplimiento a la higiene de manos del personal médico y no médico deberá ser = o > al 60%	
Fuente de datos	Informe preparado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud -UFGCS, en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, hospitales e Institutos de Lima Metropolitana y Regiones.	
Área responsable técnica y de la información	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud -UFGCS	
Frecuencia de medición	Anual	

Ficha N° 17. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Nombre	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, Hospital General de III nivel e Institutos Especializados.	
Definición	La Lista de verificación de la seguridad de la cirugía es el conjunto de controles, barreras y prácticas de seguridad a ser aplicados por el equipo de salud quirúrgico con la finalidad de garantizar la seguridad de la cirugía y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas durante la intervención quirúrgica de un paciente, lo cual conlleva a una reducción del número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables	
Justificación	Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. La falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo y en nuestro país. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren reingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Nuestro país no es ajeno a esta realidad, por ello mediante Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA se aprobó la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para ser implementada en todos los establecimientos de salud y mediante Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA se aprobó la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el marco del Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente "La Cirugía Segura Salva Vidas", establecido en la Alianza Mundial por el Paciente (2004 OMS), Política Nacional y Sistema de Gestión de Calidad en Salud de nuestro país. La citada Guía Técnica tiene por finalidad disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1.- Designación formal del Coordinador o responsable de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. **Plazo:** Julio 2019. **Fuente Auditable:** Acto Resolutivo o Documento Oficial que formalice la designación de coordinador por cada turno quirúrgico, remitido por cada Hospital a la DIRESA/GERESA/DIRIS. En el caso de los Institutos Nacionales Especializados, el documento oficial deberá ser remitido al MINSA-DVMPAS-UFGCS	Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2, en los plazos establecidos. 60%
	2.- Ejecución de la encuesta semestral por parte del Equipo Conductor del establecimiento de salud de II y III nivel de atención, aplicando anexo N° 02 de la de la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, aprobada por Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. **Plazo:** Julio y diciembre 2019. Se precisa que dicho documento es un formato de autoevaluación sobre el cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía que lo aplica por única vez por semestre el Equipo Conductor del establecimiento de salud. **Fuente Auditable:** Copia del formato de autoevaluación (encuesta según la norma) debidamente suscrita por el director del establecimiento de salud y por un integrante del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del establecimiento de salud. Dicha copia deberá ser remitida a la DIRESA/GERESA/DIRIS. En caso de Institutos Especializados deberá ser remitido a su Dirección General.	

	3.- Envío de la Encuesta aplicada a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud (UFGCS) del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud (DVMPAS) por parte de DIRESA/GERESA/DIRIS e Institutos Especializados. **Plazo:** Julio 2019 y enero 2020. **Fuente Auditable:** Copia del formato de autoevaluación debidamente llenado y suscrito según pautas dadas en el numeral anterior. Dichos formatos deberán ser remitidos por la DIRESA/GERESA/DIRIS (que incluye a Hospitales de su jurisdicción) y los Institutos Especializados de Lima Metropolitana a la UFGCS-DVMPAS; la encuesta del II Semestre será remitida conjuntamente con el informe de la evaluación anual de este compromiso de mejora. Debe considerarse por cada establecimiento de salud la aplicación y envío de la encuesta por cada semestre.	Cumple con las acciones de los ítems 3 y 4, en los plazos establecidos 40%
	4.- Difusión de los resultados de la evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, entre el personal de salud involucrado en la atención quirúrgica del establecimiento de salud de II y III nivel de atención. **Plazo:** Julio 2019 y Enero 2020 **Fuente Auditable:** Informe del Equipo conductor del establecimiento de salud remitido a la DIRESA/GERESA/DIRIS (que incluye a Hospitales de su jurisdicción) y de los Institutos Especializados de Lima Metropolitana, remitida a la UFGCS-DVMPAS mediante el cual se evidencia la siguiente documentación: Cargo de documento oficial mediante el cual difunde los resultados de la autoevaluación (aplicación de la encuesta) de manera semestral a los diferentes servicios quirúrgicos que cuente el establecimiento de salud. Solicitud de acciones de mejora en los servicios quirúrgicos que incumplen la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del establecimiento de salud.	
Fuente de datos	Informe preparado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud (UFGCS) del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud (DVMPAS), en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, DIRIS e Institutos Especializados de Lima Metropolitana y Regiones.	
Área responsable técnica y de información	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud (UFGCS) del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud (DVMPAS)	
Frecuencia de medición	Anual	

Ficha N° 18. Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencias en el marco de la continuidad de la atención.

<table>
<tr><td>Nombre</td><td colspan="3">Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencias en el marco de la continuidad de la atención.</td></tr>
<tr><td>Tipo</td><td colspan="3">Compromiso de mejora de los servicios</td></tr>
<tr><td>Institución</td><td colspan="3">DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes, Hospitales e Institutos.</td></tr>
<tr><td>Definición</td><td colspan="3">El fortalecimiento del proceso de referencia y contra referencia en el marco de la continuidad de la atención para las personas usuarias de los servicios de salud requiere disponer de los recursos de soporte, entre ellos los instrumentos de registro e información, requiriéndose expandir a nivel de las redes de servicios de salud el uso del aplicativo informático REFCON web versión 02.</td></tr>
<tr><td>Justificación</td><td colspan="3">Para contribuir a la continuidad de la atención de los usuarios dentro de los ámbitos jurisdiccionales de las DIRESA/GERESAS/DIRIS se requiere establecer los procesos de referencia y contra referencia, y el uso del aplicativo informático REFCON web versión 02.

Corresponde a la autoridad sanitaria regional y a las DIRIS en Lima Metropolitana, coordinar con sus Redes de servicios de salud y establecimientos de salud de sus ámbitos jurisdiccionales el uso del aplicativo informático REFCON.

Referencia normativa: NT N°018-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud", aprobado con R.M. N° 751-2004/MINSA</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</td><td>Institución</td><td>Criterio</td><td rowspan="7">100 %</td></tr>
<tr><td>GERESA/DIRESA</td><td>Por lo menos una de las Redes de Servicios de Salud cumpla con el uso del aplicativo informático REFCON web versión 02, ingresando en forma mensual como mínimo una referencia y contrarreferencia a partir de agosto del 2019.</td></tr>
<tr><td>DIRIS</td><td>Por lo menos uno de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención cumpla con el uso del aplicativo informático REFCON web versión 02, ingresando en forma mensual como mínimo una referencia y contrarreferencia a partir de agosto del 2019</td></tr>
<tr><td>Red</td><td>Por lo menos uno de los Establecimientos de Salud cumpla con el uso del aplicativo informático REFCON web versión 02, ingresando en forma mensual como mínimo una referencia y contrarreferencia a partir de agosto del 2019.</td></tr>
<tr><td>Hospital</td><td rowspan="2">El Establecimiento de Salud cumpla con el uso del aplicativo informático REFCON web versión 02, ingresando en forma mensual como mínimo una referencia y contrarreferencia a partir de agosto del 2019.</td></tr>
<tr><td>Instituto Nacional</td></tr>
<tr><td>Fuente auditable:</td><td>Reporte anual mensualizado de Referencias y Contrarreferencias (del aplicativo informático REFCON versión 02) emitido por la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del MINSA</td></tr>
<tr><td>Área responsable técnica.</td><td colspan="3">Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).</td></tr>
<tr><td>Área responsable de la información</td><td colspan="3">Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) del MINSA</td></tr>
<tr><td>Frecuencia de medición</td><td colspan="3">Anual</td></tr>
<tr><td>Fuente de datos</td><td colspan="3">Reporte de REFCON emitido por OGTI - MINSA</td></tr>
<tr><td>Notas</td><td colspan="3">No aplica.</td></tr>
</table>

Ficha N° 19. Fortalecimiento de competencias del personal de salud según patología priorizada Institucional

Ficha N° 19 (1) Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los Establecimientos de Salud en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con enfermedades oculares.

Nombre	**Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los Establecimientos de Salud en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con enfermedades oculares.**	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.	
Institución	Instituto Nacional de Oftalmología (INO) e Instituto Regional de Oftalmología (IRO).	
Definición	Entrenamiento de facilitadores regionales para la capacitación de profesionales de la salud del primer nivel de atención (que desarrollan actividades asistenciales en consultorios de crecimiento y desarrollo, etapas de vida adolescente y adulto mayor), en lo que respecta a la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con enfermedades oculares. Los contenidos del entrenamiento abarcarán información teórica sobre enfermedades oculares, práctica de exámenes y procedimientos oftalmológicos básicos, en el marco de la atención integral de las principales enfermedades oculares causantes de discapacidad visual y ceguera evitable establecidas en el Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera – ESNSOPC (RM N° 907-2014/MINSA).	
Justificación	El fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud es un mecanismo importante para ampliar el acceso a la salud ocular de calidad en el ámbito nacional. En ese marco, la formación de facilitadores regionales para la capacitación en atención integral de las principales enfermedades oculares es uno de los Objetivos Específicos del Plan de la ESNSOPC, dirigido a contribuir en la sostenibilidad del desarrollo de las intervenciones priorizadas en el primer nivel de atención, teniendo en cuenta la alta rotación del recurso humano en salud. El INO e IRO, como establecimientos de salud altamente especializados, tienen como una de sus funciones esenciales, la docencia, la cual se desarrolla a través de la capacitación de profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención, en concordancia con las necesidades regionales identificadas por la ESNSOPC.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1. Elaboración de un Plan de Entrenamiento de Facilitadores para la capacitación de profesionales de la salud de hospitales y establecimientos del primer nivel de atención, en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de enfermedades oculares. **Fuente auditable:** Plan consensuado con la ESNSOPC, aprobado por Resolución Directoral del INO e IRO según corresponda. Hasta el mes de abril del 2019.	30 %
	2. Ejecución del Plan de Entrenamiento de Facilitadores. ▪ Para el caso del INO, entrenará a no menos de 44 profesionales de la salud, 02 por región y DIRIs, mediante 04 talleres teórico-prácticos organizados en las siguientes macro regiones (centro - sur - oriente y lima metropolitana); y el acompañamiento a los facilitadores formados en el desarrollo de sus réplicas de capacitación al personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención, en 04 Regiones - DIRIS priorizadas por la ESNSOPC. ▪ Para el caso del IRO, entrenará a no menos de 14 profesionales de la salud, 02 por región, mediante 01 taller teórico-práctico organizado como macro región norte; asimismo a no menos de 24 profesionales de la salud a nivel regional, 02 por red de salud, mediante 01 taller regional teórico-práctico; y el acompañamiento a los facilitadores de su jurisdicción en el desarrollo de las réplicas de capacitación al personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención, en 04 redes de salud priorizadas. **Fuente auditable:** Informe de ejecución del Plan, que incluye el listado de facilitadores aprobados por el INO e IRO respectivamente, con visto bueno de la ESNSOPC.	70 %
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP a partir de informe remitido por el Instituto Nacional de Oftalmología (INO) e Instituto Regional de Oftalmología (IRO).	

MINISTERIO DE SALUD D.G. G. REVILLA S.

MINISTERIO DE SALUD DGOS

MINISTERIO DE SALUD DG A. Gonzáles

Área responsable técnica y de la información	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - ESNSOPC de la Dirección Ejecutiva de Prevención y control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - DGIESP.
Frecuencia de medición	Anual
Notas	No aplica

ANEXO N° 1

TALLER		DIRESA - GERESA	Mínimo de Participantes
Macro Regional Norte (IRO)	1	DIRESA TUMBES	2
	2	DIRESA PIURA	2
	3	GERESA LAMBAYEQUE	2
	4	GERESA LA LIBERTAD	2
	5	DIRESA AMAZONAS	2
	6	DIRESA ANCASH	2
	7	DIRESA CAJAMARCA	2

TALLER		DIRESA	Mínimo de Participantes
Macro Regional Centro (INO)	1	DIRESA HUANUCO	2
	2	DIRESA PASCO	2
	3	DIRESA AYACUCHO	2
	4	DIRESA JUNIN	2
	5	DIRESA HUANCAVELICA	2

TALLER		DIRESA - GERESA	Mínimo de Participantes
Macro Regional Sur (INO)	1	DIRESA TACNA	2
	2	GERESA MOQUEGUA	2
	3	GERESA AREQUIPA	2
	4	DIRESA PUNO	2
	5	DIRESA CUSCO	2
	6	DIRESA ICA	2
	7	DIRESA APURIMAC	2

TALLER		DIRESA	Mínimo de Participantes
Macro Regional Oriente (INO)	1	DIRESA LORETO	2
	2	DIRESA MADRE DE DIOS	2
	3	DIRESA SAN MARTIN	2
	4	DIRESA UCAYALI	2
	5	DIRESA LIMA	2

TALLER		DIRESA - DIRIS	Mínimo de Participantes
Macro Lima Metropolitana (INO)	1	DIRESA CALLAO	2
	2	DIRIS Lima Sur	2
	3	DIRIS Lima Este	2
	4	DIRIS Lima Norte	2
	5	DIRIS Lima Centro	2

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD - DGOS - DIRECCIÓN GENERAL

Ficha N° 19 (2). Fortalecimiento de competencias del personal de salud de una Red Integrada de Salud (RIS) para la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD) desde la comunidad, para mejorar el acceso a su derecho a atención de salud.

7 **Nombre**	**Fortalecimiento de competencias del personal de salud de una Red Integrada de Salud (RIS) para la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD) desde la comunidad, para mejorar el acceso a su derecho a atención de salud.**	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	
Definición	Consiste en la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en el marco de las Redes Integradas de Salud (RIS).	
Justificación	Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM), alrededor del 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad. En Perú, en 2012, la Encuesta Nacional Especializada en Discapacidad (ENEDIS) INEI, mostró que 5.2% vive con algún tipo de discapacidad, y de ellos el 88% de personas con discapacidad (PCD) a nivel nacional no realiza tratamiento y/o terapia de rehabilitación que le ayude a superar su limitación. Los tratamientos y/o terapias de rehabilitación solo son realizados por el 11,4% de las PCD. Según las encuestas, la limitación de mayor prevalencia es de tipo motriz (59,2%), seguida de la visual (50,9%) y de la derivada de enfermedades crónicas (42,4%) y la limitación menos prevalente es la del habla (6,6%); por otro lado, solo el 3.4% de las PCD cuentan con certificado que acredite esa condición. Censos Nacionales 2017, donde El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señaló que a la fecha hay 3'051.612 personas en el país que padecen algún tipo de discapacidad, esta cifra representa el 10,4% de la población nacional, calculada en 31'237.385 habitantes.	
Logro esperado y Porcentaje de cumplimiento	1. Elaboración del Plan de trabajo para la implementación de la Red Integrada de Servicios de Rehabilitación en una Red Integrada de Salud. RIS de una DIRIS. El Plan en coordinación y consensuado con la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad y la DIRIS seleccionada. **Fuente auditable.** - Resolución Directoral del INR, el mes de julio del 2019.	Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2 en el plazo establecido. 50 %
	2. Diseño de la "caja de herramientas" para la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en el marco de las Redes Integradas de Salud (RIS) **Fuente auditable.** - Resolución Directoral del INR, mes de julio del 2019.	
	3. Capacitación al personal del Servicio de Rehabilitación del II o III Nivel de la RIS seleccionada, en la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). **Fuente auditable.** - Informe del INR, que incluye listado de profesionales de la salud que aprobaron las capacitaciones (nombres y apellidos, DNI), grupo ocupacional, sede de trabajo (por establecimiento de salud de II y III nivel de atención) al mes de setiembre del 2019.	Cumple con las acciones de los ítems 3 y 4 en el plazo establecido. 50 %
	4. Fortalecimiento de capacidades del personal de salud del primer nivel de atención de la RIS seleccionada en la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidades en su familia y su comunidad. **Fuente auditable.** – Informe del INR, que incluye listado de profesionales de la salud que aprobaron las capacitaciones (nombres y apellidos, DNI), grupo ocupacional, sede de trabajo (por establecimiento de salud), al mes de diciembre del 2019.	
Área responsable Técnica	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)	
Área responsable de información	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP a partir del Informe preparado por el Instituto Nacional de Rehabilitación	
Notas		

A. Gonzáles

Ficha N° 19 (3). Fortalecimiento de competencias de personal de salud de los hospitales y redes, en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.

Nombre	**Fortalecimiento de competencias de personal de salud de los hospitales y redes, en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.**	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Nacional del Niño (INSN – Breña)	
Definición	Conjunto de acciones desarrolladas por la institución orientadas a mejorar las competencias del personal de salud de hospitales y redes de salud, para mejorar el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.	
Justificación	El desarrollo de competencias en el personal de la salud es una estrategia importante para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud. El Instituto Nacional de Salud del Niño tiene como función "Capacitar a los profesionales de la salud y técnicos del sector, con nuevos conocimientos científicos y tecnológicos adquiridos de la investigación y atención especializada en el campo de la pediatría" (ROF).	
Logros esperados y Porcentaje de cumplimiento	1. Elaboración consensuada con el MINSA/DGIESP/DVICI/Etapa de vida Niño, del Plan de capacitación dirigido al personal de la salud profesional de los establecimientos de salud de las Redes de Salud y de los hospitales nivel II de Lima Metropolitana, en diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia. 2. Módulos para la capacitación, la metodología debe incorporar capacitación en servicio, con el V°B° de la DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA. **Fuente auditable**: • Copia fedateada de la Resolución Directoral INSN que aprueba el Plan de Capacitación. Al mes de abril del 2019. • Documento, que acredite el envío de los Módulos de capacitación a la DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA, para su revision y aprobación.	Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en los plazos establecidos 30 %
	3. Ejecución del plan de capacitación: Capacitar en diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia; como mínimo a 03 profesionales de los Hospitales II-1 y EESS I-4; y al menos 02 profesionales de los EESS I-3, priorizados por las DIRIS. (120 a 180 profesionales) **Fuente auditable:** • Informe de capacitación que incluye la evidencia de la certificación de los participantes. Entre el tercer y cuarto trimestre del 2019.	Cumple con las acciones del ítem 3; en los plazos establecidos 70 %
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida de la DGIESP, a través de la Dirección de Intervenciones por curso de vida.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP, a partir del informe remitido por el Instituto Nacional de Salud del Niño.	
Notas		

A. Gonzáles

Ficha N° 19 (4). Fortalecimiento del personal de salud de los hospitales y redes de salud en el manejo de epilepsia, epilepsia refractaria y estado epiléptico.

Nombre	**Fortalecimiento del personal de salud de los hospitales y redes de salud en el manejo de epilepsia, epilepsia refractaria y estado epiléptico.**	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN)	
Definición	Se mejorará las competencias del personal de Salud de hospitales II-2 que pertenecen a la Gerencia Regional de Salud, Lima Región (médicos emergenciólogos, médicos neurólogos, médicos internistas, médicos intensivistas y enfermeras), en el manejo de la epilepsia, epilepsia refractaria y estado epiléptico.	
Justificación	La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas crónicas graves más comunes, se estima que en el mundo existen más de 50 millones de personas con epilepsia (PCE) de ellos, más de tres cuartas partes viven en países de ingresos bajos o medianos. En general un 70 % de las PCE responde favorablemente al primer fármaco antiepiléptico usado, pudiendo llevar una vida normal, sin embargo, el porcentaje de PCE cuyas crisis no están controladas, ya sea porque no tienen el tratamiento o diagnóstico correcto, puede llegar hasta un 75 % en países de bajos recursos, tan amplia brecha terapéutica puede ser consecuencia de la combinación de la inadecuación de las capacidades de los sistemas de atención de salud y la distribución desigual de los recursos, entre otros.(OMS, 2015). La presencia de crisis epilépticas es un factor que determina la calidad de vida de los pacientes con epilepsia. El real cambio en calidad de vida de los pacientes se da al obtenerse la libertad completa de crisis, por otro lado, la presencia de crisis tónico clónicas en un paciente aumenta notablemente la posibilidad de presentar complicaciones. Otro aspecto es la relación existente entre epilepsia y la disminución de los años de vida ajustados por salud (Qualy), y el incremento de los años de vida ajustados por discapacidad (Daly). Esto debido a que la alta frecuencia de crisis epilépticas puede llevar al paciente a estados de discapacidad, esto por los cambios anatómicos y funcionales a nivel cerebral, además del aislamiento social, y dificultad para realizar las actividades de la vida, entre ellas el trabajar, lo cual afecta al entorno familiar, no solo por la imposibilidad del paciente de genera un ingreso económico, sino también por la dependencia de un cuidador, que por lo general es un miembro de la familia, lo que limita la capacidad productiva laboral de más de un miembro de la familia, influyendo así de manera negativa en la población económicamente activa.	
Determinación del logro y porcentaje de cumplimiento	Elaboración del plan de fortalecimiento de competencias en el manejo de epilepsia, epilepsia refractaria y estado convulsivo 2019 - 2020. **Fuente auditable:** Plan consensuado con la DVICI/DGIESP, aprobado por Resolución Directoral del INCN, al mes de abril del 2019.	30 %
	Ejecución del plan de fortalecimiento de competencias en el manejo de epilepsia, epilepsia refractaria y estado convulsivo de acuerdo al cronograma establecido. A diciembre del 2019, no menos de 50 profesionales de una región priorizada y 50 profesionales del ámbito de Lima metropolitana. **Fuente auditable:** Informe de actividad de capacitación remitido a la instancia correspondiente (unidad de capacitación o la que haga sus veces) y reporte de entrega de certificados emitida por esta última, al 31 de diciembre del 2019.	70 %
Área responsable	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI).	
Frecuencia de medición	Annual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP, a partir del informe remitido por el INCN	
Notas		

A. Gonzáles

Ficha N° 19 (5). Implementación de un sistema de registro de seguimiento y control de pacientes post-quirúrgicos.

Nombre	**Implementación de un sistema de registro de seguimiento y control de pacientes post-quirúrgicos**	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"	
Definición	Consiste en el uso del aplicativo informático como herramienta de apoyo para el seguimiento y control de pacientes post quirúrgicos control atendidos en los servicios quirúrgicos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".	
Justificación	El seguimiento post quirúrgico de pacientes es necesario y permite garantizar evolución apropiada del paciente y evaluar el desempeño de los servicios quirúrgicos. En ese marco el HEJCU, el análisis de los datos contenidos en el aplicativo informático para el seguimiento y control de pacientes post quirúrgicos permite medir la efectividad del control de concurrencia a la cita programada a fin de garantizar evolución apropiada de pacientes luego de su intervención.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1) Diseñar y validar el Plan Institucional para implementación del Sistema de registro de datos para seguimiento de pacientes post quirúrgicos atendidos en el HEJCU Fuente Auditable: RD que aprueba el plan de implementación del Sistema de registro para seguimiento de pacientes post quirúrgicos atendidos en el HEJCU vigente al año 2019	Cumple con acciones del ítem 1) 30%
	2) Capacitación de al menos 15 profesionales del equipo de salud de los Departamentos de Cirugía, Traumatología y Neurocirugía respecto al uso del sistema informático Fuente auditable: Informe de las capacitaciones realizadas emitido por la Unidad responsable	Cumple con las acciones del ítem 2) y 3) 60%
	3) Uso del aplicativo del Sistema de seguimiento y control de pacientes postquirúrgicos Fuente Auditable: Reporte anual generado por el aplicativo	
	4) Porcentaje de pacientes post quirúrgicos (de Cirugía General, Neurocirugía y Traumatología) registrados que acudieron al primer control post quirúrgico $\%\text{Pacientes post quirúrgicos que acuden a cita post quirúrgica} = \frac{\text{N°de pacientes post quirúrgicos que acuden al primer control post - quirurgica}}{\text{N° Total de pacientes post - quirurgicos de un período}} \times 100$ Fuente auditable: Reporte anual 2019 con valor del indicador mayor o igual al 80%	Cumple con la acción 4) 10%
Área responsable técnica.	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).	
Área responsable de la información	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN), a partir del informe remitido por el Hospital.	
Notas	No aplica.	

MINISTERIO DE SALUD D.G. G. REVILLA S.

MINISTERIO DE SALUD - DGOS DIRECCIÓN GENERAL

Ficha N° 20. Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna en IPRESS

Nombre	**Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna en IPRESS.**
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	DIRESA/GERESA/DIRIS/Redes de Salud/Hospitales[13] e Institutos[14] *Para el cumplimiento de este compromiso, en caso de las DIRIS y redes de salud, las actividades las realiza un establecimiento de salud previamente seleccionada (prioritariamente hospital menor de 50 camas o el establecimiento de salud del 1° nivel, que atiende el mayor número de gestantes/puérperas/recién nacidos); por lo tanto, la evidencia de cumplimiento (fuente auditable remitida) deberá ser de este establecimiento de salud seleccionado.
Definición	Desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr la "Certificación de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño" (Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA y la incorporación de los Anexos 5; 5A; 5B; 6; 6A; 6B; 6C; 6D; 6E; 6F; 6G; 7; 7A; 7B; y 7:C, aprobada con Resolución Ministerial N° 353-2016/MINSA). El establecimiento de salud certificado promueve y protege la lactancia materna como practica clave para reducir la morbimortalidad infantil en las y los niños hasta los veinticuatro (24) meses de vida. La DIRESA/GERESA/DIRIS, debe realizar acciones para mejorar la organización de los servicios y fortalecer las competencias del personal de salud para la adecuada implementación de la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, por parte del personal de salud de los Establecimientos de Salud, según corresponda.
Justificación	La evidencia actual indica que la lactancia materna es el método de alimentación infantil más seguro y saludable, además proporciona beneficios a corto y largo plazo al niño o niña, tanto en su estado nutricional, afectivo, de salud y desarrollo durante los primeros años de vida e incluso en periodos posteriores, extendiendo estos beneficios a la madre, la familia y la comunidad. En el Perú según la ENDES, la proporción de menores de 06 meses con lactancia materna exclusiva a nivel nacional no mantiene una constante de incremento, así se puede observar que entre los años 2010 al 2017 ha disminuido del 68.3% a 64.2%, oscilando picos de 70.6%, 72.3% y 69.8% en los años 2011, 2013 y 2016 respectivamente. En el 2018 la prevalencia de Lactancia materna exclusiva fue de 66.4% aumentando en 2.2% en relación al año 2017. Si comparamos por departamentos, entre el 2013 al 2017, las regiones que más han disminuido la Lactancia Materna Exclusiva en menores de 06 meses han sido Huánuco (22.4 puntos porcentuales), Cajamarca (18.2 puntos porcentuales), Pasco (17.7 puntos porcentuales), Piura (14.2 puntos porcentuales) y San Martín (13.3 puntos porcentuales). En este contexto, el Ministerio de Salud asume su rol rector y en mérito del cumplimiento de compromisos establecidos y en concordancia con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Pequeño, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, de acuerdo a las recomendaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en el marco de sus políticas y normativas sectoriales, promueve, protege y apoya la lactancia materna, considerada como la primera y mejor práctica de alimentación y a la leche

A. Gonzáles

13 Hospitales que brindan atención materno infantil.

14 Corresponde al Instituto Nacional Materno Perinatal e Instituto Nacional de Salud del Niño -Breña

	materna como la principal fuente de alimentación de niños y niñas hasta los veinticuatro (24) meses de vida.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	**PARA DIRESA/GERESA** a) Conformación o reactivación del Comité Técnico Institucional para la promoción y protección de la lactancia materna y formulación de plan de trabajo anual. **Fuente auditable:** Resolución Directoral de Conformación o reactivación del Comité Técnico Institucional vigente. Resolución Directoral de aprobación de plan de trabajo anual con estructura mínima[15]. b) Acciones de Monitoreo y/o Supervisión, dos (02) en el año, con un intervalo no menor de tres (03) meses, al 100% de hospitales que brindan servicios materno infantil. **Fuente auditable:** Informe anual[16], dirigido al Director General de la DIRESA/GERESA, con el consolidado de las actividades de Monitoreo y/o Supervisión, adjuntar fichas de monitoreo (Anexo 04 de la RM N°609-2014/MINSA). c) Capacitación de facilitadores regionales en metodología de evaluación externa con el apoyo y coordinación de la DVICI-DGIESP/MINSA, en el marco de lo establecido en la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01. **Fuente auditable:** Informe anual[17], dirigido al Director General de la DIRESA/GERESA con el consolidado de las acciones de capacitación, con el V°B° de la unidad de capacitación o la que haga sus veces, adjuntando lista de participantes que aprobaron la capacitación (datos mínimos: nombres y apellidos, profesión, área/EESS/RED de procedencia, horas de capacitación y código de registro de capacitación) y evidencia de las coordinaciones realizadas con la DVICI-DGIESP/MINSA: correos electrónicos, Oficios u otros. d) Reconocimiento de facilitadores regionales en metodología de evaluación externa, en el marco de lo establecido en la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01. **Fuente auditable:** Resolución de reconocimiento de facilitadores regionales en metodología de evaluación externa (datos mínimos: nombres y apellidos, profesión, área/EESS/RED de procedencia), emitido en el año.	Si cumple con las acciones a) y b) 50% Si cumple con las acciones c) y d) 50%
	PARA HOSPITALES, INSTITUTOS[18] Y ESTABLECIMIENTO DE SALUD SELECCIONADO DE LAS REDES a) Acciones de Monitoreo y/o Supervisión, dos (02) en el año, con un intervalo no menor de tres (03) meses, al 100% de UPSS[19]. **Fuente auditable:** Informe anual[20] dirigido al director del Hospital, Instituto o red, según corresponda, con el consolidado de las actividades	

A. Gonzáles

15 La estructura mínima del Plan de trabajo incluya: Análisis de la situación actual de la lactancia materna de su jurisdicción, Objetivos, Metas, Actividades, Indicadores de cumplimiento, Responsables, Plazo, Financiamiento, Monitoreo y evaluación.

16, 5, 8, 10, 13 y 14 El informe debe contener el numeral de expediente y la fecha de entrega registrada en el sistema de trámite documentario institucional, el mismo que como máximo será el 31 de enero del 2020.

18 Para el caso de los 10 hospitales que aprobaron la evaluación externa realizada por el MINSA, solo se aplican las actividades a) y b); con un porcentaje de cumplimiento del 50% cada uno

19 UPSS de consulta externa, UPSS centro obstétrico, UPSS centro quirúrgico, UPSS unidad de cuidados intensivos, UPSS hospitalización, UPSS nutrición y dietética, UPSS farmacia, UPSS Almacén, Banco de leche humana, lactario institucional

	de Monitoreo y/o Supervisión realizada, adjuntar fichas de monitoreo aplicadas a cada UPSS (Anexo 04 de la RM N°609-2014/MINSA)	Si cumple con la ejecución de la actividad a) y b) 50%
	b) Capacitación[21] al personal de la salud que trabaja con la madre y el niño, en temas relacionados a: lactancia materna, promoción - protección de la lactancia materna y buenas prácticas de atención del bebé. **Fuente auditable:** Informe[22] dirigido al director del Hospital, Instituto o red, según corresponda, con el consolidado de las actividades de capacitación, elaborado por la unidad de capacitación o la que haga sus veces, adjuntando lista de participantes que aprobaron la capacitación (datos mínimos: nombres y apellidos, profesión, área de procedencia, horas de capacitación). El tiempo de capacitación mínimo es de 20 horas presenciales que incluyen 3 horas de práctica clínica.	
	c) Evaluación interna y Plan de Mejora o solicitud de evaluación externa[23] .	Si cumple con la ejecución de la actividad c) o d) 50%
	En caso de evaluación interna con puntaje mayor a 80% **Fuente auditable:** Solicitud[24] de evaluación externa dirigida a la instancia correspondiente el mismo que adjunta Informe final[25] de la evaluación interna, con matriz de consolidación de entrevistas, acta final de calificación (anexos 7b y 7C de la RM N°353-2016/MINSA), en el que hayan obtenido un porcentaje de ≥ 80%.	
	En caso de evaluación interna con puntaje menor a 80% **Fuente auditable:** Informe[26] de evaluación interna dirigida dirigido al director del Hospital, Instituto o red, según corresponda, con matriz de consolidación de entrevistas, acta final de calificación (anexos 7b y 7C de la RM N°353-2016/MINSA), en el que hayan obtenido un porcentaje de < 80%; y Plan de Mejora Continua para reducir las brechas identificadas durante la evaluación interna y Resolución Directoral o Jefatural que lo aprueba.	
Área responsable técnica.	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones Estratégicas por Curso de Vida y Cuidado Integral.	
Área responsable de la información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones Estratégicas por Curso de Vida y Cuidado Integral.	
Frecuencia de medición	Evaluación: anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Intervenciones Estratégicas por Curso de Vida y Cuidado Integral, a partir de los Informes remitidos por la DIRESA/GERESA/DIRIS, hospitales y redes.	
Notas	Todas las fuentes auditables deben ser escaneo de los documentos originales o en su defecto copias legibles y fedateadas.	

A. Gonzáles

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

23 Esta actividad no aplica para los 10 hospitales (INMP, HCH, Hospital Amazónico Yarinacocha, Hospital Regional De Moquegua, Hospital Guillermo Díaz De La Vega –Abancay, Hospital Sub Regional Andahuaylas, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Hospital De Apoyo Moyobamba, Hospital De Apoyo Sullana, Hospital Belén de Trujillo) que aprobaron la evaluación externa realizada por el MINSA en el año 2018

24 La Solicitud debe ser realizado dentro del año de evaluación y evidenciar número de expediente y la fecha de entrega registrado en el sistema de trámite documentario institucional.

Ficha N° 21. Implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios.

Nombre	**Implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios**
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	DIRESA/GERESA/DIRIS.
Definición	Desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr la implementación y operación de Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) para la atención especializada de salud mental. Los CSMC son nuevas instituciones prestadoras de servicios especializados de salud mental que funcionan 12 horas, sin internamiento, ubicados en el primer nivel de atención que se incorporan al primer nivel de atención y se constituyen en el eje articulador de la red de atención de salud mental, dentro del territorio que le asigna la red de servicios de salud de la cual dependen. Para ello, se vinculan y articulan acciones con los EESS y servicios médicos de apoyo de la red, el hospital más cercano, y las organizaciones sociales y comunitarias del territorio. De acuerdo a la NTS N° 138-MINSA/2017/DIGIESP, se implementarán uno (01) CSMC para un máximo de 100.000 habitantes en la jurisdicción de las redes de servicios de salud de cada DIRESA/GERESA/DIRIS. Se considerará como elemento central la accesibilidad de la población. En caso de poblaciones muy dispersas (por ejemplo, en zonas rurales) al CSMC se le puede asignar una cantidad menor de 100,000 habitantes, dado que el tiempo de acceso no debe ser mayor de media hora. La DIRESA/GERESA/DIRIS, debe realizar acciones para la organización y funcionamiento de un Centro de Salud Mental Comunitario, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: • Los CSMC dependen de las redes de servicios de salud. • Tienen un territorio claramente delimitado y una población asignada. • Sus equipos de salud estarán constituidos de acuerdo a la normatividad, por médicos psiquiatras, médicos de familia, psicólogos, enfermeras, trabajadora social, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje, químico farmacéutico y técnico de farmacia, técnica de enfermería, técnico administrativo, personal de vigilancia, servicios generales y otros. Sus contratos deben asegurarles estabilidad laboral, de acuerdo a ley. La DIRESA/GERESA/DIRIS, debe fortalecer las competencias del personal de salud para la adecuada implementación de la Norma Técnica de Salud Centros de Salud Mental Comunitarios, por parte del personal de la Red de salud, según corresponda.
Justificación	En el Perú los problemas y trastornos de salud mental encabezan la carga global de enfermedad. Sin embargo, de cada 10 personas afectadas, en promedio, sólo dos consigue algún tipo de atención. Esto se explica, fundamentalmente, por la insuficiente oferta de servicios de salud mental, el estigma estructural existente en los diferentes niveles de decisión de las instituciones de salud, así como, por los aspectos socioculturales y económicos de la población. A partir de las prevalencias que aportan los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", se estima que, en nuestro país, anualmente, existen cuatro millones cuatrocientos setenta y cuatro mil setenta y siete (4,474,077) personas con algún problema de salud mental. Para atender las necesidades de esta población, particularmente aquella asignada a Ministerio de Salud y a los gobiernos regionales, se requiere de 281 CSMC, 67 UHSM y 170 HP. Ante esta situación, el Estado Peruano ha determinado la Reforma de la Atención de Salud Mental mediante el fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención. Así, en junio del año 2012 se promulgó la Ley N° 29889 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N° 26842) que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental al acceso universal y equitativo, a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, y establece al Modelo Comunitario como el nuevo paradigma de atención en salud mental en el Perú, en línea con las recomendaciones internacionales de la OMS y con los avances científicos actuales.

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD - DGOS - DIRECCIÓN GENERAL

	Así mismo, mediante Decreto Supremo 071-2015/MEF del 29 de marzo del 2015, autorizan la transferencia de partidas en el Presupuesto del sector Publico para el año fiscal2015 a favor del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Instituto de Gestión de Servicios de Salud y diversos Gobiernos Regionales, con el fin de incrementar las coberturas de intervención efectiva orientadas a las actividades de Control y Prevención en salud Mental. Mediante su Reglamento aprobado el 6 de octubre del año del 2015 por Decreto Supremo N° 033-2006-SA se conforma la red de atención de salud mental comunitaria constituida entre otros, por Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), los mismos que se incorporan a las redes de servicios de salud. Consecuente, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Salud Mental de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, con Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA, aprobó la Norma Técnica de Salud Centros de Salud Mental Comunitarios y mediante Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA aprobó el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, que tiene por objetivo incrementar progresivamente el acceso de la población a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de salud mental, integrados a las redes de servicios de salud desde el primer nivel de atención, con enfoque de salud mental comunitario en todo el territorio nacional. Sin embargo, a la fecha, el avance en la implementación de estos servicios es muy inicial y los recursos financieros aún están mayoritariamente destinados a los hospitales psiquiátricos tradicionales, centralizados en Lima metropolitana, siendo escasa la oferta de servicios en las regiones y especialmente en el primer nivel de atención. Por ello el Ministerio de Salud, en el marco del Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021, tiene como meta incrementar progresivamente el acceso de la población a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de salud mental, integrados a las redes de servicios de salud desde el primer nivel de atención, con enfoque de salud mental comunitario en todo el territorio nacional.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1. Al menos el 100% de los Centros de Salud Mental Comunitario deben contar con código RENIPRESS a diciembre del 2019. **Fuente auditable:** Informe que evidencie que CSMC cuenta con código RENIPRESS	Cumple con el ítem en el plazo establecido 40%
	2. El 100% de los CSMC cuentan con el personal mínimo de acuerdo a lo establecido por la norma técnica de centros de salud mental comunitaria. **Fuente auditable:** Informe de la DIRESA/GERESA/DIRIS que evidencia el contrato de personal en la modalidad CAS de acuerdo al presupuesto transferido, incluyendo sus respectivos códigos AIRSHP. 3. En el 100% de CSMC se registra las atenciones y actividades a través del sistema HIS. **Fuente auditable:** Informe semestral que contiene reportes consolidados de las acciones realizadas en cada CSMC con base en Reporte HIS emitidos por la unidad de estadística.	Cumple con todas las acciones del ítem 2 y 3 60%
Área responsable técnica y de la información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Salud Mental.	
Frecuencia de medición	Evaluación: anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Salud Mental de la DGIESP, a partir de los Informes remitidos por la DIRESA/GERESA/DIRIS.	
Notas		

A. González

Ficha N° 22. Investigación en Salud Mental Comunitaria.

Nombre	**Investigación en Salud Mental Comunitaria**
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	**Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM)**
Definición	Debido a que el modelo de atención en salud mental ha cambiado desde una orientación hospitalaria a una comunitaria, la orientación de los investigadores ha cambiado también; la nueva tendencia es investigar prestando mayor atención a la prevención, la cronicidad, la colaboración entre salud mental y atención primaria, y el entorno de los sujetos en estudio. La investigación es esencial para la implementación y evaluación de los lineamientos de política Son fundamentales los estudios sobre los problemas de salud mental, los procesos de implementación, los resultados y el impacto de las intervenciones. Asimismo, resulta necesario investigar desde la salud mental positiva para identificar factores saludables que deben ser promovidos, a través de las siguientes acciones: a. Desarrollo de la investigación en salud mental comunitaria, fomentando la colaboración entre prestadores de servicios de salud y gestores del Sector Salud con las universidades y redes de investigación. b. Definición de las prioridades de investigación epidemiológica en salud mental a nivel nacional, conjuntamente con las instancias correspondientes del Ministerio de Salud, y a nivel regional, considerando las particularidades socioculturales. c. Desarrollo de investigaciones sobre los problemas de salud mental de mayor carga de enfermedad y brecha de atención: Depresión, suicidio, ansiedad, trastornos por consumo de alcohol, violencias, psicosis, entre otros. d. Incremento del financiamiento para la investigación destinada a generar evidencias en salud mental. e. Coordinación con el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica, a efecto de promover la realización de investigaciones en salud mental. La DIRESA/GERESA/DIRIS en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM), debe fortalecer las competencias del personal de salud para la adecuada orientación de las investigaciones.
Justificación	Los problemas de salud mental comprenden a los problemas psicosociales y a los trastornos mentales y del comportamiento. Los primeros se definen como alteraciones de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o entre estas y su ambiente, por ejemplo: la violencia, la desintegración familiar, la desintegración comunitaria y social, la discriminación, entre otros. Desde un enfoque sistémico, están interrelacionados en un sentido causal-circular con las enfermedades físicas, los trastornos mentales y los problemas macrosociales como la pobreza, las inequidades sociales de género, clase social, poder, la corrupción, las violaciones a los derechos humanos, la violencia política, el crimen, entre otras. Los trastornos mentales, en cambio, se conciben como condiciones mórbidas que sobrevienen en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Dentro de este grupo se consideran a los trastornos mentales graves que se caracterizan por su evolución prolongada, gravedad que repercute de manera importante en el pensamiento, emociones, comportamiento, su duración superior a dos años, deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de evolución prolongada) y su asociación con la discapacidad y dependencia psicosocial que altera sus relaciones familiares, laborales y sociales, con la consecuente necesidad de cuidados y servicios de forma prolongada o reiterada . Las tasas más altas de trastornos mentales se asocian con desventajas sociales, especialmente con bajos ingresos, educación limitada, estado ocupacional y la tensión financiera. La falta de

A. Gonzáles

apoyo social, la alta demanda o el bajo control del trabajo, los acontecimientos vitales críticos, el desempleo, las características adversas del vecindario y la desigualdad de ingresos también se identifican como riesgos psicosociales que aumentan las posibilidades de una mala salud mental. Por otro lado, son factores de protección importantes: tener confianza en las personas, sentirse seguro en la comunidad y tener reciprocidad social.
En el Perú las enfermedades neuropsiquiátricas alcanzan al 17,5% del total de carga de enfermedad, ocupando el primer lugar y produciendo la pérdida del 1, 010,594 años de vida saludables, es decir, 33,5 años perdidos por cada mil habitantes (MINSA, 2014).

El componente de discapacidad es mayor al de mortalidad prematura (AVP: 11,5%; AVD es del 88,5%) en la carga de enfermedad por enfermedades neuropsiquiátricas. Se pierden 894,376 Años de Vida Saludables (AVISAS) por este motivo. Se estima que en el Perú existen 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas; de estas, 67.8% (200 mil personas) presenta discapacidad moderada y severa, (INEI, 2013).
En el Perú uno de los principales problemas que se está afrontando es la brecha en acceso a servicios especializados de salud mental. Frente a ello el desarrollo de servicios de salud mental comunitaria en todo el país ha sido establecida como la intervención preferente (Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, D.S N° 033-2015-SA), siendo una de sus estrategias más importante el desarrollo de la investigación.

En tal sentido, Las Naciones Unidas, a través de su Consejo de Derechos Humanos, ha señalado la existencia de una carga mundial de obstáculos que dificultan el acceso al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, ya que mantienen el status quo en salud mental. Incluye en este grupo al predominio del modelo biomédico, las asimetrías de poder (a nivel de la dinámica entre profesionales y usuarios) y el uso sesgado de los datos empíricos en salud mental. Este último se refiere a que existe una tendencia mundial en investigación de la salud mental, a evidenciar "estadísticas alarmantes" para resaltar la problemática de salud mental, como a favorecer la investigación biológica. Siguiendo esta línea crítica y los ideales del modelo comunitario en salud mental, es necesario impulsar un marco de investigación que evidencie la problemática de manera interdisciplinaria y con metodologías epistemológicamente diversas, que permitan desarrollar una plataforma de información estadística pero también que evidencie las necesidades reales de la población en la valoración de sus narrativas, contribuyendo a construir una epidemiología sociocultural de la salud mental en nuestro país.

En el país, haciendo un recuento de lo avanzado en investigación, los estudios epidemiológicos realizados por INSM siguen siendo de gran utilidad para sustentar las políticas y programas nacionales y regionales de salud mental. Sin embargo, requieren ser actualizados; asimismo, es necesario contar con una encuesta nacional epidemiológica periódica que monitoree indicadores de prevalencia y acceso sobre los problemas prioritarios de salud mental como lo establece la Directiva Sanitaria 071/2016- MINSA, aprobada por Resolución Ministerial N° 496-2016/MINSA.

De otro lado, mediante el Instituto Nacional de Salud en el marco de las funciones y rol dentro del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica - SINACYT establecieron las prioridades de investigación en salud mental para el periodo 2019 – 2023:

- Estado de la salud mental negativa y positiva de la población peruana, según etapas de vida y condiciones de vulnerabilidad, carga de morbilidad, brecha de atención según área geográfica
- Factores asociados en la depresión, violencia, las conductas adictivas, la psicosis y las demencias, en las diferentes etapas de vida
- Dinámica de los determinantes sociales, biológicos, comportamentales, familiares y ambientales de la salud mental negativa y positiva en el país

A. Gonzáles

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">- Desarrollo e implementación de estrategias intersectoriales con adecuación cultural de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, incluida la participación social comunitaria
- Evaluación de la implementación de la oferta de servicios para la atención de la salud mental según etapas de vida
- Evaluación de las estrategias de prevención y promoción de la salud mental con participación intersectorial, regional y local.

Considerando que en el Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" aprobado con RM N°462-2006/MINSA, en el Titulo III Organización, Capítulo I Objetivo Funcionales Generales, artículo 8° en los puntos siguientes indica: a)Innovar permanentemente las normas, métodos y técnicas para la salud mental, b) "Lograr los resultados de las investigaciones especificas encargadas por la Alta Dirección y Direcciones Generales Técnico- Normativos del Ministerio de Salud, en salud mental, y c) incrementar continuamente la calidad y productividad de la investigación especializada en salud mental .

Para tales propósitos, el Instituto Nacional de Salud Mental, coordinará acciones con el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el Instituto Nacional de Salud y el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

Asimismo, se requiere desarrollar iniciativas de investigación evaluativa sobre la efectividad de la intervención de prevención de la violencia, el control del estigma y de "recuperación" de las personas atendidas, especialmente, en aquellos problemas que son más prevalentes; del mismo modo investigaciones para diseñar intervenciones sobre la detección e intervención temprana en casos del primer episodio psicótico y de los trastornos el desarrollo.

También es necesaria la investigación operativa y sistematizaciones de programas en gestión de la salud mental, la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios, costo efectividad de las intervenciones, la formación de los recursos humanos, la implementación de los servicios y de la red de atención comunitaria en salud mental, así como los aportes de los servicios médicos de apoyo, y las comunidades terapéuticas, en cuanto a la efectividad de la intervención intersectorial.

Otros ámbitos relevantes para la investigación serán el ejercicio de los derechos humanos de las personas usuarias y los avances, en su organización e impacto social de organizaciones gestionados por estos y sus familiares.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</td><td>1. Al menos dos proyectos de investigación en intervención comunitaria en salud mental, aprobados con Resolución Directoral (RD).
Fuente auditable:
Resolución Directoral (RD) aprobando el Proyectos de investigación en intervención comunitaria en salud mental.
2. Ejecución de la investigación de acuerdo a cronograma aprobado en el proyecto.
Fuente auditable:
Informe de avance de la ejecución de la investigación, al 31 de diciembre, remitido a la Dirección de salud mental del MINSA</td><td>Cumple con la acción del item1 y 2
50%</td></tr>
<tr><td>3. Un proyecto de investigación epidemiológica en salud mental, aprobada con Resolución Directoral (RD) con informe al MINSA.</td><td>Cumple con la acción del item 3 y 4
50%</td></tr>
</table>

A. Gonzáles

	Fuente auditable: Resolución Directoral (RD) aprobando el Proyectos de investigación epidemiológica en salud mental. 4. Ejecución de la investigación de acuerdo a cronograma aprobado en el proyecto. **Fuente auditable:** Informe de avance de la ejecución de la investigación, al 31 de diciembre, remitido a la Dirección de salud mental del MINSA	
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Salud Mental.	
Área responsable de la Información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Salud Mental.	
Frecuencia de medición	Evaluación: anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Salud Mental de la DGIESP, a partir de los Informes remitidos por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM).	

A. Gonzáles

Ficha N° 23. Reforma de la Salud Mental: Desinstitucionalización.

Nombre	**Reforma de la Salud Mental: Desinstitucionalización**
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	**Hospital Víctor Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán (CM)**
Definición	La desinstitucionalización se refiere a la puesta en marcha de los procesos necesarios para que personas con discapacidad mental que se encuentran en establecimientos de salud como hospitales psiquiátricos o centros de rehabilitación en salud mental, con estancia mayor a los cuarenta y cinco días (45) días y en condición de alta médica, (es decir, no requieren estar hospitalizados para continuar con su tratamiento o cuidado para su salud mental), sean externados e incluidos socialmente mediante la reinserción en sus familias u otros grupos a facilidades como Hogares Protegidos que les propicien alternativas residenciales. Dado que es un proceso que restituye ***Derecho de la Persona,*** la libertad, empodera y reconstruye la ciudadanía, es necesaria la participación de los usuarios, el equipo interdisciplinario y de otros actores que logre efectivizar la protección de derechos y la recuperación de las personas con discapacidad mental. Siguiendo las recomendaciones de expertos, para un adecuado proceso de desinstitucionalización, esta actividad es sinérgica con el *fortalecimiento de la red de atención comunitaria* antes planteado y requiere para su desarrollo la participación protagónica del hospital psiquiátrico con acciones esenciales ejecutadas simultáneamente y dirigidas a: 1. Usuarios en condiciones de desinstitucionalización. Para estas personas, en cumplimiento del Reglamento la Ley 29889 se tomarán acuerdos para implementar las siguientes acciones: a) Constitución del Comité Permanente de Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad mental, que estará conformado por psiquiatra, enfermera, trabajadora social y psicólogo y se encargará de: • La valoración de la salud integral de la persona candidata • Determinar el lugar más apropiado de reinserción del paciente: familia u otras personas, servicios médicos de apoyo, a quienes brindará un informe de salud con recomendaciones. • Realizar el seguimiento periódico y supervisión de las personas que fueron des institucionalizados. • Propiciar la continuidad de su cuidado en salud mental en las redes de atención comunitarias (CSMC, Establecimientos de Salud nivel II y/o III, centros de rehabilitación, otras facilidades comunitarias), más cercanas a su lugar de residencia b) La reinserción social de las personas con discapacidad con la asignación de parte de sus presupuestos para la implementación de hogares o residencias protegidas en coordinación con las direcciones de las redes de servicios de salud. 2. Usuarios que aún permanecen en la institución, probablemente porque están muy deteriorados y sin familia. En estos casos realizará todas las acciones necesarias para la protección de sus derechos humanos, la mejora de los cuidados incrementando las intervenciones psicosociales y de rehabilitación, la acomodación de los espacios físicos en los viven para propiciar ambientes limpios y acogedores y situaciones sociales que favorezcan una vida comunitaria. De hecho, esto implica un cambio de paradigma que exige la capacitación del personal de los hospitales psiquiátrico, una mayor conexión con las redes comunitarias y el apoyo de las Oficina de la Defensoría del Pueblo. 3. La población potencial de nuevos usuarios. Se realizarán acciones de información a la comunidad y a las instituciones de otros sectores sobre las facilidades de atención comunitaria en salud mental y de atención hospitalaria y de emergencia en los Establecimientos de Salud nivel II y/o III.

A. Gonzáles

Justificación	Los trastornos mentales comprenden cinco de las diez causas principales de la carga de morbilidad en todo el mundo. Se prevé que el porcentaje de morbilidad mundial es atribuible a los trastornos mentales y del comportamiento y aumenten al 15% al 2020 y que sea mayor en los países en desarrollo, debido a factores relacionados al envejecimiento de la población y rápida urbanización. Los problemas de salud mental entrañan costos económicos y sociales altos. Los trastornos mentales influyen en el curso y el pronóstico de afecciones comórbidas crónicas, tales como el cáncer, la cardiopatía coronaria, la diabetes y el VIH/SIDA. En el Perú durante el año 2008, se perdieron 5, 249,641 AVISA (182.2 por cada 1000 habitantes) con una mayor proporción producto de la discapacidad que de la muerte prematura (58.8% AVDvs 41.2% AVP). Los AVISA fueron más altos en hombres, en menores de 5 años y en mayores de 60 años como consecuencia principalmente de las enfermedades no transmisibles (57.9%). A pesar de la magnitud de la carga que representan los trastornos mentales y neurológicos, la brecha del tratamiento es abrumadora; nos referimos al porcentaje de personas con trastornos mentales y el porcentaje que no recibe tratamiento alguno, la respuesta de los servicios de salud ha sido y es por lo general limitada o inadecuada. La atención de la salud mental de la población en el Perú históricamente ha sido relegada habiéndose priorizado la atención de la salud física bajo la premisa que los problemas vinculados a ésta generan mayor mortalidad y sufrimiento. Sin embargo, en el Perú cada año mueren entre 900 a 1,000 personas por suicidio y el 20% de la población adulta y adulta mayor padece de un trastorno mental, especialmente depresión, trastornos de ansiedad y alcoholismo, sin considerar a quienes sufren de violencia, además del 20% de niños y niñas sufren algún trastorno mental como problemas del comportamiento y problemas de aprendizaje. La brecha de atención de pacientes es profunda, solo el 10% recibe tratamiento. Una de las causas principales centralización porque los servicios de salud mental no están descentralizados. El Ministerio de Salud a través de la Ley N° 29889, que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud garantiza los derechos de las personas con problemas de Salud Mental, dice "Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de Salud Mental, sin discriminación. El estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención para la atención de Salud Mental en número suficiente, en todo el territorio Nacional, y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación", a través de un abordaje comunitario. En el marco de la citada Ley el Ministerio de Salud, ha implementado a la fecha 106 Centros de Salud Mental Comunitario a nivel nacional, 22 Unidades de hospitalización de psiquiatría y adicciones, 02 Unidad de hospital de día de salud mental y adicciones, 07 Hogares Protegidos (05 en la Regino de Loreto, 01 en Moquegua, 01 en el Distrito de Carabayllo - Lima). Los Hogares protegidos son servicio médico de apoyo que brinda protección residencial transitoria, para pacientes en condiciones de alta hospitalaria, que requieren cuidados mínimos de auxiliares de enfermería, por no disponer de protección familiar y/o se encuentran en riesgo familiar. La DSAME como órgano rector en el marco de sus competencias en salud mental de la DGIESP aprobó con fecha 25 de julio del año 2018 mediante Resolución Ministerial N° 701-2018 /MINSA la NORMA TÉCNICA DE SALUD DE HOGARES PROTEGIDOS la misma que tiene por finalidad contribuir a la mejora de la autonomía de las personas con discapacidad por trastorno mental grave o severo y del comportamiento para reducir el deterioro y recuperar las funciones que limitan su funcionamiento personal, familiar y social en el marco de los derechos ciudadanos y la inclusión social y; que garanticen los adecuados procesos, organización y funcionamiento de los servicios mencionados.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1. Conformar y formalizar el comité de desinstitucionalización en cada hospital. **Fuente auditable:** Resolución Directoral (RD) aprobando comité de desinstitucionalización, a mayo del 2019.	Cumple con todas las acciones de los ítems 1 y 2 en

A Gonzáles

	2. Elaborar y aprobar el plan de desinstitucionalización en cada hospital. **Fuente auditable:** Resolución Directoral (RD) aprobando Plan de desinstitucionalización, a mayo del 2019.	los plazos establecidos 30%
	3. Informe dando cuenta que al menos el 10% usuarios institucionalizados han sido reubicados en la comunidad (hogares protegidos o su familia). **Fuente auditable:** Informe de usuarios institucionalizados han sido reubicados en la comunidad (hogares protegidos o su familia), durante el año, dicho informe será enviado al MINSA al 31 de enero del 2020.	Cumple con la acción del ítem 3 en la proporción y plazo establecidos 70%
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Salud Mental.	
Área responsable de la Información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Salud Mental.	
Frecuencia de medición	Evaluación: anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Salud Mental de la DGIESP, a partir de los Informes remitidos por los Hospital Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán.	

MINISTERIO DE SALUD DG
A. Gonzáles

MINISTERIO DE SALUD - DGOS - DIRECCIÓN GENERAL

Ficha Nº 24. Fortalecimiento a la implementación de Telemedicina.

Nombre	**Fortalecimiento a la implementación de Telemedicina.**	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.	
Institución	**DIRESA/GERESA, REDES, DIRIS, Hospitales e Institutos**	
Definición	La Telesalud es una estrategia de prestación de servicio de salud a fin de mejorar la eficiencia y calidad e incrementar su cobertura mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el sistema nacional de Salud; por ello es política del MINSA el promover su desarrollo. La Telesalud comprende telemedicina, telegestión, telecapacitación, teleinformación. La incorporación de la Telesalud, está cambiando el modo en que funcionan los sistemas de salud en todo el mundo y sobre todo en Perú, donde por nuestra geografía es de imperiosa necesidad el desarrollo de la Telesalud. La Telemedicina es uno de los ejes de desarrollo de Telesalud, permite la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación o rehabilitación prestados por personal de salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.	
Justificación	Los avances tecnológicos, la constante innovación y aplicación de conocimiento científico a distintos elementos o temas relacionados con la salud han contribuido a cambios significativos en los diagnósticos, tratamientos y recuperación de pacientes afectados por alguna enfermedad. Asimismo, ello ha ayudado a prevenir y/o evitar que más personas en distintas partes del mundo tengan algún deterioro en su salud. El uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación en el sector salud, se concatena con el proceso de modernización de la gestión del Estado propuesto en la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, la cual establece como su finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos; cumplimiento que se realiza con la potencialización de los servicios de salud a través de los servicios de Telesalud, ampliando no solo la cobertura de estos servicios con el factor de difuminación de barreras geográficas que ofrecen las tecnologías de la información y la comunicación, sino descentralizando los servicios de manera virtual gracias al atributo de instantaneidad que ofrecen estas tecnologías en las aplicaciones de los distintos servicios públicos como los de salud. En cumplimiento a la Ley Marco de Telesalud, Ley N° 30421 modificada por el Decreto Legislativo N° 1303, y su reglamento aprobada mediante Decreto Supremo N° 003-2019-SA establece a la Telesalud como una estrategia para disminuir la brecha de acceso a los servicios de salud, principalmente en las IPRESS ubicadas en un área geográfica con limitaciones de acceso geográfico, de comunicaciones o de capacidad resolutiva. La prestación de los servicios de salud -Telemedicina, se aplica a todas las áreas de acción en cuyo caso intervienen el teleconsultor y el teleconsultante. Por lo tanto, es necesario que el desarrollo de la telemedicina se impulse a nivel nacional en beneficio de la población, razón por la cual se ha incluido como uno de los compromisos de mejora de Convenios de Gestión 2019.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	**DIRESA/GERESA, DIRIS.** **Registro de IPRESS con telemedicina en RENIPRESS.** 1. Registrar establecimientos de salud de su jurisdicción con la actualización de datos en la cartera de servicio Telesalud-telemedicina. en el RENIPRESS. Para el caso de la DIRESA/GERESA:	Si cumple: DIRESA/GERESA Criterio 1: 50% Criterio 2: 100%

L. MA C.

	Criterio 1: 5% al 7% de IPRESSS registrados y actualizados con cartera de servicios. **Criterio 2**: Del 8 al 10% registrado y actualizado con cartera de servicios. Para las DIRIS de Lima Metropolitana: Como mínimo 15 IPRESS del primer nivel de atención registrados y actualizados con cartera de servicios. **Fuente auditable: RENIPRESS** **REDES DE SALUD, DIRIS** **IPRESS en el primer nivel de atención y segundo nivel de atención < de 50 camas (tele consultante)** [27] 1. Realizar como mínimo 3 tele consultas mensuales en las IPRESS registradas en RENIPRESS. Con el servicio de telemedicina-tele consulta. [28] **Fuente auditable:** Reporte HIS (setiembre - diciembre 2019).	Si cumple DIRIS de Lima Metropolitana 20% Si cumple: REDES DE SALUD 100% Si cumple: DIRIS de Lima Metropolitana 80%
	HOSPITALES > 50 CAMAS E INSTITUTOS. 1. **Tele consultas (tele consultor)** Realizar como mínimo 10 atenciones de solicitudes de tele consultas mensuales. **Fuente auditable:** Reporte HIS. (setiembre-diciembre 2019) 2. **Teleconsultas (teleconsultante)** Realizar como mínimo 5 teleconsultas mensuales en las IPRESS Registradas en RENIPRES.[29] **Fuente auditable:** Reporte HIS. (setiembre-diciembre 2019) 3. **Telemamografía**[30]: a) La IPRESS consultante deberá realizar los envíos de 100 estudios de mamografía por mes a la IPRESS consultora, para su lectura y respuesta de informes de mamografía por tele apoyo al diagnóstico. b) La IPRESS consultora responde al 100% las solicitudes de telemamografía, en un plazo promedio no mayor de 10 días hábiles. **Fuente auditable:** Reporte HIS de telemamografía y reporte emitido por teleconsultor (setiembre 2019 a enero 2020)	Si cumple el criterio 1,2 y el criterio 3 (para IPRESS registradas en DITEL con telemamografía) 100%)

L. MA C.

[27] Se considerará para la evaluación de teleconsultas a las IPRESS registradas en RENIPRESS (Como mínimo a las registradas al mes de setiembre 2019).

[28] Para IPRESS de categoría I-4 se considerará las teleconsultas que realicen como consultor y/o consultante.

[29] Opcional para Institutos y hospitales nivel III de Lima Metropolitana.

[30] Aplica para IPRESS que cuenten con mamógrafo digital y/o mamógrafo con digitalizador y que se encuentren con el servicio activo de telemamografía. DITEL Registra y consolida a las IPRESS que cuenten el servicio activo.

Área responsable técnico.	Dirección de telemedicina de la Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencias.	
Área Responsable de la información.	Dirección de Telemedicina (DITEL) de la Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia (DIGTEL)	
Frecuencia de medición.	Anual	
Fuente de datos	HIS, RENIPRESS, reporte emitido por teleconsultor en telemamografía.	
Notas:	Los códigos de telemedicina aprobados por RM N°902-2017/MINSA, Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud, para registro de teleconsultas y telemamografía en el HIS a efectos de los Convenios de Gestión – Telemedicina son los siguientes: 99499.01 (Teleconsulta en línea) 99499.03 (Teleconsulta fuera de línea) 99499.07 (Telemamografía fuera de línea)	

L. MAC.

ANEXO N° 3 - PROCEDIMIENTOS E INTERPRETACIÓN DE LOS CÁLCULOS DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM

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

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

Se aplica la siguiente fórmula:

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

Dónde:

PI: Porcentaje de cumplimiento anual del Indicador.

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

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

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

Ejemplo 1A

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

- Interpretación de los resultados:

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

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

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

Los posibles resultados son:

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

Ejemplo 2:

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

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

c. Para compromiso de mejora de los servicios:

- Si la institución realizó todas las acciones definidas y en las fechas establecidas, el porcentaje de cumplimiento es 100%. De no lograr todas las acciones y/o hacerlo fuera de las fechas establecidas, para los dos semestres, el porcentaje de cumplimiento del compromiso es 0%.
- Si la institución realizó todas las acciones definidas solamente para uno de los semestres, el porcentaje de cumplimiento será el que señala la Ficha Técnica para ese semestre. Así en el Ejemplo 3, para el Compromiso de Mejora "Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño" (Ficha Técnica N° 19 en Anexos), si la DIRESA cumple solo con criterios 1 y 2, tendrá un porcentaje de cumplimiento del compromiso de 30%; y si cumple con lo solicitado por los criterios 3 y 4 tendrá un porcentaje de cumplimiento de 70%.

Ejemplo 3
Compromiso de Mejora "Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño"

N°	Institución	Valor Logro esperado		Valor Logro Alcanzado		Porcentaje de cumplimiento Anual (%)
		Criterios 1 y 2	Criterios 3 y 4	Criterios 1 y 2	Criterios 3 y 4	
1	DIRESA Amanecer	30%	70%	30%	70%	100%

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

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

Ejemplo 1B

INDICADOR: Porcentaje de recién nacidos con dos controles de crecimiento y desarrollo CRED.

DIRESA/ GERESA/ DIRIS	RED	Valor Umbral (%)	Valor Logro Esperado (%)	Valor Logro Alcanzado (%)	Porcentaje de Cumplimiento Anual (I)	Peso Ponderado Asignado (P)
Éxito	Primera	14.6	36	44.8	100%	13
Éxito	Segunda	12	36	70.4	100%	10
Avanza	Primera	3.1	31	16.3	47.20%	12
Avanza	Segunda	2.7	28	18.8	63.60%	13
Avanza	Cuarta	2.7	28	10	28.70%	12
Avanza	Quinta	7	34	27.7	76.50%	10
Esperanza	Primera	1	28	1.8	2.90%	12
Esperanza	Segunda	0.69	28	1.8	4.00%	10
Esperanza	Tercera	12.8	36	10.3	0%	10

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

$$PG = \frac{\Sigma\,(I_1 \times P_1 + I_2 \times P_2 + I_3 \times P_3 + I_{14}\, P_4 + I_5 \times P_5 + \ldots + In \times P_n)}{100}$$

Dónde:

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

Σ : Sumatoria

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

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

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

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

DIRESA PRIMORDIAL					
Meta Institucional (MI) /Indicador de Desempeño (ID)/ Compromiso de Mejora (CM)	**Valor Umbral (%)**	**Valor Logro Esperado (%)**	**Valor Logro Alcanzado (%)**	**Porcentaje de Cumplimiento Anual (PI)**	**Peso Ponderado Asignado (P)**
1. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses.	44.6	32.2	30.1	**100**	**9**
2. Porcentaje de niños menores de 2 años con suplementación de hierro y/o MN.	15	>= 25	20	**50**	**8**
3. Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.	80	95	85	**33.3**	**9**
4. Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED.	2.7	28	18.8	**63.6**	**8**
5. Porcentaje de parto institucional rural.	61.7	63.5	65	**100**	**7**
6. Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	56	62	80	**100**	**10**
7. Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada.	5	8	10	**100**	**8**

8. Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS con despistaje de Cáncer de cuello uterino.	56.2	61.2	50.2	**0**	**10**
9. Productividad hora médico en consulta externa.		4 a 5	3 a 5	**80**	**7**
10. Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.		Cumple 3 acciones (2 primer y 1 segundo semestre).	Ninguna en primer semestre. Cumplió 1 acción en segundo semestre	**70**	**7**
11. Establecimientos de salud preparados para el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y tuberculosis.		Cumple 5 acciones (2 primer y 3 segundo semestre).	Cumplió con todas las acciones.	**100**	**5**
12. Supervisión a los establecimientos de salud.		Cumple 3 acciones (2 primer y 3 segundo semestre)	Cumplió con todas las acciones.	**100**	**7**
13. Establecimientos de salud (EESS)) que aseguran los insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.		70% de EESS de la Región con 85% o más de disponibilidad de equipos, insumos críticos y medicamentos.	50% EESS con el logro esperado.	**0**	**5**
					100

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

Ejemplo 4B

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

PG = 61.6%

ANEXO N° 4 - ESCALA REFERENCIAL DE ENTREGA ECONÓMICA ANUAL[31]

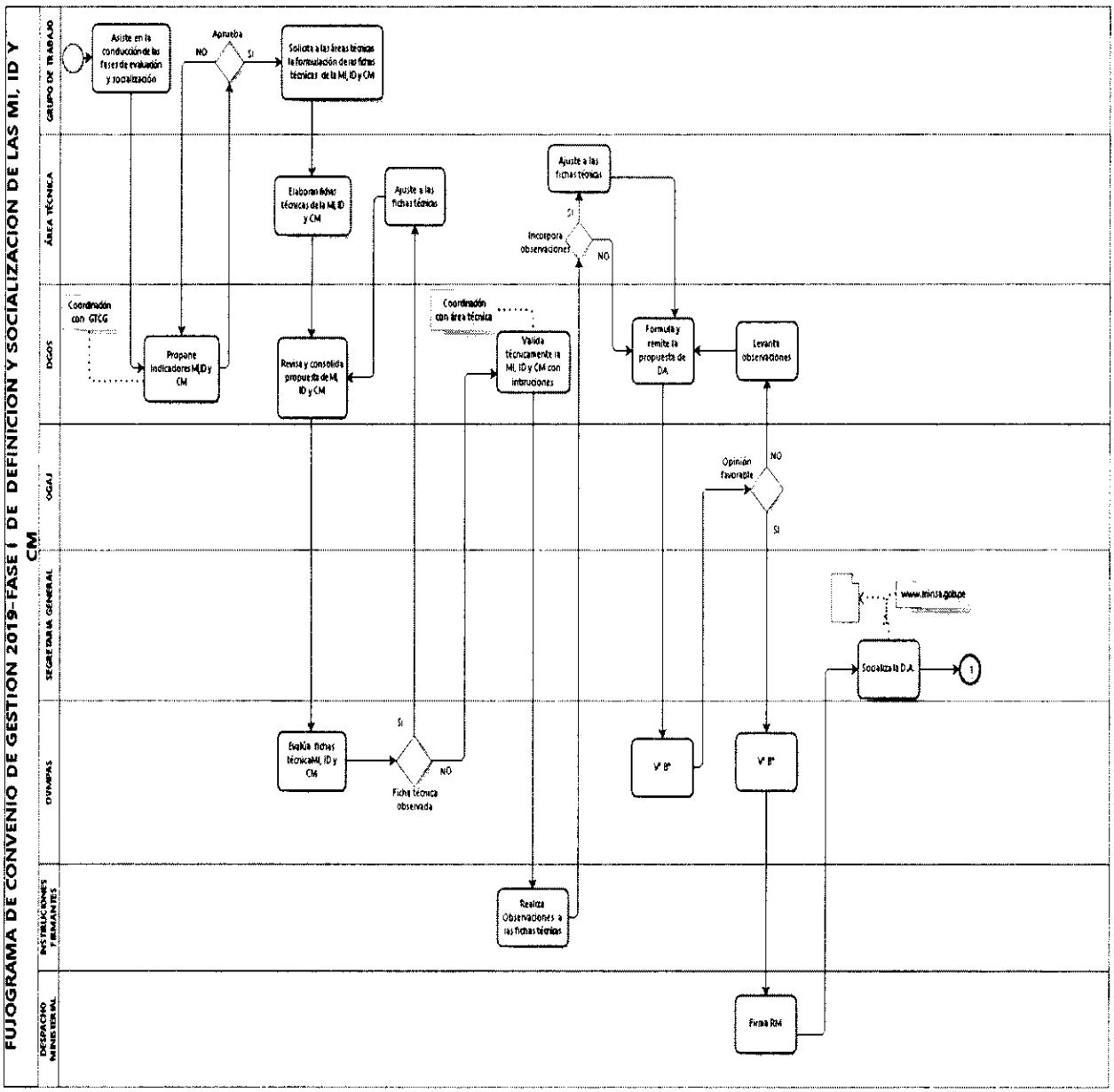
ENTREGA ECONÓMICA ANUAL						
(En Nuevos Soles)						
Personal de la Salud		**Porcentaje Global de Logro**				
		Mayor o igual que 95% hasta 100%	Mayor o igual que 90% y menor que 95%	Mayor o igual que 80% y menor que 90%	Mayor o igual que 70% y menor que 80%	Mayor o igual que 60% y menor que 70%
Médico cirujano		4,568	4,340	3,883	2,056	1,370
Cirujano dentista, químico farmacéutico, obstetra, enfermero, médico veterinario1, biólogo1, psicólogo1, nutricionista1, ingeniero sanitario1, asistenta social1, tecnólogo médico y químico.		2,239	2,127	1,903	1,008	672
Técnicos especializados de los servicios, de fisioterapia, laboratorio y rayos X		1,949	1,852	1,657	877	585
Personal de la salud técnico asistencial y auxiliar asistencial	**SPA - SPF**	1,951	1,853	1,658	878	585
	STA - STF	1724	1638	1465	776	517
	SAA - SAF	1699	1614	1444	765	510
1/ Que presta servicio en el campo asistencial de la salud.						

[31] Decreto Supremo N° 022-2019-EF, Decreto Supremo que aprueba los nuevos montos de la valorización principal que forma parte de la compensación económica que se otorga al personal de la salud en el marco del Decreto Legislativo Nº 1153 y autorizan Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2019 a favor de diversos pliegos del Gobierno Nacional y Gobiernos Regionales.

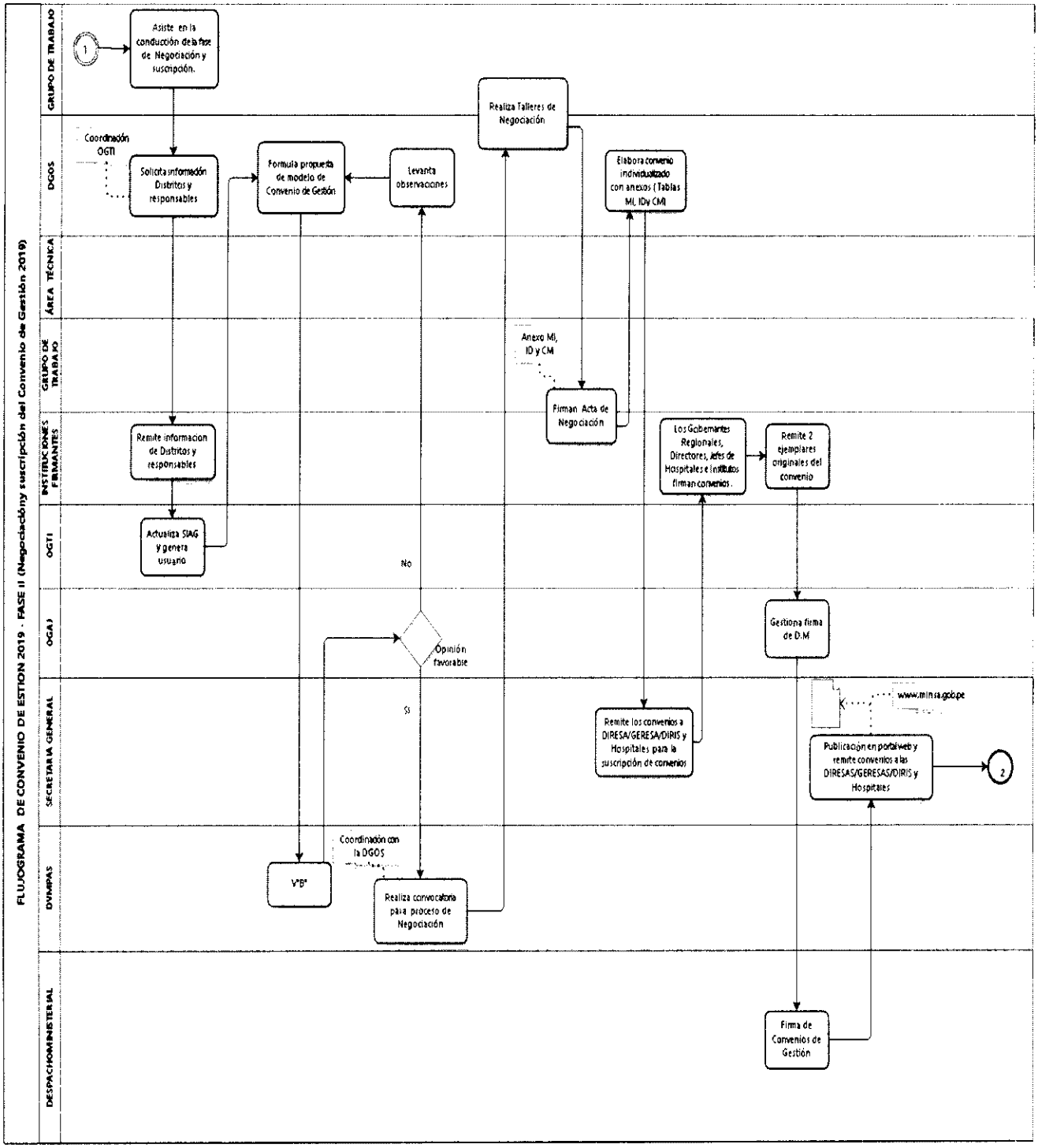
ANEXO N° 5 - CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN 2019

PLAZO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
5 días hábiles	Regularización del envío de datos correspondientes a bases de datos oficiales de información estadística, epidemiológica, patrimonial o medicamentos e insumos Incluye información estadística hospitalaria	Director General / Gerente Regional de Salud de los Gobiernos Regionales Directores Generales de Hospitales, Institutos y de las Direcciones de Redes de Lima Metropolitana
15 días calendario	Registro de información sustentatoria del cumplimiento de las MI, ID y CM en el SIAG V 2019 administrado por OGTI.	Director General / Gerente Regional de Salud de los Gobiernos Regionales Directores Generales de Hospitales, Institutos y de las Direcciones de Redes de Lima Metropolitana
20 días hábiles	Evaluación del cumplimiento de las MI, ID y CM en el aplicativo informático	Áreas técnicas del MINSA
Hasta 2 días hábiles	Publicación de los resultados preliminares de la evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM.	Oficina General de Tecnología de la Información
15 días hábiles	Envío de solicitudes de reconsideración sobre los resultados preliminares de evaluación a las áreas técnicas del MINSA.	Director General / Gerente Regional de Salud de los Gobiernos Regionales Directores Generales de Hospitales, Institutos y de las Direcciones de Redes de lima metropolitana
15 días hábiles	Evaluación de las solicitudes de reconsideración.	Áreas Responsable de Información y Áreas Técnicas Del MINSA
2 días hábiles	Publicación de los resultados definitivos de la evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM	OGTI/DGOS/SG
Hasta 5 días hábiles	Envío del informe final de evaluación.	Áreas Técnicas del MINSA
Hasta 5 días hábiles	Elaboración de informe final y envío a OGPPM	DGOS

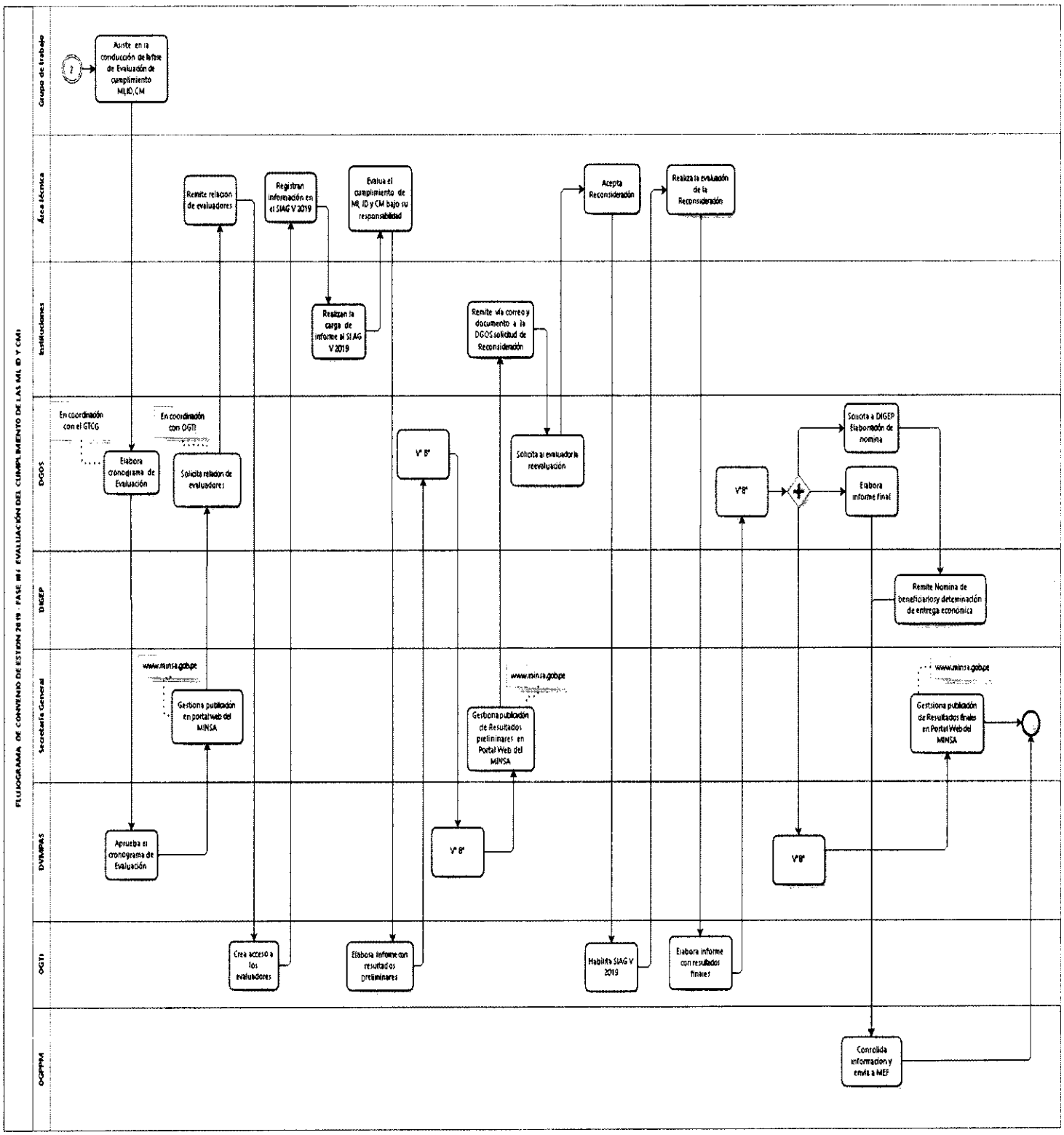
ANEXO N° 6 – Flujograma de procesos



D.A. Directiva Administrativa
GTCG: Grupo de Trabajo de Convenio de Gestión.



SIAG V 2019: Sistema de Información de Acuerdo de Gestión versión 2019


FLUJOGRAMA DE CONVENIO DE GESTION 2019 - FASE III: EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ML ID Y CMI
Grupos de trabajo
Área técnica
Instituciones
DGOS
DIGEP
Secretaría General
DVMPAS
OGTI
OGPPM
Asiste en la conducción de la fase de Evaluación de cumplimiento ML/ID, CM
Remite relacion de evaluadores
Registran información en el SIAG V 2019
Evalua el cumplimiento de ML ID y CM bajo su responsabilidad
Acepta Reconsideración
Realiza la evaluación de la Reconsideración
Realizan la carga de informe al SIAG V 2019
Remite vía correo y documento a la DGOS solicitud de Reconsideración
En coordinación con el GTCG
En coordinación con OGTI
Elabora cronograma de Evaluación
Solicita relacion de evaluadores
V° B°
Solicita al evaluador la reevaluación
V° B°
Solicita a DIGEP Elaboración de nomina
Elabora informe final
Remite Nomina de beneficiarios y determinación de entrega económica
www.minsa.gobpe
Gestiona publicación en portal web del MINSA
Gestiona publicación de Resultados preliminares en Portal Web del MINSA
Gestiona publicación de Resultados finales en Portal Web del MINSA
Aprueba el cronograma de Evaluación
V° B°
V°B°
Crea acceso a los evaluadores
Elabora informe con resultados preliminares
Habilita SIAG V 2019
Elabora informe con resultados finales
Controla información y envía a MEF

ANEXO N° 7 - LISTA DE ACRÓNIMOS

CDC	–	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
CENARES	–	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
DGAIN	–	Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional
DGIESP	–	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
DGOS	–	Dirección General de Operaciones en Salud
DIEM	–	Dirección de Equipamiento y Mantenimiento
DIGEMID	–	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIGEP	–	Dirección General de Personal de la Salud
DIGTEL	–	Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias
DITEL	–	Dirección de Telecomunicaciones
DIMON		Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en Salud
DIRESA	–	Dirección Regional de Salud
DIRIS	–	Dirección de Redes Integradas de Salud
GERESA	–	Gerencia Regional de Salud
INEN	–	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
MINSA	–	Ministerio de Salud
OGAJ	–	Oficina General de Asesoría Jurídica
OGDESC	–	Oficina General de Gestión Descentralizada
OGTI	–	Oficina General de Tecnologías de la Información
OPEE	–	Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Estudios Económicos
OGPPM	–	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
SG	–	Secretaría General
SISMED	–	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos
SIAG V 2019	–	Sistema de Información de Acuerdos de Gestión versión 2019

MINISTERIO DE SALUD

No. 1048-2019/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Z. TOMAS

J. HERRERA C.

S. VASQUEZ L.

Resolución Ministerial

Lima, 07 de Noviembre del 2019

L. MA C.

Visto, el Expediente N° 19-122062-001, que contiene la Nota Informativa N° 1111-2019-DGOS/MINSA y el Informe N° 010-2019-GMSV-DIMON-DGOS/MINSA, emitidos por la Dirección General de Operaciones en Salud del Ministerio de Salud; y,

CONSIDERANDO:

S. YANCOURT

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

G. REVILLA S.

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

C. KURIOWA P.

Que, en ese contexto, y como parte del fortalecimiento del Sector Salud, mediante Decreto Supremo N° 032-2018-SA, se establecen los criterios para las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2019, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, para incentivar y garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud en beneficio de la población;

A. Gonzáles

Que, el artículo 4 del citado Decreto Supremo, establece que el Ministerio de salud, mediante documento normativo aprobado con Resolución Ministerial, define las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios y las fuentes de datos para la evaluación del cumplimiento de logros esperados para las DIRESAS y Redes de Salud; Hospitales de II y III nivel no especializados; hospitales e institutos especializados de III nivel; y hospitales de emergencias;

O. BROGGI

S. REYES

Que, asimismo, el artículo 7 del referido Decreto Supremo señala que, para la asignación económica anual por cumplimiento de metas correspondiente al año 2019, se requiere la suscripción de convenios de gestión entre el Titular del Ministerio de Salud con los Gobernadores de los Gobiernos Regionales, o con los Directores y/o Jefes de los órganos desconcentrados del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, según corresponda;

J. HERRERA C

Que, mediante los documentos del Visto, la Dirección General de Operaciones en Salud, propone la "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en salud, alcanzados en el año 2019, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153";

S. VASQUEZ L.

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

L. MA C.

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

S. [illegible]

De conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado, el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificada por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba su Reglamento de Organización y Funciones, modificada por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA y el Decreto Supremo N° 032-2017-SA; y el Decreto Supremo N° 032-2018-SA, que establece los criterios para las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2019, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;

G. REVILLA S.

C. KUROIWA P.

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar 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", que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

A. Gonzáles

O. BROGGI

S. REYES

MINISTERIO DE SALUD

No. 1048-2019/minsa

REPUBLICA DEL PERU

J. HERRERA C.

S. VASQUEZ L.

Resolución Ministerial

Lima, 07 de Noviembre del 2019

L. MA C.

S. YANCOURT

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General, la publicación de la presente Resolución Ministerial y su respectivo anexo, en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

G. REVILLA S.

ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZÁLES
MINISTRA DE SALUD

C. KUROIWA P.

A. Gonzáles

O. BROGGI

S. REYES