



Resolución Ministerial

Lima, 17... de DICIEMBRE... del 2018

Visto, el Expediente N° 18-129164-001, que contiene la Nota Informativa N° 1124-2018-DGOS/MINSA y el Informe N° 013-2018-PMVC-DIMON-DGOS/MINSA, emitidos por la Dirección General de Operaciones en Salud del Ministerio de Salud; y,

CONSIDERANDO:

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

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

Que, en ese contexto, y como parte del fortalecimiento del Sector Salud, mediante Decreto Supremo N° 022-2018-SA, se establece los criterios para definir las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios a cumplirse en el año 2018, 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;

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;

Que, asimismo, el artículo 7 del referido Decreto Supremo señala que para la asignación económica anual por cumplimiento de metas correspondiente al año 2018, se requiere la suscripción de convenios de gestión, cuyos aspectos técnicos relacionados a su



J. MORALES C.



D. VENEGAS



J. DEDIOS



J. MORALES C.



J. AYO



V. Alarcón



J. HERRERA C.



M. DIAZ DLS.

formulación, negociación, suscripción, implementación y evaluación formarán parte del documento normativo a que se refiere el considerando precedente;

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, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153";

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

Con el visado del Director General de la Dirección General de Operaciones en Salud; de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, del Director General de la Dirección General de Personal de la Salud, del Director General de la Oficina General de Tecnologías de la Información, del Director General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Secretario General y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

De conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado, el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba su Reglamento de Organización y Funciones, modificada por el Decreto Supremo N° 011-2017-SA y el Decreto Supremo N° 032-2017-SA; y el Decreto Supremo N° 022-2018-SA, que establece los criterios para las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2018, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 253 -MINSA/2018/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 servicios en salud, alcanzados en el período 2018, para la entrega económica establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153", que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina 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.




SILVIA ESTER PESSAH ELJAY
MINISTRA DE SALUD



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS
METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE
LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y
COMPROMISOS DE MEJORA DE SERVICIOS EN SALUD,
ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, 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 2018	8
5.3.1	FASE DE DEFINICIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LAS MI, ID Y CM.....	8
5.3.2	FASE DE FORMULACIÓN, NEGOCIACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN.....	9
5.3.3	FASE DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM.....	10
5.3.4	FASE DE ENTREGA ECONÓMICA POR CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM	13
5.4	OTRAS CONSIDERACIONES.....	15
5.4.1	ALTERACIÓN DE DATOS PARA ALTAS Y BAJAS EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM	15
5.4.2	SOBRE LOS CONVENIOS DE GESTION	15
6.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	16
6.1	DISTRIBUCIÓN DE MI, ID Y CM, POR INSTITUCIÓN	16
6.2	FICHAS TÉCNICAS de MI, ID y CM	16
6.3	VALOR UMBRAL Y VALOR DE LOGRO ESPERADO	18
6.4	DE LA INFORMACIÓN DE CUMPLIMIENTO de las MI, ID y CM	18
6.5	POSIBILIDADES DE RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN de MI, ID y CM	19
6.6	DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO DE las MI, ID y CM (PG).....	20
6.7	ENTREGA ECONÓMICA	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



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

ANEXO N° 3 - PROCEDIMIENTOS E INTERPRETACIÓN DE LOS CÁLCULOS DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM	82
ANEXO N° 4 - ESCALA REFERENCIAL DE ENTREGA ECONÓMICA ANUAL	89
ANEXO N° 5 - CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN 2018	90
ANEXO N° 6 – Flujograma de procesos.....	91
LISTA DE ACRÓNIMOS.....	93



1. FINALIDAD

Contribuir a la mejora de los procesos de implementación del 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 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 umbral 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° 304-2012-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Decreto Supremo N° 116-2014-EF, que aprueba los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales,



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.

- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modificatoria.
- DECRETO SUPREMO N° 015-2018-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.
- Decreto Supremo N° 022-2018-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 2018, 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.
- La 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 (CM)**

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

- **Convenio de gestión**

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

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Metropolitana o el Director General de las Direcciones de Redes Integradas de Salud, según corresponda.

- **Institución firmante**

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

- **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 la meta y la medición del cumplimiento de los logros esperados y las responsabilidades de las áreas técnicas y de información.

- **Hospital**

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

- **Hospital de Emergencias**

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

- **Hospital Especializado**

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

- **Indicador de desempeño (ID)**

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

- **Institución**

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

- **Instituto Especializado**

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





- **Logro esperado**

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

- **Logro alcanzado**

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

- **Meta institucional (MI)**

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

- **Negociación de los convenios de gestión**

La negociación del Convenio de Gestión es un proceso de interacción entre el Grupo de Trabajo, con la asistencia de los equipos técnicos del MINSA, y las DIRESA / GERESA / DIRIS, los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana y el INEN, 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, incluyendo el probable retiro de un indicador cuando no sea posible su evaluación.

- **Peso ponderado**

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

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

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

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

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

- **Porcentaje Global de Cumplimiento**

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

- **Valor Umbral**

Es el valor a partir del cual se evalúa positivamente una meta institucional o indicador de desempeño que es definido por el Ministerio de Salud.

5.2 METODOLOGÍA Y DEFINICIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

5.2.1.1 Es definida y propuesta a través de la conformación del Grupo de Trabajo señalado en el párrafo siguiente, que 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.

5.2.1.2 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.
- Un representante de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

5.2.1.3 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 descritos en la presente Directiva.



5.3 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018

El procedimiento para la evaluación del cumplimiento de MI, ID y CM alcanzados en el periodo 2018, 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

- 5.3.1.1 El Grupo de Trabajo define las MI, ID y CM en el marco de las políticas nacionales, las prioridades sanitarias y el Plan Estratégico Sectorial Multianual.
- 5.3.1.2 El Grupo de Trabajo convoca a las áreas técnicas responsables¹ para la definición de las Fichas Técnicas que establecen las MI, ID y CM.
- 5.3.1.3 Las áreas técnicas responsables elaboran las propuestas de las Fichas técnicas de los MI, ID y CM y las presentan al Grupo de trabajo para su incorporación a la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, para la entrega económica, establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153 en el marco del Decreto Supremo 022-2018-SA.
- 5.3.1.4 La DGOS gestiona la promulgación de una resolución ministerial que apruebe la Directiva Administrativa.

¹ DGIESP, DGAIN, CENARES, DGOS, CDC, DIGEMID, OGPPM, OGTI, DIGTEL

- 5.3.1.5 La Resolución Ministerial que aprueba la Directiva Administrativa será socializada² por el Grupo de Trabajo, a través de la Secretaría General, a las potenciales instituciones firmantes en forma previa a la negociación.

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

- 5.3.2.1 En cumplimiento del artículo 3 del Decreto Supremo N° 116-2014-EF, y en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153; como condición para el otorgamiento de la entrega económica, se requiere la suscripción de Convenios de Gestión 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 e Institutos Especializados de Lima Metropolitana o el Director General de las Direcciones de Redes Integradas de Salud, según corresponda.
- 5.3.2.2 El Grupo de Trabajo elabora el modelo de Convenio de Gestión y los envía a DGOS para la gestión de su aprobación.
- 5.3.2.3 La DGOS envía el modelo de Convenio de Gestión a la OGAJ para su aprobación.
- 5.3.2.4 La DGOS formula los Convenios de Gestión y adiciona el anexo conteniendo las MI, ID y CM, los valores umbrales, los logros esperados y la distribución de los pesos ponderados para cada institución.
- 5.3.2.5 Previo al desarrollo de la negociación, la DGOS remite a la DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana los convenios de gestión y el anexo conteniendo las MI, ID y CM, los valores umbrales, los logros esperados y la distribución de los pesos ponderados.
- 5.3.2.6 La negociación trata sobre los **valores umbrales** de acuerdo a los criterios establecidos en las fichas técnicas de las MI, ID y CM. Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos que conforman las redes a evaluar; así como los hospitales menores de 50 camas que serán objeto de la evaluación del Convenio de Gestión 2018.
- 5.3.2.7 Si antes de la suscripción de un Convenio de Gestión correspondiente a una institución en particular, se evidencia la imposibilidad de evaluar algún indicador de desempeño o algún compromiso de mejora de los servicios, y contando con la opinión favorable del área técnica responsable del Ministerio de Salud, se procederá a su retiro y a la reestructuración de los pesos ponderados por el Grupo de Trabajo.
- 5.3.2.8 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/u oficinas generales del MINSA responsables de la elaboración de las fichas técnicas.
- 5.3.2.9 En el proceso de negociación, las instituciones firmantes estarán representadas por los Directores y Gerentes de las DIRESA/GERESA, los Directores Generales de las DIRIS, el Jefe Institucional del INEN, los Directores de los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana con sus funcionarios de las áreas técnicas responsables de las MI, ID y CM y los funcionarios responsables de la información. Las DIRESA/GERESA/DIRIS deben contar con la participación de un



² Publicación en el portal oficial, envío de archivo electrónico, notificación física y teleconferencia

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

representante de cada una de las redes de salud y de los hospitales de la Región, o acreditar que previo a la negociación realizaron reuniones de coordinación con sus Instituciones.

- 5.3.2.10 Al término del periodo de negociación, la DGOS, en representación del MINSA, y las DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana aprueban el anexo del Convenio de Gestión en el cual se encuentra el acuerdo final de los logros esperados y los valores umbrales para las MI, ID y CM según cada institución.
- 5.3.2.11 El Grupo de Trabajo, a través de la Secretaría General, remite a los Gobiernos Regionales, Directores Generales de las DIRIS, al Jefe Institucional del INEN, a los directores de los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana dos ejemplares de la versión final del Convenio de Gestión para la firma del titular de la institución firmante.
- 5.3.2.12 Cada Gobierno Regional, las DIRIS, el INEN, los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, remiten al MINSA los dos ejemplares del Convenio de Gestión firmado por el Gobernador Regional, Director General de la DIRIS, Jefe Institucional del INEN o Directores Generales de Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana según corresponda, en un plazo no mayor a siete (07) días de la recepción del documento para la firma del titular del pliego.
- 5.3.2.13 A nivel del MINSA, la responsabilidad del seguimiento de la suscripción de los convenios de gestión es del Grupo de Trabajo, a través de la Secretaría General.
- 5.3.2.14 A nivel de los Gobiernos Regionales, la responsabilidad del trámite de la suscripción es del Director o Gerente de la DIRESA/GERESA, de los Directores Generales en el caso de las DIRIS, del Jefe Institucional del INEN y de los Directores Generales de los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana.
- 5.3.2.15 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

Cronograma de Evaluación

- 5.3.3.1 El cronograma de evaluación de los Convenios de Gestión se publica en el portal web institucional del MINSA (www.minsa.gob.pe). El Grupo de Trabajo puede efectuar reprogramaciones de acuerdo a las circunstancias que el proceso de evaluación lo amerite.

Información de Resultados alcanzados

- 5.3.3.2 El Director o Gerente de la DIRESA/GERESA, los Directores Generales en el caso de las DIRIS, el Jefe Institucional del INEN y los Directores Generales de los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana son responsables de la recolección, procesamiento, validación, almacenamiento de datos y envío de la información de los establecimientos de salud a su cargo. El cierre de la información sujeta a la evaluación de cumplimiento de los Convenios de Gestión 2018 se realiza el 28 de febrero de 2019, posteriormente a esa fecha no se admitirán modificaciones de las bases de datos sujetas a evaluación.

La DIRESA/GERESA/DIRIS/INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, a través de sus áreas técnicas, elaboran los informes para la evaluación de cumplimiento de los Compromiso de Mejora con base

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

a los criterios descritos en las Fichas Técnicas de los indicadores. Esta información también deberá cerrarse el 28 de febrero de 2019.

- 5.3.3.3 Una vez publicado el cronograma de evaluación, la OGTI solicitará a las instituciones firmantes la designación de un personal responsable del registro de la información, teniendo éstas un plazo de 7 días para tal designación mediante oficio. Las Diresas/GERESAS, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, enviarán a OGTI el nombre y datos de contacto de la persona responsable de registrar la información; para otorgarle una clave de usuario y contraseña para el aplicativo de registro; en caso de producirse el cambio de personal, éste debe ser oficializado ante la OGTI.
- 5.3.3.4 Las Oficinas y Direcciones Generales del MINSA enviarán a la OGTI el nombre de los evaluadores autorizados para evaluar la información registrada en el aplicativo de registro, la OGTI les asignará un usuario y contraseña.
- 5.3.3.5 El procesamiento de datos para la evaluación se realizará de manera automatizada a través del aplicativo informático de Convenios de Gestión 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 aplicativo informático. 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 aplicativo deben estar fechados, foliados y escaneados. El escaneado se realizará siguiendo los criterios técnicos establecidos por OGTI.
- 5.3.3.6 La OGTI pone a disponibilidad de las áreas técnicas y responsables de información, el acceso al aplicativo informático que se utiliza para registrar, procesar y emitir los correspondientes reportes del Porcentaje Global de Cumplimiento de las MI, ID y CM, de todas y cada una de las instituciones consideradas en los Convenios de Gestión suscritos.
- 5.3.3.7 La OGTI registra la nómina de los evaluadores externos, los únicos autorizados por sus respectivas Oficinas y Direcciones Generales del MINSA para evaluar la información emitida por las instituciones firmantes del convenio.
- 5.3.3.8 Culminada la etapa de registro, las instituciones firmantes comunican a DGOS, mediante documento formal, que han concluido el registro de la información.
- 5.3.3.9 Una vez cerrado el periodo de registro, la información no podrá ser modificada.

Medición del Porcentaje de cumplimiento de las MI e ID

- 5.3.3.10 La DGOS inicia la medición de cumplimiento de MI e ID indicando a la OGTI y a las direcciones u oficinas evaluadores que se inicie el proceso de evaluación, reiterando que toda la información debe ser cargada en el aplicativo informático de Convenios de Gestión.
- 5.3.3.11 Las direcciones u oficinas generales responsables de la información de los ID realizarán los cálculos a partir de las bases de datos oficiales y cargarán estos resultados en el aplicativo.
- 5.3.3.12 La etapa de evaluación culmina cuando los evaluadores remiten una comunicación escrita vía correo electrónico a OGTI, en el cual avisan que han concluido el proceso de evaluación



- 5.3.3.13 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

- 5.3.3.14 La Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN) y la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) realizan la evaluación y el cálculo del "Porcentaje de cumplimiento anual de logro esperado de los compromisos de mejora", según corresponda, a partir de la revisión y validación de la información remitida por las DIRESA/GERESA, DIRIS, INEN, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana (previamente registrado en aplicativo informático) aplicando los criterios establecidos en las fichas técnicas.

El CENARES realiza el cálculo del porcentaje de cumplimiento anual del CM: "establecimientos de salud que aseguran los medicamentos e insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados" y DGOS calcula el porcentaje de cumplimiento anual del CM: "establecimientos de salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados".

La Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias realiza la evaluación y el cálculo del CM: "Fortalecimiento de la implementación de atenciones por telemedicina".

Información de Evaluación Anual de Cumplimiento

- 5.3.3.15 La OGTI, en base a la información ingresada en el aplicativo por las áreas evaluadoras, calcula los porcentajes de cumplimiento y puntaje final de acuerdos a los criterios de las Fichas Técnicas y los ponderados establecidos.

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

- 5.3.3.16 La OGTI elabora el "Reporte Preliminar de Evaluación de Cumplimiento de las MI, ID y CM" y lo remite a DGOS, quien con su visto bueno lo eleva a Secretaría General para su publicación.

Publicación de resultados preliminares

- 5.3.3.17 La Secretaría General publica los resultados preliminares en el portal institucional del MINSA (www.minsa.gob.pe).

Solicitud de reconsideración por las instituciones firmantes

- 5.3.3.18 El proceso total de reconsideración durará sesenta (60) días hábiles a partir de la fecha de la publicación del reporte preliminar. La reconsideración debe contemplar el respeto de las condiciones pactadas en los Convenios de Gestión.
- 5.3.3.19 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 (DIRESA/GERESA/DIRIS, Hospitales Nacionales, Institutos y el INEN) tienen hasta diez (10) días hábiles para enviar sus solicitudes de reconsideración a la DGOS, el envío 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.
- 5.3.3.20 La DGOS, luego de recibir la solicitud de reconsideración, indica a la OGTI que permita la carga de la nueva información en el aplicativo por parte de la institución firmante, durante veinte (20) días hábiles. Los representantes de las Instituciones firmantes pueden reunirse con los representantes de las



áreas técnicas evaluadoras y con los responsables de la información del MINSA para el análisis de los pedidos.

- 5.3.3.21 Luego de cerrado el plazo para la nueva carga de información correspondiente a la reconsideración, los equipos evaluadores de los indicadores en reconsideración tienen un plazo de treinta (30) días hábiles, para ratificar o modificar el valor de la evaluación inicial. Los evaluadores responsables del indicador en reevaluación serán los únicos que validen el resultado final utilizando para ello el aplicativo de la OGTI. La decisión de los evaluadores es inapelable.

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

- 5.3.3.22 Culminada la etapa de reconsideración, la OGTI, en base a la información ingresada en el aplicativo por las áreas evaluadoras, 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 global de cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios (PG) de logro de MI, ID y CM mayor o igual a sesenta por ciento (60%).
- 5.3.3.23 La OGTI envía los resultados finales a la DGOS y a la DIGEP.
- 5.3.3.24 La DIGEP inicia la elaboración de la nómina de trabajadores beneficiarios.
- 5.3.3.25 La DGOS con su visto bueno, envía los resultados finales a la Secretaría General, para su publicación.
- 5.3.3.26 El proceso de Evaluación de cumplimiento de los Convenios de Gestión 2018 culmina con la entrega de un informe final al Ministerio de Economía, para ello se siguen los pasos siguientes:
- La DGOS compila los informes finales de cada oficina o dirección general responsable de la evaluación, elabora el informe final del Convenio de Gestión 2018 y lo envía a la OGPPM
 - La DGOS solicita a la DIGEP el envío de la nómina de beneficiarios y la determinación de la entrega económica a la OGPPM.
 - La OGPPM consolida la información proveniente de DGOS y de DIGEP y la envía al MEF.

Difusión de resultados finales

- 5.3.3.27 La DGOS envía a las instituciones firmantes el Informe Final de Evaluación del Cumplimiento Global de la MI, ID y CM.
- 5.3.3.28 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:



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

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

5.3.4.2 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 Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público, durante el periodo de evaluación.



Nómina del Personal

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

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

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 N° 116-2014-EF, el procedimiento es el siguiente:

- El Ministerio de Salud efectúa la transferencia de recursos que corresponda para el pago de la entrega económica anual por cumplimiento de las MI, ID y CM, a los Pliegos de los Gobiernos Regionales, Direcciones de Redes Integradas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana. De ser necesario, el Ministerio de Salud transfiere a las Instituciones que hayan alcanzado un porcentaje global de logro mayor o igual a noventa por ciento (90%) el monto correspondiente a la escala de referencia definida en el 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 ALTERACIÓN DE DATOS PARA ALTAS Y BAJAS EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS MI, ID Y CM

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

5.4.2 SOBRE LOS CONVENIOS DE GESTION

Las DIRESAS/GERESAS/DIRIS son responsables de indicar los hospitales con menos de 50 camas y establecimientos de salud que forman parte de las redes de salud de su jurisdicción en el anexo que forma parte de su convenio de gestión.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 DISTRIBUCIÓN DE MI, ID Y CM, POR INSTITUCIÓN

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

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

6.1.2 Los Hospitales con menos de 50 camas se evalúan como parte de las redes de salud de su ámbito. Para lo cual, la DIRESA/GERESA incluirá en el anexo del convenio de gestión, el listado de los hospitales que cumplen con esta condición y el nombre de la red de salud a la que pertenecen.

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.
- **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 las Metas alcanzadas.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

- **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 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. No aplica para compromisos de mejora
- **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.
- **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 las 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 aplicativo mencionado, respecto de: (i) la fidelidad e integridad de los datos registrados por las áreas responsables de información; (ii) su almacenamiento; (iii) la precisión del procesamiento conforme a los parámetros y cálculos que se establecen en la presente Directiva Administrativa; y (iv) la validación de los reportes de resultados.

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

6.5 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 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 fórmula³:

$$PG = \frac{\sum (I_1 \times P_1 + I_2 \times P_2 + I_3 \times P_3 + I_{14} \times P_4 + I_5 \times P_5 + \dots + I_n \times P_n)}{100}$$

Donde:

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

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 ECONÓMICA

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 servicios, y estará afecta al impuesto a la renta.



³ 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 del Grupo de Trabajo y su secretaría técnica, 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° 116-2014-EF
- Anexo N° 05: Cronograma de evaluación de los convenios de gestión 2018.
- Anexo N° 06: Flujograma de procesos.

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)	Niño / Niña menor de 15 meses con vacunas completas para su edad	10
	Porcentaje de abandonos al tratamiento de tuberculosis sensible (TBS)	10
	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones pre-malignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.	8
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	8
	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud	8
	Establecimientos de salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados	8
	Establecimientos de salud que aseguran los insumos y medicamentos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	8
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	5
	Implementación de la Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	5
	Implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios	5
	Fortalecimiento de la implementación de atenciones por telemedicina	5



Tabla 2: Tabla de metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) de la DIRIS 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)	Porcentaje de niños de 4 meses que inician suplementación con gotas de hierro.	7
	Niño / Niña menor de 15 meses con vacunas completas para su edad	7
	Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED	5
	Porcentaje de abandonos al tratamiento de tuberculosis sensible (TBS)	7
	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.	5
	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones pre-malignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.	4
	Rendimiento hora-médico en consulta externa.	5
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	6
	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud	4
	Establecimientos de Salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	5
	Establecimientos de Salud que aseguran los medicamentos e insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	5
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	5
	Implementación de la Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	5
	Implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios	5
	Fortalecimiento de la implementación de atenciones por telemedicina	5



Tabla 3: Tabla de metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora (CM) de las redes de servicios de salud y hospitales de menos de 50 camas y sus respectivos pesos ponderados

Tipo	Denominación	Peso Ponderado
Indicador de Desempeño (ID)	Porcentaje de niños de 4 meses que inician suplementación con gotas de hierro.	20
	Niño / Niña menor de 15 meses con vacunas completas para su edad	8
	Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED	6
	Porcentaje de abandonos al tratamiento de tuberculosis sensible (TBS)	8
	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.	6
	Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones pre-malignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.	5
	Rendimiento hora-médico en consulta externa.	5
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	6
	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud	6
	Establecimientos de Salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	5
	Establecimientos de Salud que aseguran los medicamentos e insumos críticos para los Programas Presupuestales seleccionados.	5
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	10
	Implementación de la Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	10



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

Tipo	Denominación	Peso Ponderado
Indicador de Desempeño (ID)	Rendimiento hora-médico en consulta externa.	16
	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.	16
	Promedio de permanencia cama	16
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	16
	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud	16
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario	4
	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	4
	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	3
	Fortalecimiento de competencias del personal de salud según patología priorizada institucional	3
	Implementación de la Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	3
	Fortalecimiento de la implementación de atenciones por telemedicina	3



Tabla 5: Tabla de metas institucionales (MI), 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)	Rendimiento hora-médico en consulta externa.	16
	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.	16
	Promedio de permanencia cama	16
	Disponibilidad de medicamentos esenciales	16
	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud	16
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario	5
	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	5
	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	4
	Fortalecimiento de competencias del personal de salud según patología priorizada institucional	3
	Fortalecimiento de la implementación de atenciones por telemedicina	3



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

I. METAS INSTITUCIONALES (MI)

Ficha N° 1. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.

Nombre	Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad.
Tipo	Meta institucional.
Institución	DIRESA/GERESA/DIRIS*
Definición	Proporción de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad con un valor de hemoglobina por debajo del 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 y el valor reportado en los últimos 03 años no muestra variación, siendo para el 2017, 43.6%.
Fórmula del Indicador – Meta Institucional	$\frac{\text{N° de niños y niñas de seis a treinta y cinco meses de edad con anemia}}{\text{N° de niños y niñas de seis a treinta y cinco meses de edad evaluados}} \times 100$
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> Si la prevalencia de anemia del año previo es >50% reducir en 8% el valor del año previo. Si la prevalencia de anemia del año previo se encuentra entre 40% y 50% reducir en 6% el valor del año previo. Si la prevalencia de anemia del año previo es <40% reducir en 5% del valor del año previo.
Valor umbral	Valor del año previo.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
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	<p>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.</p> <p>* Para las DIRIS aplica el valor reportado para Lima Metropolitana</p>

II. INDICADORES DE DESEMPEÑO (ID)

Ficha N° 2. Porcentaje de niños de 4 meses que inician suplementación con gotas de hierro.

Nombre	Porcentaje de niños de 4 meses que inician suplementación con gotas de hierro.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRIS y Redes de salud.
Definición	Determina el porcentaje de niños que a los 4 meses inician la suplementación preventiva con Gotas de Hierro.
Justificación	<p>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. Una intervención costo-efectiva para mejorar los niveles séricos de hierro y reducir la anemia en niños es la suplementación con hierro a partir de los 4 meses. Tres son las principales razones que justifican medir la oportunidad de inicio de suplementación del hierro en niños menores de un año:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los altos niveles de requerimiento de hierro en el segundo semestre de vida. Casi todos los organismos vivientes requieren de hierro para su desarrollo. En los humanos es esencial para el funcionamiento del sistema inmunológico, el desarrollo del sistema nervioso, específicamente, durante los primeros 24 meses de vida en la generación de nuevas conexiones neuronales. En los primeros 6 meses de vida se requiere 0.27mg/d, de 7 a 12 meses súbitamente sube a 11 mg/d el requerimiento y de uno a 3 años desciende a 7 mg/d. La cantidad de hierro que se necesita en el segundo semestre es de tal magnitud que es difícil de ser atendido satisfactoriamente con el hierro proporcionado con los alimentos por ello es necesario suplementar con hierro al niño o niña tempranamente. La oportunidad de la intervención es esencial para prevenir la deficiencia de hierro en el segundo semestre de vida que es el momento de mayor requerimiento. ✓ La deficiencia de hierro con o sin anemia antes de los 24 meses tiene efectos irreversibles en el desarrollo. La deficiencia de hierro en el segundo semestre (o antes de los 24 meses) tiene efectos irreversibles en el área cognitiva, motora y emocional en la edad escolar y adulta. ✓ La magnitud del problema de anemia durante el segundo semestre de vida en niños peruanos. De acuerdo con los reportes de la ENDES, la prevalencia de anemia en los niños durante el segundo semestre de vida es del 70%. Este es, el momento clave de prevenir la anemia. <p>La intervención desde los servicios de salud incluye la entrega de suplementos en gotas para los niños menores de 6 meses (según esquema vigente), que 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.</p>
Fórmula del Indicador	$\frac{\text{N° de niños que hayan iniciado suplementación con gotas de hierro a los 110-130 días de edad}}{\text{Total de niños que cumplen 130 días al mes de diciembre 2018 registrados en el padrón nominal distrital}} \times 100$



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Construcción del indicador	<p>Numerador: N° de niños del denominador que hayan iniciado suplementación con gotas de hierro a los 110-130 días de edad.</p> <p>Denominador: Total de niños que cumplen 130 días al mes de diciembre 2018 registrados en el padrón nominal de los distritos adscritos</p>
Logro esperado	80%
Valor umbral	40%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	HIS-MINSA
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos a evaluar en el momento de la negociación.



Ficha N° 3. Niño / Niña menor de 15 meses con vacunas completas para su edad

Nombre	Niño / Niña menor de 15 meses con vacunas completas para su edad
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRESA / GERESA / DIRIS y Redes de salud
Definición	Niño /niña menor de 15 meses que ha recibido todas las vacunas de acuerdo a su edad, según el Esquema Nacional de Vacunación vigente (Resolución Ministerial N° 719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP, "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación")
Justificación	<p>Las vacunas han demostrado ser altamente eficaces y costo efectivas y es gracias a estas intervenciones que se han evitado muerte y discapacidad en niños, producidas por enfermedades Inmunoprevenibles, actualmente el Perú, se encuentra en fase de eliminación y erradicación de la polio y el sarampión.</p> <p>Las personas beneficiadas con la vacunación tienen la oportunidad de crecer sanos y desarrollarse plenamente. Este beneficio debe ser alcanzado por todos los individuos y comunidades, a fin de que puedan disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles por vacunación.</p> <p>Actualmente, en nuestro país existe un Esquema Nacional de Vacunación con 17 vacunas que protegen contra 26 enfermedades graves que pueden afectar la salud o incluso poner en riesgo la vida de los niños y niñas.</p> <p>Sin embargo, a pesar de la alta efectividad y de los esfuerzos que se realizan, todavía no se logra alcanzar el 95% de cobertura, lo que constituye un reto para todos, por lo que debemos efectuar todas las acciones necesarias para lograr que nuestra población, especialmente los niños y niñas reciban una vacunación completa.</p>
Fórmula del indicador	<p>El cálculo de la cobertura se realiza por cada tipo de vacuna:</p> <p>1 dosis de BCG, 3 dosis de Pentavalente, 3 dosis de vacuna contra lo polio, 2 dosis de vacuna contra el rotavirus, 3 dosis contra la neumonía y una dosis de SPR.</p> <p>Como valor de cumplimiento del indicador se considerará la cobertura más baja.</p>
Construcción del indicador	<p>Para la construcción del indicador se consideran las coberturas anuales por cada tipo de vacuna y por grupo de edad en <u>forma nominal</u> y según <u>distrito de residencia</u>:</p> <p>En el menor de 1 año:</p> <p>BCG: Numero de vacunados con BCG x 100 /población de padrón nominal de menores de 1 año.</p> <p>ANTIPOLIO: Numero de vacunados con 3era dosis de APO x 100 /población de padrón nominal de menores de 1 año</p> <p>PENTAVALENTE: Numero de vacunados con 3era dosis de vacuna pentavalente x 100 /población de padrón nominal de menores de 1 año</p> <p>ROTAVIRUS: Numero de vacunados con 2da dosis de vacuna contra el rotavirus dosis x 100 /población de padrón nominal de menores de 1 año</p> <p>En población de 1 año:</p> <p>ANTINEUMOCOCCICA. - Numero de vacunados con 3era dosis de vacuna contra la neumonía x 100 /población de padrón nominal de 1 año</p> <p>SPR: Número de niños y niñas de 1 año que han sido vacunados con 1 dosis de SPR x 100 /población de padrón nominal de 1 año</p> <p>La población a ser utilizada será los niños registrados en el padrón nominal al corte del 31 de diciembre del 2018</p>
Logro esperado	>= 90% de cobertura de vacunación completa en el menor de 15 meses
Valor umbral	60% de cobertura de vacunación completa en el menor de 15 meses.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Cálculo del porcentaje de cumplimiento	90% a más → 100% del puntaje establecido para el indicador 80% a < 90% → 80% del puntaje establecido para el indicador 60% a < 80% → 60% del puntaje establecido para el indicador < 60% → 0% del puntaje establecido para el indicador
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	HIS/MINSA – Sistema de información, OGTI/MINSA del 01 de enero al 31 de diciembre 2018, con data cerrada al 28 de febrero del 2019
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Inmunizaciones
Área responsable de información	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos a evaluar en el momento de la negociación. Los valores umbrales para este indicador son no negociables.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 . MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 4. Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED dentro de sus primeros 15 días de vida.

Nombre	Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED dentro de sus primeros 15 días de vida
Tipo	Indicador de desempeño
Institución	DIRIS y Redes 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	$\frac{\text{N° de niños que tienen dos controles CRED en los primeros 15 días de vida}}{\text{N° de recién nacidos registrados en el padrón nominal (excluyendo ESSALUD y seguros privados) nacidos en el periodo del 1° de enero de 2018 al 15 de diciembre de 2018}} \times 100$
Construcción del Indicador	Numerador: N° de niños que tienen dos controles CRED en los primeros 15 días de vida. Denominador: N° de recién nacidos registrados en el padrón nominal (excluyendo ESSALUD y seguros privados) nacidos en el periodo del 1° de enero de 2018 al 15 de diciembre de 2018
Logro esperado	50%
Valor umbral	30%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	HIS/MINSA. Se considerará la información registrada hasta el 31 de diciembre 2018, con cierre del Sistema de información HIS al 28 de febrero del 2019.
Área responsable Técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de Información
Notas	El intervalo mínimo entre controles del RN es de 03 días. Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos a evaluar en el momento de la negociación.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 5. 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	<p>Determina la proporción de personas afectadas con tuberculosis sensible que reciben tratamiento para TB sensible (TBS) y que lo abandonan (perdidos en seguimiento) durante el periodo de evaluación. Permite medir la capacidad de respuesta del EESS ante una baja adherencia al tratamiento.</p> <p>Se define como abandono a toda persona que habiendo iniciado el tratamiento supervisado, deja de recibir la medicación por 30 días consecutivos. (NTS 104-2013/MINSA)</p>
Justificación	<p>El abandono (perdidos en el Seguimiento) al tratamiento de TB sensible, tiene connotaciones graves individuales y de salud pública. Individuales como son el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana (generación de cepas resistentes) y la muerte en un grupo importante de casos.</p> <p>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.</p> <p>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 abandonos (perdido en seguimiento) reportados en el periodo evaluado.</p>
Fórmula del indicador	$\% \text{ Abandono Tto. TBS} = \frac{\text{Número de personas con diagnóstico de tuberculosis sensible, registrados en el Sistema SIGTB, que abandonan el tratamiento}}{\text{Número total de personas con diagnóstico de tuberculosis sensible registrados en el Sistema SIGTB}} \times 100$
Construcción del Indicador	<p>Numerador: Número de personas con diagnóstico de tuberculosis sensible, registrados en el Sistema SIGTB, que abandonan el tratamiento</p> <p>Denominador: Número total de personas con diagnóstico de tuberculosis sensible registrados en el Sistema SIGTB</p>
Valor umbral	10%
Logro esperado	3%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB) con el 100% de registros de condición de egreso de casos.
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de Información
Notas	<p>Se considerará la información registrada hasta el 31 de diciembre 2018, con cierre del Sistema de información SIGTB al 28 de febrero del 2019.</p> <p>Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos a evaluar en el momento de la negociación.</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 6. Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.

Nombre	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	DIRIS y Red de Salud.
Definición	Gestante con paquete preventivo completo es aquella gestante que recibe las siguientes intervenciones: i) Exámenes auxiliares : Hemoglobina o Hematocrito, examen de Orina, tamizaje para descartar de sífilis y tamizaje para descartar de VIH en el primer o segundo trimestre del embarazo; ii) 6 o más atenciones prenatales en el transcurso del embarazo, el primer control prenatal debe ocurrir en el primer trimestre o segundo del embarazo; y iii) 6 entregas con un mínimo de 120 tabletas de hierro más 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	$\frac{\text{Número de mujeres gestantes que han recibido durante el primer o segundo trimestre del embarazo 4 o más exámenes auxiliares (hemoglobina o hematocrito, examen de orina, tamizaje para descartar de sífilis y tamizaje para descartar de VIH) y han recibido 6 o más atenciones prenatales con 6 entregas de hierro más ácido fólico en el transcurso del embarazo.}}{\text{Número de mujeres gestantes con parto Institucional registrados en el sistema de certificado de nacido vivo (CNV)}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Número de mujeres gestantes que han recibido durante el primer o segundo trimestre del embarazo 4 o más exámenes auxiliares (hemoglobina, examen de orina, tamizaje para descartar de sífilis y tamizaje para descartar de VIH) y han recibido 6 o más atenciones prenatales con 6 entregas de hierro más ácido fólico en el transcurso del embarazo.</p> <p>Denominador: Número de mujeres gestantes con parto Institucional registrados en el sistema de certificado de nacido vivo (CNV)</p>
Logro esperado	45%
Valor umbral	25%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	HIS/MINSA. Se considerará la información registrada hasta el 31 de diciembre 2018, con cierre del Sistema de información HIS al 28 de febrero del 2019.
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos a evaluar en el momento de la negociación.



Ficha N° 7. Porcentaje de mujeres de 30 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones pre-malignas 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	DIRESA/GERESA [1], DIRIS y Red de Salud.
Definición	Se denomina mujer con tamizaje de cáncer de cuello uterino a aquella que se le realiza la prueba de Papanicolaou (PAP) 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	$\frac{\text{Número de mujeres de 30 a 49 años con resultado de IVAA [2] + Número de mujeres de 50 a 64 con resultado de PAP entregado.}}{\text{Mujeres 30 a 64 años en quienes se realizó IVAA o tomó PAP}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Número acumulado de mujeres de 30 a 49 años a quienes se ha realizado la Inspección visual con ácido acético (IVAA) (Registro HIS: código 88141.01 y Lab "N" o "A") + Número acumulado de mujeres de 50 a 64 años a quienes se ha tomado muestra para realizar la prueba de Papanicolaou (PAP). (Registro HIS: código "88141" y Lab "N" o "A"). Se tomará en cuenta la información de 1 de julio a 31 de diciembre, debido a cambio de codificación de HIS en el I semestre de 2018. Este último se aplicará a todas las redes, DIRESAS/GERESAS/DIRIS, excepto Tumbes [2].</p> <p>Denominador: Mujeres 30 a 64 años en quienes se realizó IVAA o tomó PAP.</p> <p>El denominador por DIRIS y Redes será entregado por la DPCAN a la OGTI, antes de la aprobación de la Directiva de aspectos metodológicos de los convenios de gestión 2018, para ser aprobada como su anexo.</p>
Logro esperado	95%
Valor umbral	75%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	HIS - Se considerará la información registrada desde el 01 de julio hasta el 31 de diciembre del 2018. En caso de Tumbes: Se evaluará con información de la plataforma ODOO especialmente diseñada.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

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 / DIRESA/GERESA.
Notas	<p>[1] DIRESA/GERESA que tengan redes a su cargo.</p> <p>[2] En el caso de Tumbes, también se considera la Prueba Molecular para la detección del Virus del Papiloma Humano (PM-VPH). Se evaluará con información de la plataforma ODOO.</p> <p>[3] Para el caso de las DIRIS.</p> <p>[4] Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos a evaluar en el momento de la negociación.</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/DGOS. DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LDS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 8. Rendimiento hora-médico en consulta externa

Nombre	Rendimiento hora-médico en consulta externa.			
Tipo	Indicador de desempeño.			
Institución	DIRIS, Red de salud, Hospitales e Institutos			
Definición	Resultado de dividir el número de consultas médicas en consulta externa de un periodo, entre el número de horas-médico en el mismo periodo.			
Justificación	<p>Permite medir los productos alcanzados (consulta médica) por unidad de recurso disponible (hora-médico) en un tiempo dado. Así mismo permite evaluar la sub utilización o la sobre utilización del recurso hora-médico en la consulta externa.</p> <p>La medición de este indicador muestra que la mayor parte de hospitales se encuentra por debajo del estándar. Es posible que parte de este valor bajo refleje falta de registro de atenciones realizadas y/o una programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.</p>			
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Nº de consultas médicas realizadas en consulta externa en un periodo}}{\text{Nº de horas-médico trabajadas en consulta externa en el mismo periodo}}$			
Construcción del indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p>Numerador. - Es el número de consultas médicas realizadas en los consultorios de la UPSS Consulta Externa en un 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.</p> <p>Denominador. - Es el número total de horas trabajadas de atención en consulta médica en la UPSS Consulta Externa en el mismo periodo de tiempo. Se consideran los turnos médicos regulares previstos en cada consultorio y las horas trabajadas por servicios complementarios en salud, de acuerdo a la normatividad vigente.</p> <p>Las Horas-médico trabajadas en consulta externa corresponden a turnos de cuatro (04) horas ininterrumpidas, que realiza el médico y están señaladas en el rol de programación de turnos de Trabajo Médico en el establecimiento de salud. Las horas restantes son destinadas a labores propias del establecimiento de salud (Referencia: Directiva Administrativa N° 207 - MINSA/DGSP-V. 01, aprobada con RM N°343-2015/MINSA).</p>			
Logro esperado	Es el valor referencial según nivel de atención del establecimiento de salud:			
	I-3 y I-4	II-1 y II-2	III-1 y III-2	II-E y, III-E
	4 a 5 consultas / hora-médico	4 a 5 consultas / hora-médico	3 a 4 consultas / hora-médico	2 a 4 consultas / hora-médico realizadas.
Valor Umbral	No Aplica			
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 80% Si el valor calculado se encuentra hasta 1 unidad por encima o debajo del rango: 60% <p>Para los hospitales e institutos especializados con valores referenciales entre 1.5 a 2 consultas / hora-médico programada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor calculado se encuentra hasta 0.25 unidad por encima o debajo del rango: 80% Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 60% 			
Frecuencia de medición	Anual			

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Fuente de datos	Reporte de la Estadística e Informática o su equivalente del ESSS, en base a datos de la Hoja HIS (numerador); programación mensual de consulta externa médica (denominador). Directiva Administrativa N° 207 - 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 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. Para los establecimientos no especializados no se incluirán en la evaluación los servicios de atención ambulatoria que tengan autorización para rendimientos menores (Por ejemplo: geriatría, psiquiatría.) o rendimientos mayores como consultorios de atención rápida. Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos a evaluar en el momento de la negociación.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 9. Densidad de incidencia / Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.



Nombre	Densidad de incidencia / Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	<p>La incidencia mide la velocidad con que se propaga las IAAS (los casos nuevos o incidentes de IAAS durante un periodo de tiempo), a más casos nuevos, más rápida la propagación. Se utiliza densidad de incidencia cuando se mide el número de casos nuevos en una cantidad de persona-tiempo y la incidencia acumulada, cuando la exposición es única y sólo se espera un episodio por paciente.</p> <p>El MINSA seleccionará el tipo de IAAS que tuvo la más alta tasa de incidencia respecto a los valores referenciales para su nivel de atención publicados en el boletín epidemiológico N° 012 - 2017 del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.</p>
Justificación	<p>Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, el riesgo a la salud del personal sanitario y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. La vigilancia y control epidemiológico constituyen una estrategia fundamental para fortalecer la seguridad del paciente. Los siguientes Documentos Normativos tienen relación con la vigilancia, prevención y control de las IAAS o IAH:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<p>Densidad de incidencia: $\frac{\text{Número de casos por IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Número de días- procedimiento expuesta al riesgo durante el mismo periodo}} \times 1000$</p> <p>Incidencia acumulada: $\frac{\text{Número de casos por IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo}} \times 100$</p>
Construcción del indicador	<p>Densidad de incidencia: Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2018. 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.</p> <p>Incidencia acumulada: Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2018. 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.</p> <p>*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.</p>
Logro esperado	<p>Para las instituciones con valor umbral 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.</p> <p>Para las instituciones con valor umbral 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%).</p>
Valor Umbral	Valor del año previo.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	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 2018, con cierre al 28 de febrero del 2019.
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	En el caso de los Establecimientos de Salud cuyos tipos de IAAS que vigilan según especialidad no se encuentran dentro de la Norma Técnica de Salud de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias vigente, notificarán al CDC los valores de los numeradores y denominadores de las IAAS por mes del año 2018, para la selección del tipo de IAAS y se proceda al cálculo del valor umbral y logro esperado.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 10. 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 período de tiempo y el número total de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período de tiempo, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado.
Justificación	Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de la UPSS Hospitalización (sub-utilización o sobreutilización). Además, indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar entre otras causas, deficiencias técnicas. Este indicador puede ser influenciado por el campo clínico de establecimiento de salud (en los casos de establecimientos de atención especializada), ya que un establecimiento de salud de atención general tiene diferente promedio de permanencia que un establecimiento de salud de atención especializada.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización durante el 2018}}{\text{N° de egresos en la UPSS Hospitalización durante el 2018}}$
Construcción del indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p>Numerador. - El número total de días-estancia de los egresos (o días de permanencia) se obtiene de la sumatoria de los días de hospitalización de cada paciente egresado de la UPSS Hospitalización. Los días de hospitalización se contabilizan desde el momento del ingreso del paciente a una cama de la UPSS Hospitalización hasta su egreso de esta UPSS; independientemente de su estadía en diferentes áreas o especialidades de la UPSS Hospitalización. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico.</p> <p>Denominador. - El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la UPSS Hospitalización luego de haber ocupado una cama de hospitalización. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otra UPSS (UCI, Emergencia) o por defunción.</p> <p>Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA y DIRIS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de asistencia social y/o del área de asuntos legales del establecimiento de salud, según corresponda.</p>
Logro Esperado	<p>Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 3 – 5 días / egreso Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 6 – 8 días / egreso</p> <p>Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: 15 -17 días / egreso ▪ Hospital Hermilio Valdizán. 35 a 38 días / egreso ▪ Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi: 60 a 65 días/egreso ▪ Hospital Larco Herrera: 45 a 50 días/egreso. ▪ Instituto Nacional de Rehabilitación: 88-92 días / egreso. ▪ Instituto Nacional de Salud del Niño (Breña y San Borja): 12 a 14 días/egreso. ▪ Instituto Materno-Perinatal y Hospital Docente Asistencial San Bartolomé: 4 – 6 días / egreso. ▪ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: 8 – 11 días /egreso (servicios de hospitalización quirúrgica).



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

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



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/DGDS. DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 11. Disponibilidad de medicamentos esenciales

Nombre	Disponibilidad de medicamentos esenciales										
Tipo	Indicador de Desempeño										
Institución	DIRESA/GERESA, DIRIS, Redes de Salud y Hospital de II nivel con más de 50 camas, Hospital General de III nivel, Hospital e Instituto Especializado.										
Definición	Este indicador mide el porcentaje de medicamentos esenciales (considerados en el PNUME, de fecha de expiración vigente y de abastecimiento descentralizado) con stock igual o mayor a 2 meses el consumo promedio mensual ajustado (CPMA) en los establecimientos de salud del MINSA y los Gobiernos Regionales.										
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 igual o mayor a 2 meses o que se encuentren en normostock y sobrestock).										
Fórmula del indicador	<p>El indicador de disponibilidad de medicamentos esenciales se calcula como:</p> <p align="center">% de Disponibilidad de medicamentos:</p> $= \frac{\text{N° de medicamentos esenciales con stock igual o mayor a 2 meses} *}{\text{N° total de medicamentos esenciales registrados en el SISMED} **} \times 100$ <p>*Al cierre para la medición y que están registrados en la base del SISMED **Que son manejados por la unidad ejecutora o EESS.</p> <p>Interpretación del Indicador de disponibilidad de medicamentos (nivel) en los EESS:</p> <table border="0"> <tr> <td>>90%</td> <td>óptimo</td> </tr> <tr> <td>>=70% y <=90%</td> <td>regular</td> </tr> <tr> <td><70%</td> <td>bajo</td> </tr> </table>	>90%	óptimo	>=70% y <=90%	regular	<70%	bajo				
>90%	óptimo										
>=70% y <=90%	regular										
<70%	bajo										
Construcción del indicador	<p>Numerador del indicador:</p> <p>1°) se calcula los meses de existencia disponible (MED) para cada medicamento a partir del stock que se tiene en el momento de la medición dividido entre el consumo promedio mensual ajustado (CPMA) del mismo. 2°) a partir del resultado de los MED de cada medicamento, sólo se considera <u>disponible</u> aquellos que se encuentran con stock igual o mayor a 2 meses el CPMA o aquellos que resultan en normostock (stock normal) o sobrestock, según lo siguiente:</p> <table border="0"> <tr> <td>=0</td> <td>→ Desbastecido</td> </tr> <tr> <td>>0 y <2</td> <td>→ Substock</td> </tr> <tr> <td>=>2 hasta <=6</td> <td>→ Normostock</td> </tr> <tr> <td>>6</td> <td>→ Sobrestock</td> </tr> <tr> <td>Stock >0 y CPMA=0</td> <td>→ Sin rotación</td> </tr> </table> <p>Cálculo de los Meses de Existencia Disponible (MED) de cada medicamento:</p> $MED = \frac{\text{Stock del medicamento}}{\text{Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA)}}$ <p>Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA): Resulta de dividir el total de consumo de un medicamento en un periodo de los últimos 12 meses entre el número de meses que haya registrado consumo (ajustado),</p>	=0	→ Desbastecido	>0 y <2	→ Substock	=>2 hasta <=6	→ Normostock	>6	→ Sobrestock	Stock >0 y CPMA=0	→ Sin rotación
=0	→ Desbastecido										
>0 y <2	→ Substock										
=>2 hasta <=6	→ Normostock										
>6	→ Sobrestock										
Stock >0 y CPMA=0	→ Sin rotación										



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

	<p>siempre que el medicamento haya sido consumido al menos una vez en los últimos 4 meses; de lo contrario, en este último caso, se considera medicamento "sin rotación", el cual no se considera en los cálculos.</p> <p>Denominador del indicador: Es la cantidad total de medicamentos esenciales que tienen rotación en la unidad ejecutora o establecimiento de salud (no se considera los productos sin rotación). Están registrados en el sistema informático del SIMED.</p>
Logro esperado	Se espera que el nivel de disponibilidad de medicamentos esenciales sea igual o mayor al 90% El logro esperado se incrementará en todos los casos de manera anual.
Valor umbral	El valor umbral es 75% El valor umbral se incrementará en todos los casos de manera anual.
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\% \text{ Cumplimiento} = \frac{\text{Logro alcanzado} - \text{valor umbral}}{\text{Logro esperado} - \text{valor umbral}} \times 100$ <p>Si cumple con el logro esperado se dará el 100% del puntaje caso contrario será prorrateado según el cálculo entre el valor umbral y el logro alcanzado.</p>
Frecuencia de medición	Trimestral. El indicador final del establecimiento será el promedio simple de las cuatro mediciones al año.
Fuente de Datos	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 un EESS.
Área responsable técnica	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID
Área responsable de la información	DIGEMID – OGTI (MINSA)
Notas	<p>Para el caso del resultado del indicador de disponibilidad será:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DIRIS/GERESA/DIRESA/DISA, el promedio de sus Establecimientos de Salud o sus Redes de Salud. - Redes de Salud, el promedio de sus Establecimientos de Salud. <p>Para el caso de Hospital Unidad Ejecutora e Instituto Especializado se considerará el indicador de disponibilidad de su propia institución. DIGEMID a través de su portal web publicará el valor del logro alcanzado de forma trimestral. Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos a evaluar en el momento de la negociación.</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 12. Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud



Nombre	Porcentaje de ejecución presupuestal de recursos transferidos por el Seguro Integral de Salud (SIS)
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	DIRESA/GERESA, REDES, EESS, 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.
Justificación	La ejecución eficiente de los recursos públicos transferidos a las unidades ejecutoras del MINSA por parte del SIS 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: $\% \text{ de ejecución} = \frac{\text{Monto total devengado de los recursos transferidos por el SIS} \times 100}{\text{Monto total transferido por el SIS}}$
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	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$
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
* Glosario de Términos del MEF https://www.mef.gob.pe/es/glosario-sp-5902	

Ficha N° 13. 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	Compromiso de mejora de los servicios
Institución	DIRESA/GERESA, DIRIS y Red de salud
Definición	Los EESS, activos y registrados en el RENIPRESS , deben tener al menos 85% de disponibilidad de equipos 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	<p>Para el desarrollo de las actividades de atención prenatal, vacunación, control de crecimiento y desarrollo del niño; se necesitan un conjunto de equipos e insumos críticos que deben estar en el momento y el lugar de la prestación. (Ver Anexo N° 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 (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.</p> <p>Por ello, el equipo de gestión de las DIRESA/GERESA, DIRIS y redes deben asegurar que todos los equipos e insumos críticos señalados estén disponibles para la atención en cada EESS, mediante una apropiada gestión.</p>
Logro Esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<p>90% de establecimientos de salud, con 85% de disponibilidad de equipos críticos.</p> <p>Si el valor alcanzado es igual o mayor a las metas arriba solicitadas, según DIRESA, GERESA y DIRIS: 100% de cumplimiento.</p> <p>Si el valor alcanzado es menor a las metas arriba solicitadas: 0% de cumplimiento.</p>
Umbrales	80% de establecimientos de salud, con 85% de disponibilidad de equipos críticos
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública - DGIESP
Área responsable de información	Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) – Dirección de Equipamiento y Mantenimiento (DIEM)
Frecuencia de medición	Evaluación: Anual (Al 31 de diciembre)
Fuente de datos	SIGA patrimonio. Remitirse al Instructivo para la medición.
Notas.	<p>Ver instructivo de Ficha Técnica para las precisiones de medición.</p> <p>Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos a evaluar en el momento de la negociación.</p>



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 (EES) que cuentan con un mínimo de 85% 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 EES que tienen registrados sus bienes patrimoniales. Para continuar con la verificación, es requisito que el 100% de EES de la Red tenga **registro patrimonial actualizado, completo y veraz** en el módulo de patrimonio del SIGA, cuyo indicador es “**N° EES con SIGA actualizado al I, II, III y IV trimestre**”.

El responsable para la realización de esta actividad es el equipo de gestión de la red correspondiente. La DIRESA se encarga de la verificación y el llenado trimestralmente.

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

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

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

Paso 3: Determinar el número y porcentaje de EES, que disponen de al menos 85% de equipos, de acuerdo a las condiciones señaladas anteriormente y según estándares preestablecidos, cuyo indicador es “**N° y % EES con = o mayor 85% disponibilidad de equipos**”. Completar la tabla.

REDES de salud según el CdG suscrito	N° Total EES activos según RENAES	N° y % EES con =>85% disponibilidad de equipos	
		Número	%
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS			



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

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



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.



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

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

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
		672288020005	REGISTRADOR DE DATOS DE TEMPERATURA CON INDICADOR DIGITAL	

EQUIPOS PARA ATENCIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) Y SUPLEMENTACIÓN 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	602206160013 o	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 5Kg	Todas	SIGA Patrimonio
	602206160020 o	BALANZA NEONATAL DIGITAL X 20 Kg		
	602206160046 o	BALANZA NEONATAL DIGITAL		
	602206520001 o	BALANZA DE PIE CON TALLIMETRO		
	602207380001 o	BALANZA DIGITAL		
	602208560001 o	BALANZA PEDIATRICA		
	602208560002 o	BALANZA PEDIATRICA DE MESA CON TALLIMETRO		
	602208560004 o	BALANZA PEDIATRICA ELECTRONICA		
	602208560005 o	BALANZA PEDIATRICA MECANICA DE SOBREMESA		
	602208560009 o	BALANZA PEDIATRICA DE SOBREMESA		
	602208560014 o	BALANZA PEDIATRICA DIGITAL		
	602208560015 o	BALANZA PEDIATRICA DIGITAL DE 20 kg		
	602208560020 o	BALANZA PEDIÁTRICA CON TALLIMETRO RODABLE		
	602208560023	BALANZA PEDIATRICA DE MESA DIGITAL		
2	60225000	INFANTOMETRO	Todas	SIGA Patrimonio
3	602282380001 o	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT)> 1 ítem en + de 1 cc	Todas	
	602282380018 o	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT). PEDIATRICO	Todas	
	602282380022 o	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT) DE MADERA MÓVIL PEDIÁTRICO.	Todas	
	602282380024	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT) DE MELAMINA	Todas	
4	53643096 o	COCHE METALICO PARA CURACIONES	Todas	
	536476650001	MESA METALICA RODABLE PARA MULTIPLE USO	Todas	
	53647570	MESA METALICA RODABLE PARA CURACIONES	Todas	
5	53226665	HEMOGLOBINOMETRO PORTATIL	Todas	
6	536425250034 o	CAMILLA DE METAL PEDIÁTRICA	Todas	
	53645190 o	MESA DE EXAMEN PEDIATRICO O SIMILAR	Todas	
	53646142 o	MESA METALICA CON TALLIMETRO	Todas	
	536478790004 o	MESA PARA EXAMEN MÉDICO LACTANTE	Todas	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/DGOS. DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LDS ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

EQUIPOS PARA ATENCION 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 o	LAMPARA ELECTRICA (MAYOR A 1/8 UIT) CUELLO DE GANSO RODANTE	Todas	SIGA Patrimonio
	53227182	LAMPARA INCANDESCENTE TIPO CUELLO DE GANSO	Todas	
2	53223096 o	DETECTOR DE LATIDOS FETALES DE SOBREMESA	Todas	SIGA Patrimonio
	53223191 o	DETECTOR FETAL	Todas	
	532248020002 o	EQUIPO DOPPLER VASCULAR (LATIDOS FETALES)	Todas	
	532248020003 o	EQUIPO DOPPLER FETAL PORTATIL	Todas	
	53226393	FETOSCOPIO	Todas	
3	53642715 o	CAMILLA METALICA PARA EXAMEN GINECOLOGICO	Todas	SIGA Patrimonio
	53645000	MESA (DIVÁN) UNIVERSAL PARA EXAMEN DE GINECOLOGÍA Y UROLOGÍA	Todas	
4	60220652	BALANZA DE PIE CON TALLIMETRO	Todas (Opcional a 5 y 6)	SIGA Patrimonio
5	602206160023 o	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 200 KG	Todas	SIGA Patrimonio
	602206160026	BALANZA DIGITAL PARA ADULTO X 200 KG		
	602206160044 o	BALANZA DIGITAL PARA ADULTO DE 0 A 220 kg		
	602206160052 o	BALANZA DE PIE DE 150 KG		
	602206160063 o	BALANZA DE PIE DE 120 Kg		
	602206160066 o	BALANZA DE PIE DIGITAL DE 150 kg		
	602206160067 o	BALANZA DE PIE		
	602206720001 o	BALANZA DE PLATAFORMA		
	602206720002 o	BALANZA DE PLATAFORMA DE 500 kg		
	602206720006 o	BALANZA DE PLATAFORMA DE 250 kg		
	602206720014 o	BALANZA PLATAFORMA MECANICA		
	602207380001 o	BALANZA DIGITAL		
	602207380003 o	BALANZA DIGITAL CAPACIDAD 100 kg		
6	602207850001	BALANZA ELECTRONICA		
	602282380001 o	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT) (> 1 ítem y + 2cc)	Todas	SIGA Patrimonio
	602282380020 o	TALLIMETRO (MAYOR a 1/8 UIT). MÓVIL		
	602282380021 o	TALLIMETRO (Mayor a 1/8 UIT) DE MADERA MÓVIL PARA ADULTOS		
	602282380023	TALLIMETRO (Mayor a 1/8 UIT) DE MADERA FIJO PARA ADULTOS		
7	60224604	GLUCOMETRO	A partir de I-3	SIGA Patrimonio
8	60228762	TENSIOMETRO	Todas	SIGA Patrimonio
9	53222049 o	CENTRIFUGA PARA TUBOS	A partir de I-3	SIGA Patrimonio
	53222069	CENTRIFUGA HEMATOCRITO ESTANDAR		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 14. 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 85% 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	<p>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.</p> <p>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.</p>
Logro Esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<p>90% de los establecimientos de salud, con 85% de disponibilidad de medicamentos e insumos críticos.</p> <p>Si el valor alcanzado es igual o mayor a las metas arriba solicitadas, según DIRESA, GERESA/Redes y DIRIS: 100% de cumplimiento.</p> <p>Si el valor alcanzado es menor a las metas arriba solicitadas: 0% de cumplimiento.</p>
Umbral	80% de los establecimientos de salud, con 85% de disponibilidad de medicamentos e insumos críticos.
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	Evaluación: Anual (Al 31 de diciembre)
Fuente de datos	SISMED. Remitirse al Instructivo para la medición.
Nota	Ver instructivo de Ficha Técnica para las precisiones de medición. Las instituciones firmantes establecerán el listado de los distritos a evaluar en el momento de la negociación.



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 (EES) que cuentan con un mínimo de 85% 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 MINSA⁴. (**Anexo A**).

Paso 2: Verificar que dentro de los establecimientos que cuentan con 85% de disponibilidad de insumos críticos, **se tengan disponibles los siguientes insumos:** Microcubeta; Hemoglobina método manual (a partir de I-3) y Tiras 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	
			=>85% (Microcubeta, Hemoglobina (método manual a partir de I-3; Tiras reactivas VIH, Sífilis, y Orina)	<85% 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	
			=>85%	<85%
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS				

Paso 3: Determinar el número y porcentaje de EESS, que disponen de al menos 85% de medicamentos e insumos, de acuerdo a las condiciones señaladas anteriormente y según estándares preestablecidos. Completar Tabla

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

⁴ Los ítems del 1 al 9 del estándar se evalúan según el procedimiento y normatividad establecida por MINSA, es decir, se considera que la disponibilidad es adecuada cuando el stock alcanza para 1 a 8 meses. Los ítems 10 al 18 se evalúan sólo con el stock existente en el mes de evaluación.

ANEXO A

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

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENTREGA DE VACUNA, CRED Y SUPLEMENTO DE HIERRO Y ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

(Para verificación de la disponibilidad en SISMED por establecimientos de salud según Categoría)

N°	Código SISMED	Código SIGA	Descripción	Categoría IPRESS	Fuente
1	18537	584300010004	Vacuna Contra El Neumococ Iny 1 Dosis	Todas	SISMED
	06393	584300010005	Vacuna Antineumococica 16 Ug Iny 1 Dosis		
	30978	584300010006	Vacuna Antineumococica Conjugada 13 -Valente Iny 1 Dosis		
2	18331	584300220001	Vacuna Contra El Rotavirus Pvl 1 Dosis	Todas	SISMED
	11338	139200100090	Jabón Germicida Líquido X 1 L		
	29264	139200100155	Jabón Germicida Líquido Con Triclosán		
3	16019	495700340054	Clorhexidina Gluconato + Cetrimida 1.5 g/100 ml + 15 g/100 ml SOL 1 L	Todas	SISMED
	26608	495700340082	Clorhexidina Gluconato 2 g/100 ml 1 L Sol		
	6332	583300730004	Triclosan 1 g/100 g Jabón 90 g		
	6320	583300730016	Triclosan 1 g/100 g Jabón 110 g		
	22802	583300730022	Triclosan 0.5 g/100 ml Jabón Líquido 1 L		
	2176	583600220010	Clorhexidina 2 g/100 ml 1 L SOL		
	2187	583600220011	Clorhexidina Gluconato 4 g/100 ml (4 %) 1 L		
	2157	583600220043	Clorhexidina 5 g/100 ml 1 L Jabón		
	2160	583600220044	Clorhexidina		
	20575	585700010030	Otras Combinaciones de Multivitaminas Plv 1 G		
4	200	582800250001	Ácido Fólico, 500 Ug (0.5 Mg) Tab	Todas	SISMED
	18119	582800250002	Ácido Fólico 15 Mg Tab.		
	18109	582800250003	Ácido Fólico, 5 Mg Tab.		
5	201	582800250004	Ácido Fólico, 1 Mg Tab.	Todas	SISMED
	808	580700100007	Amoxicilina, 500 Mg Tab.		
	3513	582800240001	Ácido Fólico + Ferroso Sulfato Heptahidrato (Equivalente de Hierro elemental) 400 ug + 60 mg TAB		
7	3514	582800240003	Ácido Fólico + Ferroso Sulfato Heptahidrato, 800 ug + 300 mg Tab	Todas	SISMED
	3512	582800240004	Ácido Fólico + Ferroso Sulfato Heptahidrato, 200 ug + 250 mg Tab		
	3517	582800230012	Ferroso Sulfato 15 mg de Fe/5 ml Jbe 120 ml		
8	3519	582800230013	Ferroso Sulfato 15 mg de Fe/5 ml Jbe 180 ml	Todas	SISMED
	3542	582800230021	Ferroso Sulfato 75 mg/5 ml Jbe 150 ml		
	3529	582800230030	Ferroso Sulfato 175 mg/5 ml Jbe 180 ml		
9	3536	582800230005	Ferroso Sulfato 25 mg de Fe/ml SOL 30 ml	Todas	SISMED
	19223	582800230007	Ferroso Sulfato Heptahidrato 25 mg de Fe/ml SOL 20 ml		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENTREGA DE VACUNA, CRED Y SUPLEMENTO DE HIERRO Y ATENCION PRENATAL REENFOCADA

(Para verificación de la disponibilidad en SISMED por establecimientos de salud según Categoría)

N°	Código SISMED	Código SIGA	Descripción	Categoría IPRESS	Fuente
10	3535	582800230015	Ferroso Sulfato 15 ml 25 mg de Fe/ml SDL	Todas	SISMED
	3543		Ferroso Sulfato 75 mg/5 ml JBE 180 ml		
	12521	351100020402	Tira Reactiva Para Drina		
	31963	351100020038	Tira Reactiva Para Drina de 10 Parámetros x Unid.		
	22938	351100020397	Tira Reactiva Para Drina de 10 Parámetros x 150 Determinaciones		
	19940	351100020398	Tira Reactiva Para Drina de 10 Parámetros x 100 Determinaciones		
	20455	351100020399	Tira Reactiva Para Drina de 11 Parámetros x 100 Determinaciones		
	21934	351100020400	Tira Reactiva Para Drina x 100 Determinaciones		
	24189	351100020488	Tira Reactiva para Drina de 11 Parámetros x Unid.		
	28776	358600092821	Prueba Rápida para VIH Sifilis x 25 Determinaciones	Todas (Opcional a 12 y 13)	SISMED
11	28801	358600090351	Prueba Rápida para VIH 1-2 x100 Determinaciones		
	18422	358600090352	Prueba Rápida para VIH x 20 Determinaciones		
	10914	358600090790	Anticuerpo Anti VIH 1-2 Elisa x 96 Determinaciones		
	28805	358600090861	Prueba Rápida para VIH 1-2 en Cassette x 200 Determinaciones		
	22380	358600091102	Prueba Rápida para VIH 1-2 x 25 Determinaciones		
	28803	358600091153	Prueba Rápida para VIH 1-2 x 50 Determinaciones		
	18753				
	22148	358600091222	Prueba Rápida para VIH 1-2 x 30 Determinaciones		
	18249	358600091284	Prueba para VIH ELISA 4ta Generación 192 DET KIT		
	17705	358600091371	Prueba Rápida para VIH 1-2 x UND	Todas	SISMED
12	23171	358600091392	Prueba Para VIH ELISA 4ta Generación 96 DET KIT		
	22149	358600091465	Prueba Rápida para VIH 1-2 x 20 Determinaciones		
	19310	358600091543	Prueba Rapida para VIH x 50 Determinaciones		
	28804	358600091544	Prueba Rapida para VIH x 40 Determinaciones		
	18421	358600091545	Prueba Rapida para VIH x 30 Determinaciones		
	19224	358600091546	Prueba Rapida para VIH x 25 Determinaciones		
	28802	358600091550	Prueba Rapida para VIH 1-2 x 80 Determinaciones		
	10913	358600091594	Anticuerpo Anti VIH 1-2 Elisa x 192 Determinaciones		
	19525	358600091652	Prueba Rapida Para VIH 1-2 x 96 Determinaciones		
	27670	358600092818	Anticuerpo Anti VIH 1-2 Elisa x 30 Determinaciones		
13	18263	358600090613	Sifilis Elisa x 96 Determinaciones	Todas	SISMED
	28808	358600091049	RPR x 200 Determinaciones		
	11778	358600091085	RPR x 100 Determinaciones		
	11779	358600091138	RPR x 250 Determinaciones		



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENTREGA DE VACUNA, CRED Y SUPLEMENTO DE HIERRO Y ATENCION PRENATAL REENFOCADA

(Para verificación de la disponibilidad en SISMED por establecimientos de salud según Categoría)

N°	Código SISMED	Código SIGA	Descripción	Categoría IPRESS	Fuente
	23653	358600091227	Prueba Rapida para Diagnostico de Sífilis (RPR)		
	11780	358600091848	RPR x 500 Determinaciones		
	19398	358600091973	Prueba Rapida para Diagnostico de Sífilis (RPR) x 500 Determinaciones		
	19859	358600092048	Prueba Rapida para Diagnostico de Sífilis (RPR) x 100 Determinaciones		
	31383	358600092337	Prueba Rapida para Diagnostico de Sífilis (RPR) x 30 Determinaciones		
	22147	358600090358	Kit RPR Sífilis con Controles (Positivo y Negativo) x 500 Determinaciones		
	30773	358600092652	Prueba Rapida para Diagnostico de Sífilis (RPR) x 40 Determinaciones		
	28806	358600092658	Prueba Rapida para Diagnostico de Sífilis (RPR) x 50 Determinaciones		
	23457	358600092658	Prueba Rapida para Diagnostico de Sífilis (RPR) x 50 Determinaciones		
	28807	358600092913	Prueba Rápida para Diagnostico de Sífilis (RPR) x 250 Determinaciones		
	28249	512000370001	Lanceta Descartable		
	11393	512000370003	Lanceta Descartable x 200		
	19725	512000370007	Lanceta Descartable Adulto		
	18859	512000370010	Lanceta Descartable Adulto x 100		
1	28814	512000370014	Lanceta Retráctil Descartable Adulto		
4	21377	512000370015	Lanceta Retráctil Descartable Adulto x100		
	23521	512000370024	Lanceta Retráctil con 3 Niveles de Profundidad x 200		
	29108	512000370027	Lanceta Retráctil con 3 Niveles de Profundidad	Todas	SISMED
	30586	512000370006	Lanceta Descartable Pediátrica		
	18414	512000370013	Lanceta Retráctil Descartable Pediátrica		
	23445	512000370016	Lanceta Retráctil Descartable Pediátrica x 100		
1	23303	512000370022	Lanceta Retráctil Descartable Pediátrica x 200		
5	21355	512000370024	Lanceta Retráctil con 3 Niveles de Profundidad x 200		
	29108	512000370027	Lanceta Retráctil con 3 Niveles de Profundidad		
	30586	512000370019	Lanceta Descartable Pediátrica x 200		
1	31459	354700010016	Grupo Sanguíneo (Anti A-B-D Factor Rh) x 10 MI (KIT)	Desde I-3	SISMED
6	23113	512000260008	Cubeta Para Hemoglobímetro Hemocue x 200		
	28781	512000260013	Microcubeta Para Equipo Hemocue 201 Plus x 100 Uni		
	23300	512000260014	Microcubeta Para Equipo Hemocue x 50 Uni		
	23311	512000260193	Microcubeta de Poliestireno Descartable Para Equipo Hemocontrol X 50 Unidades		
1	24767	512000260252	Cubeta Descartable para Hemoglobina de Analizador Hematológico Ab Hemocue x 200	Todas	SISMED
7	28397	512000260252	Microcubeta Descartable para Hemoglobímetro 10 UI.		
	28782	512000260267	Microcubeta Descartable para Hemoglobímetro Portátil x 50		
	19698	512000260277	Microcubeta Descartable para Hemoglobímetro Hemocontrol Por 50		
	24767				
	28780				



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA ENTREGA DE VACUNA, CRED Y SUPLEMENTO DE HIERRO Y ATENCION PRENATAL REENFOCADA

(Para verificación de la disponibilidad en SISMED por establecimientos de salud según Categoría)

N°	Código SISMED	Código SIGA	Descripción	Categoría IPRESS	Fuente
	28779	512000260278	Microcubeta Descartable para Hemoglobímetro Hemocue Hb 201 Por 50		
	28778	512000260279	Microcubeta Descartable para Hemoglobímetro Portátil Por 200		
	28777	512000260280	Microcubeta Descartable para Hemoglobímetro Portátil		
	31181	512000260267	Microcubeta Descartable para Hemoglobímetro Portátil x 50		
	10539	351100020466	Hemoglobina Método Manual x 200 Determinaciones		
1	20179	351100020590	Hemoglobina Método Manual x 20 Determinaciones	Desde I-3. Opcional a 17	SISMED
8	19299	351100020843	Hemoglobina Método Manual x 100 Determinaciones		



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.

En el caso de los siguientes biológicos y medicamentos, se considera la disponibilidad aceptable de 1 a 6 meses, de acuerdo al consumo promedio de los últimos 6 meses y al stock final existente al mes de diciembre:

1. Vacuna Contra el Neumococo Iny 1 Dosis
2. Vacuna Contra el Rotavirus Pvl 1 Dosis
3. Clorhexidina Gluconato / Triclosan
4. Otras Combinaciones de Multivitaminas Plv 1 G
5. Ácido Fólico
6. Amoxicilina 500 Mg Tab
7. Ácido Fólico + Ferroso Sulfato Heptahidrato
8. Ferroso Sulfato 15 Mg de Fe/5 Ml Jbe. 120 Ml
9. Ferroso Sulfato Heptahidrato

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

10. Tira Reactiva para Orina de 10 Parámetros x 150 Determinaciones
11. Prueba Rápida para VIH Sífilis
12. Prueba Rápida Para VIH/Anticuerpo
13. Prueba Rápida Sífilis
14. Lanceta Descartable Adulto
15. Lanceta Retráctil Descartable Pediátrica
16. Grupo Sanguíneo
17. Micro cubeta Descartable
18. Hemoglobina Método Manual x 200 Determinaciones

III. COMPROMISOS DE MEJORA (CM)

Ficha N° 15: Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario



Nombre	Fortalecimiento del monitoreo a la adherencia a la Higiene de Manos en el ámbito hospitalario	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital de III nivel e Institutos especializados.	
Definición	El monitoreo de la adherencia a la higiene de manos se hace relevante y necesaria, siendo ésta una medida conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano. 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 establecer 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 transmisión de infecciones entre pacientes y el personal de salud, en los establecimientos de salud.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de compromiso	<p>Criterio 1: Cumplimiento en la adherencia a la higiene de manos.</p> <p>1.1 Informe documentado de actividades realizadas por Día Mundial de la Higiene de Manos Sanitario (5 de Mayo) en referencia a Oficio Circular N°71, 72 y 73-2018-DVMPAS/MINSA).</p> <p>Plazo: Junio 2018</p> <p>1.2 Informe 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 2018 y Enero 2019</p> <p>1.3 Porcentaje de la adherencia o cumplimiento a la higiene de manos del personal médico y no médico deberá ser = o > al 60%</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido</p> <p>100%</p>

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

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
Notas	No aplica.



Ficha N° 16: Fortalecimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)



Nombre	Fortalecimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, Hospital nivel III e Institutos Especializados.	
Definición	<p>La LVSC es una herramienta constituida por un 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, reducir el número de complicaciones y mortalidad quirúrgica innecesarias.</p> <p>El formato de autoevaluación sobre el cumplimiento en la aplicación de la LVSC se encuentra en el anexo N° 02 de la Guía Técnica aprobada por RM N° 1021-2010/MINSA de aplicación semestral a cargo del Equipo Conductor del EESS.</p>	
Justificación	<p>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 RM N° 1021-2010/MINSA se aprobó la Guía Técnica de Implementación de la LCSC que tiene por finalidad disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los EESS del II y III nivel de atención en el marco del II Reto Mundial por la Seguridad del Paciente "La Cirugía Segura Salva Vidas", establecido en la Alianza Mundial por el Paciente (2004 OMS).</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de compromiso	<p>Criterio 1: Aplicación, análisis e informe de la encuesta semestral por parte del Equipo Conductor del EESS de II y III nivel de atención; adicionando la encuesta aplicada, a la UFGCS-DVMPAS/MINSA por parte de la DIRESA/GERESA/DIRIS, hospitales II y III e Institutos Especializados. Plazo: Julio y Diciembre 2018.</p> <p>Fuente Auditable: Informe semestral del Equipo conductor del EESS remitido a la DIRESA/GERESA/DIRIS, hospitales II y III y los Institutos de Lima Metropolitana remitidas a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud (UFGCS) que contiene también la encuesta aplicada según la norma debidamente suscrita por el director del EESS y por un integrante del Equipo Conductor.</p>	Cumple con las acciones en los plazos establecidos. 100%
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, DIRIS, hospitales II y III nivel e Institutos Especializados de Lima Metropolitana y Regiones	
Área responsable técnica y de información	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud (UFGCS)	
Frecuencia de medición	Anual	
Notas	No aplica.	

Ficha N° 17. Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencias en el marco de la continuidad de la atención



Nombre	Fortalecimiento de las Referencias y Contra referencia en el marco de la continuidad de la atención	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	DIRESA/GERESA/DIRIS, REDES y hospitales III e institutos	
Definición	El fortalecimiento del proceso de Referencia y contra referencia en el marco de la continuidad de la atención para las personas usuarias de los servicios de salud considera establecer y disponer de mapas de flujos para emergencias, consulta externa y apoyo al diagnóstico y tratamiento. Como parte del fortalecimiento de los recursos de soporte a los procesos de referencia y contrarreferencia, se tiene 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 2.	
Justificación	Para contribuir a la continuidad de la atención de los usuarios dentro de los ámbitos jurisdiccionales de las DIRESA/GERESAS/DIRIS se requiere establecer los procesos de referencia y contra referencia y el uso del aplicativo informático REFCON web versión 2. 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: la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud", aprobado con R.M. N° 751-2004/MINSA	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>Criterio 1: Uso del aplicativo informático REFCON web versión 2 (en una Red de Servicios de Salud de la GERESA/DIRESA/DIRIS y en hospitales/institutos)</p> <p>Plazo: Diciembre 2018</p> <p>Fuente auditable:</p> <p>1. Reporte anual de referencias y contrarreferencias (del aplicativo informático REFCON web versión 2 de una red de servicios de salud de la GERESA/DIRESA/DIRIS y en hospitales/institutos emitido por OGTI.</p>	100%
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) en base a los reportes de REFCON proporcionados por OGTI.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Reporte de REFCON emitido por OGTI.	
Notas	<p>Al mes de agosto 2018 aquellas DIRESA/GERESA que no han utilizado el REFCON deberán haber realizado referencias de una red, como mínimo, hasta diciembre 2018.</p> <p>Los hospitales e institutos deberán realizar al menos una contrarreferencia en el periodo.</p>	

Ficha N° 18. Fortalecimiento de competencias del personal de salud según patología priorizada institucional

Ficha N° 18 (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	<p>Entrenamiento de facilitadores regionales para la capacitación de profesionales de la salud del primer nivel de atención (que desarrollan actividades asistenciales en consultorios de crecimiento y desarrollo, etapas de vida adolescente y adulto mayor), en lo que respecta a la detección, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con enfermedades oculares.</p> <p>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)</p>	
Justificación	<p>El fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud es un mecanismo importante para ampliar el acceso a la salud ocular de calidad en el ámbito nacional. En ese marco, la formación de facilitadores regionales para la capacitación en atención integral de las principales 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.</p> <p>El INO e IRO, como establecimientos de salud altamente especializados, tienen como una de sus funciones esenciales, la docencia, la cual se desarrolla a través de la capacitación de profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención, en concordancia con las necesidades regionales identificadas por la ESNSOPC.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1. Elaboración de un Plan de Entrenamiento de Facilitadores para la capacitación de profesionales de la salud de hospitales y establecimientos del primer nivel de atención, en la detección, diagnóstico y referencia oportuna de enfermedades oculares.</p> <p>Fuente auditable: Plan consensuado con la ESNSOPC, aprobado por Resolución Directoral del INO e IRO según corresponda. Hasta el mes de julio del 2018.</p>	30%
	<p>2. Ejecución del Plan de Entrenamiento de Facilitadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Para el caso del INO, se entrenará a no menos de 48 profesionales de la salud a nivel nacional, 02 por Región (exceptuando al Departamento de la Libertad), mediante 04 talleres teórico-prácticos organizados por macro-regiones; y el acompañamiento de los facilitadores en el desarrollo de cursos de capacitación con personal de salud de los establecimientos de primer nivel, en 04 Regiones priorizadas por la ESNSOPC. 	70%



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

	<ul style="list-style-type: none"> Para el caso del IRO se entrenará inicialmente a no menos de 40 profesionales de la salud a nivel regional, 02 como mínimo por Micro Red de Salud priorizadas, mediante 02 talleres teórico-prácticos; y el acompañamiento de los facilitadores en el desarrollo de cursos de capacitación con personal de salud de los establecimientos de primer nivel. <p>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. Entre el segundo y el cuarto trimestre.</p>	
Área responsable técnica.	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.	
Área responsable 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.	
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).	
Notas	No aplica.	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 18 (2). Fortalecimiento de competencias del personal de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud para la certificación de la discapacidad.

Nombre	Fortalecimiento de competencias del personal de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud para la certificación de la discapacidad.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	
Definición	Consiste en la capacitación de médicos para la certificación de la discapacidad. Los potenciales médicos certificadores de la discapacidad serán seleccionados de las de las IPRESS de acuerdo a las necesidades. El entrenamiento se realizará mediante cursos-talleres con simulaciones clínicas.	
Justificación	<p>En 2012, la Encuesta Nacional Especializada en Discapacidad (ENEDIS) INEI, mostró que del total de personas que viven con algún tipo de discapacidad solamente el 7% cuenta con certificado que acredite esa condición. Los hospitales que otorgaron el certificado según institución fueron: 52,8% Ministerio de Salud, 33,0% EsSalud, el 2,9% fuerzas policiales y 2,6% Fuerzas Armadas. A nivel nacional se cuenta con aproximadamente 288 médicos rehabilitadores y hay regiones que no cuentan con estos especialistas; por lo cual el acceso a la atención de salud especializada y a la obtención de la certificación de la discapacidad es limitada a nivel nacional.</p> <p>Frente a esta problemática, en 2016, el Ministerio de Salud aprobó la Norma Técnica de Salud NTS 127 MINSA-DGSP V0.1, que establece la "Evaluación, calificación y certificación de la persona con discapacidad" (R.M N°981-2016 MINSA); dispone que "El Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Rehabilitación Adriana Rebaza Flores Amistad Perú Japón en coordinación con las regiones planificarán un proceso de capacitación continua a los médicos certificadores de la discapacidad a fin de adquirir competencias en el proceso de certificación.</p> <p>En ese contexto, el INR desplegará acciones de capacitación de profesionales médicos para que realicen la certificación de la discapacidad de pacientes en áreas con difícil acceso a los servicios especializados; como una estrategia de extensión de la oferta a nivel nacional y de los diferentes subsectores.</p>	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<p>1. Elaboración de un plan de capacitación de profesionales médicos para la certificación de la discapacidad, con enfoque nacional e intersectorial.</p> <p>Fuente auditable: Plan consensuado con el área responsable técnica del MINSA, aprobado por Resolución Directoral del INR. Al mes de julio del 2018.</p> <p>2. Elaboración de módulos educativos para la capacitación de médicos para la certificación de la discapacidad. Al mes de julio de 2018.</p> <p>Fuente auditable: Resolución Directoral del INR que aprueba el plan y el módulo educativo.</p>	Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en el plazo establecido 30%
	<p>3. Ejecución del plan de capacitación aprobado: se brindará asistencia técnica a las regiones de Lima y callao; y a las otras regiones a través de asistencias técnicas Macro regionales (Macro Sur, Macro Norte, Macro Centro y Macro oriente). Se contará con un total de 420 médicos certificadores de los cuales 50% o más deberán ser de provincias; capacitados a diciembre del 2018.</p> <p>Fuente auditable: Informe de ejecución del plan, que incluye listado de Médicos que aprobaron el curso según región y subsector.</p>	Cumple con las acciones del ítem 3; en el plazo establecido 70%



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)
Área responsable de información	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP a partir de informe remitido por el Instituto Nacional de Rehabilitación.
Notas	No aplica.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 18 (3). Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los hospitales y redes de salud en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia.

Nombre	Fortalecimiento de competencias del personal de salud de los Hospitales y Establecimientos de Salud en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN)	
Definición	Conjunto de acciones desarrolladas por la institución orientadas a mejorar las competencias del personal de salud del primer nivel de atención de Lima Metropolitana, para mejorar la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia: Neumonía, SOBA/ASMA, Anemia, Desnutrición y otros.	
Justificación	<p>El desarrollo de competencias en el personal de la salud del primer nivel de atención es una estrategia importante para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud.</p> <p>Según la ENDES 2017, en Lima Metropolitana 3 de cada 10 niños de 06 a 35 meses de edad tienen anemia por deficiencia de hierro; y según el reporte del sistema de vigilancia epidemiológica, en 2017, se tuvieron 26035 episodios de Neumonía, 80843 episodios de SOB/ASMA y 655286 episodios de Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. A nivel nacional las defunciones por neumonía en niños menores de 5 años llegaron a 240 para el año 2017, incremento progresivo que se observa desde el año 2015.</p> <p>El Instituto Nacional de Salud del Niño tiene como función "Capacitar a los profesionales de la salud y técnicos del sector, con nuevos conocimientos científicos y tecnológicos adquiridos de la investigación y atención especializada en el campo de la pediatría" (ROF).</p>	
Logros esperados y Porcentaje de cumplimiento	<ol style="list-style-type: none"> Elaboración consensuada (MINSA/DGIESP/Etapa de vida Niño, DIRIS e INSN) del Plan de capacitación en el diagnóstico y manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia: Neumonía, SOBA/ASMA, Anemia, Desnutrición y otros, dirigido al personal de la salud profesional de los establecimientos de salud de las DIRIS y de los hospitales nivel II de Lima Metropolitana. Elaboración/adaptación/adopción de módulos educativos para la capacitación. La metodología debe incorporar capacitación en servicio. <p>Fuente auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> Copia fedateada de la Resolución Directoral INSN que aprueba el Plan de Capacitación. Al mes de julio del 2018 Módulos de capacitación en medio de almacenamiento electrónico. Al mes de julio del 2018. 	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en los plazos establecidos</p> <p align="center">30%</p>
	<ol style="list-style-type: none"> Ejecución del plan de capacitación: Capacitar en diagnóstico y tratamiento de la neumonía, SOBA/ASMA, Anemia, Desnutrición y otros, como mínimo a 03 profesionales de <u>todos</u> los EESS categoría I-4, al menos 02 profesionales de los EESS I-3 priorizados por las DIRIS. (120 a 180 profesionales) y 04 profesionales de <u>todos</u> los hospitales nivel II. <p>Fuente auditable:</p> <p>Informe de capacitación que incluye la evidencia de la certificación de los participantes. Entre el tercer y cuarto trimestre.</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 3; en los plazos establecidos</p> <p align="center">70%</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Área responsable técnica y de la información	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Curso de Vida de la DGIESP.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP, a partir del informe remitido por el Instituto Nacional del Niño (INSN)
Notas	No aplica.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 18 (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 EPILEPTICO	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	
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 2018- 2019. Fuente auditable: Fuente auditable: Plan consensuado con la DVICI/DGIESP, aprobado por Resolución Directoral del INCN, al mes de julio del 2018.	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 2018, no menos de 35 médicos y 15 enfermeras 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. Entre el tercer y cuarto trimestre	70%
Area responsable técnica y de información	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI), de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)	
Frecuencia	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP, a partir del informe remitido por el INCN	

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERÍODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 18 (5). Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los hospitales y las redes de salud mental.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los hospitales y las redes de salud mental.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Institutos y Hospitales de Salud Mental.	
Definición	Capacitación y asesoría técnica dirigido a los equipos interdisciplinarios de los hospitales regionales y redes de salud con el propósito de brindar la asistencia técnica necesaria para el manejo clínico, psicosocial y comunitario de los problemas psicosociales y trastornos mentales de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutoria de los servicios. Esta actividad es realizada por los equipos de profesionales de los hospitales especializados e Instituto de Salud Mental.	
Justificación	Fortalecer la prestación de servicios de salud de los hospitales y redes de salud para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental en acción articulada y organizada por niveles de complejidad y desde la perspectiva de la atención primaria renovada. Impulsar la descentralización de la atención de salud mental para incrementar el acceso, ampliar coberturas, afianzar la gobernabilidad regional y mejorar la inclusión social en este aspecto. Ley 29889 y su Reglamento.	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<p>1)Elaboración y aprobación de un plan de fortalecimiento de competencias en base a la metodología "acompañamiento clínico-psicosocial" dirigido a equipos de salud de los hospitales regionales y redes seleccionadas: INSM al menos en 3 regiones del país y las DIRIS, Hospital Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán al menos en una región y las DIRIS</p> <p>Fuente auditable: Plan aprobado por RD de los hospitales e Instituto de Salud Mental, según corresponda; con vistos de aprobación de la Dirección de Salud Mental de la DGSP-MINSA y DIRIS. Al mes de julio 2018.</p>	Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en los plazos establecidos 40%
	<p>2) Elaboración de un plan de entrenamiento de facilitadores para la capacitación de equipos de la salud en la aplicación de la metodología "acompañamiento psicosocial". Al menos 05 facilitadores por Región seleccionada, entre hospitales y redes. Al primer trimestre.</p> <p>Fuente auditable: Plan aprobado por RD de los hospitales e Instituto de Salud Mental, según corresponda; con vistos de aprobación de la Dirección de Salud Mental de la DGSP-MINSA, y DIRIS. Al mes de julio 2018.</p>	
	<p>3) Ejecución de los planes de capacitación a profesionales de la salud y facilitadores de hospitales y establecimientos de primer nivel de atención. La aprobación de facilitadores será por módulo educativo. Entre el segundo y cuarto trimestre.</p> <p>Fuente auditable: Informe de ejecución de los Planes (arriba indicado), que incluye el listado de profesionales de la salud aprobados, y listado de facilitadores aprobados por módulo, según Región y DIRIS. Entre el segundo y cuarto trimestre.</p>	Cumple con las acciones del ítem 3) en los plazos establecidos 60%
Área responsable técnica y de la información	Dirección Ejecutiva de Salud Mental de la DGIESP.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Salud Mental de la DGIESP, a partir de informe remitido por los institutos y hospitales de salud mental.	
Notas	No aplica.	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 1B (6). Fortalecimiento de las Referencias y Contrarreferencias en el Hospital de Emergencias Pediátricas



Nombre	Fortalecimiento de las Referencias y Contrarreferencias en el Hospital de Emergencias Pediátricas	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de Emergencias Pediátricas	
Definición	<p>El fortalecimiento del proceso de referencia y contrarreferencia en el marco de la continuidad de la atención para las personas usuarias de los servicios de emergencia considera establecer y disponer de diagramas de flujo de atención establecidos y mejorados para la atención de emergencias. Para la elaboración de estos diagramas de flujo se requiere de información de la demanda, oferta, cartera de servicios y reuniones con las áreas implicadas en el hospital a fin de validar los procesos de atención de referencias y contrarreferencias. El diagrama de flujo o flujograma es la representación gráfica de un proceso o procedimiento.</p> <p>Para contribuir a la continuidad de la atención de los usuarios en lo que corresponde a nuestra institución se requiere establecer los procesos de referencia y contra referencia en emergencia, estableciéndose Diagramas de Flujos de Referencia y contra referencia actualizados y aprobados dentro de un documento de gestión, así como la disponibilidad de recursos y herramientas de manejo de la información que faciliten la atención en salud.</p>	
Justificación	<p>Existen procedimientos de referencias y contrarreferencias que requieren actualización a fin de que estén acorde a la atención de calidad que se debe brindar al paciente, el no tener algunos procesos claros ha dificultado la continuidad de la atención del paciente y el trabajo del personal de nuestro hospital.</p> <p>Asimismo como parte del fortalecimiento de los recursos de soporte a los procesos de referencia y contrarreferencia, se requieren de recursos e instrumentos de registro e información que permitan un mejor manejo de la información de la gestión de las referencias y contrarreferencias para abordar las dificultades como: No contar con recurso humano de la institución a dedicación para la coordinación de referencias en todos los turnos de atención (labor que fue asumida inicialmente por los jefes de guardia y recursos humanos de la atención de emergencia), la falta de equipos de cómputo y comunicaciones (celulares, teléfono fijo), la falta de un espacio propio para el trabajo de coordinación de las referencias y falta de herramientas para el manejo de la información.</p> <p>Referencia normativa: la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud", aprobado con R.M. N° 751-2004/MINSA</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>Diagramas de flujos de Referencia y Contrarreferencia para Emergencias actualizados y aprobados por la institución</p> <p>Plazo: Diciembre 2018</p> <p>Fuente auditable: Resolución Directoral que apruebe los diagramas de flujo de referencias y contrarreferencias.</p>	60%
	<p>Mejora en la gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia de emergencias (recursos de soporte: dotación de recursos humanos; mejora de la infraestructura; incremento en número o calidad de los equipos informáticos) y uso del aplicativo informático REFCON web versión 02</p> <p>Plazo: Diciembre 2018</p> <p>Fuente auditable: Informe de mejoras en la gestión de los procesos de la referencia y contrarreferencia de emergencia que incluya una descripción de la situación inicial y la situación final y el reporte anual del uso del REFCON.</p>	40%

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSAL/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

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), en base a información remitida por el hospital.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe(s) remitido(s) por el hospital.
Notas	No aplica.



Ficha N° 18 (7). Implementación de un sistema de registro de seguimiento y control de pacientes post quirúrgicos en Emergencia

Nombre	Implementación de un sistema de registro de seguimiento y control de pacientes post quirúrgicos	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	
Definición	Consiste en la elaboración y uso de un aplicativo informático como herramienta de apoyo para el seguimiento y control de los pacientes postquirúrgicos atendidos en los Servicios quirúrgicos del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa	
Justificación	El seguimiento postquirúrgico de pacientes es importante y necesario para garantizar la evolución apropiada del paciente y a su vez evaluar el desempeño de los servicios. En este concepto, el HEJCU implementará un aplicativo informático para el registro de un conjunto de datos útiles para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos atendidos por emergencias y urgencias, que serviría para la evaluación del desempeño clínico de los servicios.	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	<p>1) Diseñar y validar un Plan Institucional para la implementación de un sistema de registro de datos para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos.</p> <p>Fuente auditable: RD que aprueba el Plan de implementación de un sistema de registro de datos para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos. Año 2018</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 1)</p> <p>30%</p>
	<p>2) Capacitación de al menos 12 profesionales del equipo de salud de los Departamentos de Cirugía, Traumatología y Neurocirugía, respecto al manejo del aplicativo informático.</p> <p>Fuente auditable: Informe de las capacitaciones realizadas emitidos por la Unidad de Capacitación o la que haga sus veces en el Hospital.</p>	<p>Cumple con las acciones de los ítems 2) y 3)</p> <p>70%</p>
	<p>3) Implementación del aplicativo informático para el seguimiento de los pacientes post quirúrgicos.</p> <p>Fuente auditable: Reporte anual que genera el aplicativo informático.</p> <p><i>El reporte debe incluir como mínimo: Número de complicaciones postquirúrgicas presentadas en pacientes atendidos por emergencia en las especialidades de Cirugía General, Neurocirugía y Traumatología en los meses de noviembre y diciembre 2018.</i></p>	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERÍODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

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 de informe remitido por el Hospital.
Notas	No aplica.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

Ficha N° 19. Implementación de la Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño

Nombre	Implementación de la Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	DIRESA/GERESA/ DIRIS/ Hospitales/REDES/Establecimiento de salud seleccionado*. *Las DIRIS y Redes de Salud, seleccionaran un establecimiento de salud (hospital menor de 50 camas o el establecimiento de salud que atiende el mayor número de gestantes/puérperas/recién nacidos) de su jurisdicción, al que se le evaluará y los resultados aplicarán a toda la Red.	
Definición	<p>Desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr la "Certificación de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño" (Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA y la incorporación de los Anexos 5; 5A; 5B; 6; 6A; 6B; 6C; 6D; 6E; 6F; 6G; 7; 7A; 7B; y 7C, aprobada con Resolución Ministerial N° 353-2016/MINSA). El establecimiento de salud certificado promueve y protege la lactancia materna como practica clave para reducir la morbilidad infantil en las y los niños hasta los veinticuatro (24) meses de vida.</p> <p>La DIRESA/GERESA/DIRIS, debe realizar acciones para mejorar la organización de los servicios y fortalecer las competencias del personal de salud para la adecuada implementación de la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, por parte del personal de salud de los Establecimientos de Salud, según corresponda.</p>	
Justificación	<p>La evidencia actual indica que la lactancia materna es el método de alimentación infantil más seguro y saludable, además proporciona beneficios a corto y largo plazo al niño o niña, tanto en su estado nutricional, afectivo, de salud y desarrollo durante los primeros años de vida e incluso en periodos posteriores, extendiendo estos beneficios a la madre, la familia y la comunidad.</p> <p>Según ENDES, en el Perú la proporción de menores de 06 meses con lactancia materna exclusiva a nivel nacional mantiene una disminución constante, así se puede observar que entre los años 2013-2017 ha disminuido del 72.3% a 64.2%; siendo las zonas rurales las que tienen un mayor descenso (8 puntos porcentuales), en comparación con las zonas urbanas (7.3 puntos porcentuales), en el mismo periodo de tiempo.</p> <p>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).</p> <p>En este contexto, el Ministerio de Salud asume su rol rector y en mérito del cumplimiento de compromisos establecidos y en concordancia con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Pequeño, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, de acuerdo a las recomendaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en el marco de sus políticas y normativas sectoriales, promueve, protege y apoya la lactancia materna, considerada como la primera y mejor práctica de alimentación y a la leche materna como la principal fuente de alimentación de niños y niñas hasta los veinticuatro (24) meses de vida.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1. Conformación o reactivación del Comité Técnico Institucional para la promoción y protección de la lactancia materna, o Comité de lactancia materna, según corresponda a DIRESA/GERESA/Hospitales y establecimiento de salud seleccionado.</p> <p>Fuente auditable: Copia fedateada de la Resolución Directoral (RD) o Resolución Jefatural (RJ), según corresponda, emitida durante los últimos 03 años.</p>	Si cumple con todas las acciones de los ítems 1 y 2



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.



	<p>2. Plan de trabajo anual del Comité Técnico Institucional o Comité de lactancia materna (según corresponda) para la promoción y protección de la lactancia materna, aprobado por RD o RJ. El Plan debe contener como mínimo la programación de las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Socialización, de 05 documentos normativos: i) Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, ii) NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01, iii) NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01, iv) Reglamento de Alimentación Infantil (Decreto Supremo N° 009-2006-SA), y v) Decreto Supremo N° 001-2016-MIMP que desarrolla la Ley N° 29896 - Ley que establece la implementación de lactarios en las instituciones del sector público y del sector privado promoviendo la lactancia materna. b) Capacitación⁵ al personal de la salud que trabaja con la madre y el niño⁶, en temas relacionados a: lactancia materna, promoción - protección de la lactancia materna y buenas prácticas de atención del bebé, (Aplica a Hospitales y establecimiento de salud seleccionado). c) Capacitación⁷ a equipos de evaluadores⁸ en metodología de evaluación interna (Aplica a DIRESA/GERESA). d) Acciones de Monitoreo y/o Supervisión, mínimo 01 por semestre. En el caso de DIRESA/GERESA monitoreo y/o supervisión al 100% de hospitales que brindan servicios materno infantil. En el caso de los Hospitales y establecimiento de salud seleccionado, monitoreo y/o supervisión al 100% de UPSS⁹. e) Evaluación Interna. (Aplica a Hospitales y establecimiento de salud seleccionado). <p>Fuente auditable: Copia fedateada RD o RJ de aprobación del Plan y del cronograma del Plan de trabajo del Comité Técnico Institucional o Comité de lactancia materna.</p>	30%
	<p>3. Ejecución de Plan de trabajo: Se evaluará el cumplimiento de las actividades programadas en el plan de trabajo, según cronograma y público objetivo.</p> <p>Fuente auditables: Copias fedateada de:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Para la actividad a): Listado de participantes cuando la modalidad son reuniones presenciales; actas o cuadros de distribución de documentos impresos, constancia de publicación en diferentes espacios o medios de los 05 documentos normativos mencionados anteriormente. 2. Para la actividad b) o c): Informe de capacitación emitido por la unidad de capacitación o la que haga sus veces, adjuntando lista de participantes que aprobaron la capacitación (datos mínimos: nombres y apellidos, profesión, área/EESS/RED de procedencia, horas de capacitación). Para b) el tiempo de capacitación mínimo es de 20 horas presenciales que incluyen 3 horas de práctica clínica. 	<p>Si la DIRESA/GERESA cumple con todas sus actividades: 70%</p> <p>Si el Hospital o EESS seleccionado cumple con todas sus actividades: 50% y adicionalmente 20% si el resultado de la evaluación interna es $\geq 80\%$</p>

⁵ 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)

⁶ 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.

⁷ RM N° 353-2016/MINSA.

⁸ Comités de lactancia materna de los hospitales y EESS seleccionados.

⁹ 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.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

	<p>3. Para la actividad d): Informes de actividades de Supervisión y Monitoreo (como mínimo 01 en el 2° semestre del 2018), adjuntar ficha de monitoreo (Anexo 04 de la RM N° 609-2014/MINSA) con los V°B° de las áreas o establecimientos monitoreados o supervisados.</p> <p>4. Para la actividad e): Informe final de la evaluación interna, adjuntar: matriz de consolidación de entrevistas, acta final de calificación (anexos 7a, 7b y 7C de la RM N° 353-2016/MINSA).</p>	
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.	
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/Redes*.	
Notas		



Ficha N° 20. 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	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>De acuerdo a la NTS N° 138-MINSA/2017/DIGIEP, 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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>
Justificación	<p>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 consiguen 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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.



	<p>salud mental en el Perú, en línea con las recomendaciones internacionales de la OMS y con los avances científicos actuales.</p> <p>Así mismo, mediante Decreto Supremo 071-2015/MEF del 29 de marzo del 2015, autorizan la transferencia de partidas en el Presupuesto del sector Público para el año fiscal 2015 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>Aplica a DIRESA/GERESA/DIRIS en cuya jurisdicción implementan CSMC a partir del 2015.</p> <p>1. Implementación de un Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) como mínimo, en una red de salud de la jurisdicción de la DIRESA/GERESA/DIRIS.</p> <p>a) Resolución Directoral (RD) señalando que se cuenta con infraestructura asignada para el CSMC.</p> <p>Fuente auditable:</p> <p>Resolución Directoral (RD) señalando que se cuenta con infraestructura asignada para el CSMC.</p> <p>b) Ejecución presupuestal en fase devengado: 20% en el I semestre y 100% en el II semestre de presupuesto transferido para implementación del CSMC.</p> <p>Fuente auditable:</p> <p>Copia del reporte SIAF al I y II semestre, detallando porcentaje de avance del presupuesto transferido para la implementación del CSMC, firmado por el Director General y responsable de planeamiento y presupuesto de la DIRESA/GERESA/DIRIS/REDES.</p> <p>c) Ejecución presupuestal en el marco de las actividades programadas para la implementación del CSMC, garantizando la calidad del gasto.</p> <p>Fuente auditable:</p> <p>Copia del reporte SIAF al I y II semestre, detallado por producto, actividad y genérica de gasto, de acuerdo al detalle del presupuesto transferido para la implementación del CSMC, firmado por el Director General y responsable de planeamiento y presupuesto de la DIRESA/GERESA/DIRIS/REDES.</p>	Cumple con todas las acciones del ítem 1 100%

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

	<p>Aplica a DIRESA/GERESA/DIRIS que ya cuentan con CSMC implementados:</p> <p>2. Funcionamiento de las cuatro unidades de servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio para Niños/as y Adolescentes, • Servicio para Adultos y Adultos Mayores, • Servicio de Adicciones. • Servicio de Participación Social y Comunitaria <p>Fuente auditable: Informe de la DIRESA/GERESA/DIRIS firmado por el Director General.</p> <p>3. Plan de actividades del centro de salud mental comunitario, aprobado por la red de salud y Director General de la DIRESA/GERESA/DIRIS, que corresponde.</p> <p>Fuente auditable: Plan aprobado y firmado por el Director General.</p> <p>4. Reporte de producción de actividades del CSMC al último trimestre.</p> <p>Fuente auditable: Reporte HIS firmado por el jefe de estadística de DIRESA/GERESA/DIRIS.</p> <p>5. Registro del CSMC en RENIPRESS.</p> <p>Fuente auditable: Reporte de RENIPRESS.</p>	<p>Cumple con todas las acciones de los ítems 2,3, 4 y 5 100%</p>
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 la DIRESA/GERESA/DIRIS.	



Ficha N° 21. Fortalecimiento a la implementación de atenciones por telemedicina.

Nombre	Fortalecimiento de la implementación de atenciones por telemedicina.	
Tipo	Compromiso de Mejora	
Institución	DIRESA/GERESA/DIRIS; Hospitales categorías II-2, II-E, III-1, III-2, III-E	
Definición	<p>La Telemedicina es uno de los ejes de desarrollo de Telesalud, el cual 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 tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.</p> <p>El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y, específicamente la telemedicina, está cambiando el modo en que funcionan los sistemas de salud en todo el mundo y sobre todo en Perú donde se vuelve una necesidad, su utilización e implementación, permitiendo mejorar el acceso a los servicios de salud a la población con limitaciones de capacidad resolutiva</p>	
Justificación	<p>En cumplimiento a La Ley Marco de Telesalud (Ley 30421), modificada por el Decreto Legislativo 1330, 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.</p> <p>La telesalud en su componente de telemedicina presta los servicios de salud a distancia por personal de salud competente de una IPRESS teleconsultora, a una IPRESS Tele consultante, para el manejo de un paciente, pudiendo éste, estar o no presente. A través de las TIC, a todo ello se denomina teleconsulta.</p> <p>Sin embargo en el Perú el avance de su implementación y sostenibilidad es aún limitada a pesar de la brecha de profesionales existentes y de la necesidad de la población.</p> <p>Por ello el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Telemedicina de la Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencias, busca que las IPRESS se incorporen a la red nacional de telesalud a todos los niveles de atención a fin de brindar atención oportuna y especializada a la población peruana.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>LOGRO ESPERADO PARA HOSPITAL E INSTITUTO:</p> <p>1) Designación oficial del equipo del hospital/Instituto responsable de la conducción del proceso de telesalud, conformado por al menos 01 profesional de la salud que hará las veces de responsable de telesalud y 01 personal administrativo que hará las veces de soporte tecnológico.</p> <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resolución Directoral que formalice la designación del equipo <p>2) Habilitación de un ambiente para realizar teleconsultas el cual debe contar con:</p> <ol style="list-style-type: none"> Camilla Escritorio Dos sillas Una computadora de escritorio o laptop. Una cámara webcam externo Un micrófono externo. Un par de parlantes externos. Impresora Servicio de internet 	<p>El Hospital/Instituto recibirá el 100% del ponderado si cumple los criterios 1, 2 y 3</p>



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

	<p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un informe de implementación de la unidad de telemedicina que incluya el <u>reporte oficial de SIGA-Patrimonio</u>/autorización de desplazamiento de bienes muebles patrimoniales; que evidencie la asignación de los recursos antes mencionados al consultorio de teleconsultas <p>3) Haber realizado una conexión con DIGTEL-DITEL desde el ambiente asignado para la teleconsulta del establecimiento de Salud</p> <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reporte emitido por DIGTEL 	
	<p>LOGRO ESPERADO PARA DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <p>1) Actualización de datos de las IPRESS en el RENIPRESS, para el caso de las IPRESS incorporadas a la red nacional de telesalud que brindan el servicio de telemedicina.</p> <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte de RENIPRESS verificado por DIGTEL-DITEL 	<p>La DIRESA/GERESA recibirá el 100% del ponderado si cumple el criterio 1</p>
Área responsable técnica.	Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia a través de la Dirección de Telemedicina.	
Área responsable de la Información.	Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia a través de la Dirección de Telemedicina.	
Frecuencia de medición	Evaluación anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Telemedicina a partir de los informes remitidos por la DIRESA/GERESA y hospitales e institutos	



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:

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

Dónde:

PI: Porcentaje de cumplimiento anual del Indicador.

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

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

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

Ejemplo 1A

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

Ejemplo 2:

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

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



c. Para compromiso de mejora de los servicios:

- 6 Si la institución realizó todas las acciones definidas y en las fechas establecidas, el porcentaje de cumplimiento es 100%. De no lograr todas las acciones y/o hacerlo fuera de las fechas establecidas, para los dos semestres, el porcentaje de cumplimiento del compromiso es 0%.
- 7 Si la institución realizó todas las acciones definidas solamente para uno de los semestres, el porcentaje de cumplimiento será el que señala la ficha técnica para ese semestre. Así en el Ejemplo 3, para el Compromiso de Mejora "Certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño" (Ficha Técnica N° 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:

$$PG = \frac{\sum (I_1 \times P_1 + I_2 \times P_2 + I_3 \times P_3 + I_{14} \times P_4 + I_5 \times P_5 + \dots + I_n \times P_n)}{100}$$

Dónde:

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

Σ : Sumatoria

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

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

- 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.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

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 reenforcada.	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



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

- 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

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

$$PG = 61.6\%$$



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.

ANEXO N° 4 - ESCALA REFERENCIAL DE ENTREGA ECONÓMICA ANUAL

ENTREGA ECONÓMICA ANUAL						
(En Nuevos Soles)						
Personal de la Salud	Porcentaje Global de Logro					
	Mayor o igual que 95% hasta 100%	Mayor o igual que 90% y menor que 95%	Mayor o igual que 80% y menor que 90%	Mayor o igual que 70% y menor que 80%	Mayor o igual que 60% y menor que 70%	
Médico cirujano	4,568	4,340	3,883	2,056	1,370	
Cirujano dentista, químico farmacéutico, obstetra, enfermero, médico veterinario ¹ , biólogo ¹ , psicólogo ¹ , nutricionista ¹ , ingeniero sanitario ¹ , asistente social ¹ , tecnólogo médico y químico.	2,239	2,127	1,903	1,008	672	
Técnicos especializados de los servicios, de fisioterapia, laboratorio y rayos X	1,949	1,852	1,657	877	585	
Personal de la salud 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.						



ANEXO N° 5 - CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN 2018

FECHA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	Tiempo entre cada paso (días)
Hasta el 28.02.19	Regularización del envío de datos correspondientes a bases de datos oficiales de información estadística, epidemiológica, patrimonial o medicamentos e insumos	Director General / Gerente Regional de Salud de los Gobiernos Regionales Directores Generales de Hospitales, Institutos y de las Direcciones de Redes de Lima Metropolitana	-
	Incluye información estadística hospitalaria		
Hasta el 30.03.19	Registro de información sustentatoria del cumplimiento de las MI, ID y CM en el aplicativo informático de Convenios de Gestión 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	30
Hasta el 10.04.19	Evaluación del cumplimiento de las MI, ID y CM en el aplicativo informático	Áreas técnicas del MINSA	10
Hasta el 19.04.19	Publicación de los resultados preliminares de la evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM.	Oficina General de Tecnología de la Información	9
Del 20.04.19 hasta el 31.05.19	Recepción 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	40
	Reuniones entre las partes para atender las reconsideraciones	Directores Generales de Hospitales, Institutos y de las Direcciones de Redes de Lima Metropolitana	
Hasta el 12.07.19	Evaluación de las solicitudes de reconsideración.	Áreas técnicas del MINSA	42
	Emisión del Informe final correspondiente		
Hasta el 19.07.19	Publicación de los resultados definitivos de la evaluación de cumplimiento de las MI, ID y CM	OGTI/DGOS/SG	7



Flujograma de Convenios de Gestión 2018 - Primera parte

Grupo de trabajo	Áreas técnicas	DGOS	OGAI	Secretaría General	Despacho ministerial	Instituciones firmantes	OGTI
Instalación de grupo de trabajo							
Conoce a áreas técnicas responsables	<ul style="list-style-type: none"> Elabora Ficha técnica de los indicadores 						
Elabora propuesta de directiva alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> Elabora sustento técnico y proyecto de RN 	<ul style="list-style-type: none"> Gestiona aprobación de directiva alimentaria 	<ul style="list-style-type: none"> Elabora versión final de proyecto de RN que aprueba la Directiva Administrativa 	<ul style="list-style-type: none"> Gestiona aprobación de RN 	<ul style="list-style-type: none"> Sustenta RN que aprueba Directiva Administrativa 	<ul style="list-style-type: none"> Toma conocimiento de la directiva alimentaria, modelo y anexo de convenio 	
Elabora modelo de convenio		<ul style="list-style-type: none"> Elabora convenio y anexo 	<ul style="list-style-type: none"> Ajusta modelo de convenio 	<ul style="list-style-type: none"> Sustenta directiva administrativa 		<ul style="list-style-type: none"> Elabora propuesta de anexo de convenio 	
Negocia valores unitarios con las instituciones firmantes		<ul style="list-style-type: none"> Ajusta anexo de convenio 	<ul style="list-style-type: none"> Elabora versión final de convenio 	<ul style="list-style-type: none"> Envía convenio a instituciones firmantes 		<ul style="list-style-type: none"> Firma convenio 	
Elabora cronograma de evaluación de convenios de gestión 2018				<ul style="list-style-type: none"> Gestiona la suscripción del convenio 	<ul style="list-style-type: none"> Sustenta convenio de gestión 2018 	<ul style="list-style-type: none"> Recupera convenio de gestión 2018 	
				<ul style="list-style-type: none"> Publica cronograma en portal web institucional 		<ul style="list-style-type: none"> Toma conocimiento del cronograma 	<ul style="list-style-type: none"> Solicita responsable de registro
						<ul style="list-style-type: none"> Define un responsable de registro 	<ul style="list-style-type: none"> Habilita el registro en el aplicativo de convenios
						<ul style="list-style-type: none"> Carga la información del registro evaluada 	
						<ul style="list-style-type: none"> Comunica a OGTI que terminó la carga de información 	<ul style="list-style-type: none"> Cierre del registro

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 253 - MINSA/2018/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 SERVICIOS EN SALUD, ALCANZADOS EN EL PERIODO 2018, PARA LA ENTREGA ECONÓMICA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1153.



Flujograma de Convenios de Gestión 2018 --- Segunda parte

Grupo de trabajo	DGOS	Secretaría General	Instituciones firmantes	OGTI	Áreas técnicas	DIGEP	OGPPM
					1 Realiza evaluación del cumplimiento de los indicadores de Convenios de Gestión 2018		
				Elabora informe de resultados preliminares	Comunican que culminaron la evaluación		
			Toma conocimiento y elabora observaciones	Aprobación del aplicativo de convenio para carga de información			
					Reevaluación de la información		
				Elabora informe final de resultados y envía informe	Comunican que culminaron la evaluación		
					Elaboran informe final de evaluación	Solicita nomina de beneficiarios	
						Elabora informe final de beneficiarios	
			Elabora nomina de beneficiarios y oficializa con resolución				Elabora informe final para pago y envía al IMEF

LISTA DE ACRÓNIMOS

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

