

Decreto Supremo que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado

**DECRETO SUPREMO
N° 041-2014-SA**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 9 de la Constitución Política del Perú establece que el Estado determina la Política Nacional de Salud, el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación y en tal sentido, es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud;

Que, el numeral 2 del artículo III del Título Preliminar de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, establece que la gestión promueve la igualdad de todas las personas en el acceso a las oportunidades y beneficios que se derivan de la prestación de servicios públicos y de la actividad pública en general. Asimismo, en su artículo 23 dispone que son funciones de los ministerios, entre otras, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, y aprobar las disposiciones normativas que les correspondan;

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, se establece que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, y que según lo señala la Ley N° 26842, Ley General de Salud, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la Política Nacional de Salud y es la máxima autoridad en materia de salud;

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, siendo que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado y que su protección y provisión es de interés público, por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla en condiciones que garantice una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

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 el Estado 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 micro redes 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, resulta necesario aprobar para el año 2015, las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, para incentivar y garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud en beneficio de la población;

De conformidad con lo establecido en el numeral 8) del artículo 118 de la Constitución Política del Perú, la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, y 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;

DECRETA:

Artículo 1.- Objeto

El presente Decreto Supremo tiene como objeto definir las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios a cumplirse en el año 2015, para 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.

Artículo 2.- Definiciones

Ámbito de aplicación. Tipo de instituciones que pueden ser evaluadas por la meta, indicador o compromiso.

Institución a la cual está asignado el personal de la salud para la evaluación del cumplimiento. En caso de existir discrepancias en cuanto a las instituciones a las que se medirá por separado el cumplimiento de metas, éstas se resolverán en el convenio.

Asignación económica anual por cumplimiento de metas. Entrega económica que se otorgará una vez al año al personal de las entidades bajo el alcance del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, en caso se cumpla con las condiciones exigidas 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 la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios; según se detalla en las fichas de los indicadores.

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.

Compromiso de mejora de los servicios. Conjunto de acciones o metas cuyo cumplimiento oportuno facilita alcanzar los logros esperados. Se verifica semestralmente a través de un informe emitido por el área competente de evaluación. Puede cumplirse parcialmente.

Convenio de gestión. Instrumento que detalla las obligaciones de las partes a efectos de poder evaluar el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para el otorgamiento de la asignación económica correspondiente.

Meta institucional. Expresión cuantificable de los resultados en salud planteados en función de las prioridades de política nacional y sectorial. Se miden anualmente.

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

Logro alcanzado. Situación alcanzada al momento de la evaluación.

Logro esperado. Situación que se espera alcanzar al momento de la evaluación. Nivel de cumplimiento máximo esperado para una meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios.

Peso ponderado. Importancia relativa de las metas, indicadores y compromisos. La suma de los pesos ponderados para una determinada institución es igual a cien.

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. Si el logro alcanzado es inferior al valor umbral, el valor es cero por ciento.

Porcentaje global de cumplimiento. Es la suma de los porcentajes de cumplimiento anual de las metas, indicadores y compromisos, multiplicados cada uno por su peso ponderado.

Prioridades. Líneas de política sanitaria en torno a las cuales se agrupan las metas, indicadores y compromisos.

Valor umbral. Es la situación a partir de la cual se evalúa positivamente una meta o indicador. No aplica para compromisos de mejora de los servicios.

Artículo 3.- Alcance

Se encuentran bajo el alcance del presente Decreto Supremo el Ministerio de Salud, sus organismos públicos, los Gobiernos Regionales y sus Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud, así como los órganos dependientes de las mismas. El personal que puede ser beneficiario de la asignación por cumplimiento de metas se encuentra definido en el Decreto Supremo N° 116-2014-EF.

Artículo 4.- Prioridades de salud

Las prioridades de salud son los ejes de política alrededor de los cuáles se definen las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios. Las prioridades son nacionales o regionales; en este último caso, se definen como resultado del análisis de la situación de salud.

4.1 Prioridades de salud nacionales

- Desnutrición crónica, anemia y mortalidad infantil.
- Mortalidad materna y neonatal.
- Enfermedades no transmisibles.
- Acceso, eficiencia y calidad en la producción de servicios de salud.
- Mejora de la capacidad de gestión de recursos públicos.

4.2 Prioridades de salud regionales

- Tuberculosis
- Infección por VIH/SIDA
- Hepatitis B
- Malaria
- Dengue
- Enfermedad de Carrión
- Enfermedad de Chagas
- Leishmaniasis
- Peste
- Leptospirosis
- Rabia canina
- Ofidismo
- Enfermedad por metales pesados

Artículo 5.- Metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios

En el anexo 1 se describen las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de los servicios según prioridades. En el anexo 2 se describen los ámbitos de aplicación de los indicadores. En el anexo 3 se detallan las fichas de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

Artículo 6.- Suscripción de convenios de gestión

Para la aplicación de la asignación descrita se requiere la suscripción de convenios de gestión. Estos serán suscritos entre el Titular del Ministerio de Salud con los Presidentes de los Gobiernos Regionales, con el Jefe del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, y con el Jefe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, según corresponda. Por medio de estos convenios, los últimos se obligan a la difusión de los mismos en sus instituciones, a generar las condiciones para posibilitar el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, y a facilitar las acciones de evaluación y auditoría.

Artículo 7.- Negociación de los convenios de gestión

Los convenios de gestión se negocian entre las partes en las siguientes fases:

7.1 Determinación de prioridades y pesos ponderados de las mismas.

a) Las prioridades de salud nacionales aplican en todos los casos; adicionalmente se acuerda una o dos prioridades regionales.

b) Las regiones podrán, con el apropiado sustento, acordar con el Ministerio de Salud prioridades regionales adicionales a las presentadas, y elaborar en concordancia los indicadores de desempeño y compromisos de mejora

de los servicios, en el momento previo a la firma del convenio.

c) Los pesos ponderados de las prioridades se acuerdan tomando en cuenta los límites mínimos y máximos que señala el anexo 4.

d) Los pesos ponderados de las metas, indicadores y compromisos de cada prioridad se obtienen aplicando los pesos porcentuales al peso ponderado acordado por prioridad, según señala el anexo 4. Las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios que figuren con peso ponderado igual a cero, son medidos pero no tienen efecto en la evaluación.

e) En caso que no resulte conveniente la medición de la prioridad regional a todo el territorio, puede elegirse una segunda prioridad para las redes que no estén comprendidas en la primera.

f) Los indicadores para redes pueden aplicar a sus respectivas microrredes, si están definidas e implementadas, a propuesta del Gobierno Regional.

g) La negociación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud se realizará según lo detallado para las regiones.

7.2 Determinación de indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

Para los establecimientos de salud del tercer nivel de atención de Lima Metropolitana, así como para el establecimiento de salud de mayor complejidad de cada región:

a) Se negociará de manera separada los logros esperados y umbrales para los indicadores correspondientes a la prioridad Acceso, Eficiencia y Calidad en la producción de servicios de salud.

b) Se seleccionarán no menos de cuatro (4) indicadores a partir de los presentados en el anexo 5; para éstos se definirá en cada caso el logro esperado y el valor umbral. Asimismo, deberán definirse tres (3) compromisos; éstos deberán contribuir al cumplimiento de los indicadores seleccionados.

c) Se acordarán los pesos ponderados para el total de indicadores.

Para el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: Se realizará según lo detallado en los incisos a), b) y c) precedentes.

Para los demás establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención: se emplearán los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios definidos en los anexos 1 y 2.

Artículo 8.- Responsabilidades

La responsabilidad de la difusión de los convenios de gestión entre el personal, la operación de los sistemas de información, verificación y aseguramiento de la calidad de la información y envío de informes relacionados al cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, es de los jefes de las instituciones contrapartes de los convenios de gestión firmados.

La responsabilidad por la consolidación de informes emitidos por las áreas responsables de información según lo señalado en el Anexo 3: Fichas de los Indicadores, respecto al cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, corresponde a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud.

Artículo 9.- Medición

La medición de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios se realizará con una periodicidad anual; esta medición será la base para el cálculo del porcentaje global de cumplimiento de las instituciones, para la determinación de la Asignación Económica Anual por Cumplimiento de Metas.

Las entidades o dependencias responsables de las fuentes de información, según se indica en el Anexo 3: Fichas de los Indicadores, deberán reportar al menos trimestralmente los avances de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a nivel de las instituciones evaluadas.

Artículo 10.- Implementación, seguimiento y evaluación del cumplimiento de los convenios de gestión.

10.1 Las contrapartes del Ministerio de Salud designadas en los Convenios de Gestión se responsabilizarán del mantenimiento o implementación de sistemas de información y de los procedimientos necesarios para el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, con el fin de contar con información oportuna y veraz.

10.2 Las áreas responsables técnicas del Ministerio de Salud y de sus organismos públicos adscritos, realizarán el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios bajo su competencia, cuando corresponda; y en coordinación con las contrapartes designadas en los Convenios de Gestión.

10.3 Las áreas responsables de información del Ministerio de Salud y de sus organismos públicos adscritos, emitirán informes Técnicos de evaluación anual sobre el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, según les corresponda. Estos informes serán remitidos a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud.

10.4 La Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud procederá a:

a) Calcular el porcentaje global de logro de metas de las redes, hospitales e institutos especializados, direcciones de salud y direcciones regionales de salud o las que hagan sus veces.

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

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

Artículo 11.- Publicación de resultados

El Ministerio de Salud publicará en su portal institucional (www.minsa.gob.pe) el ranking de hospitales e institutos especializados, redes y direcciones regionales de salud (o las que hagan sus veces), según porcentaje global de cumplimiento de metas.

Artículo 12.- Publicación

Publíquese el presente Decreto Supremo con sus respectivos anexos en el portal web del Estado Peruano (www.peru.gob.pe), así como en el portal institucional del Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe) el mismo día de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Artículo 13.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por el Ministro de Salud.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera.- Al término de la evaluación de los convenios y acuerdos de gestión firmados en el año 2014, entre el Ministerio de Salud y otras instituciones y habiéndose ejecutado la entrega económica anual en aplicación al artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, deróguese el Decreto Supremo N° 005-2014-SA y modificatoria.

Segunda.- Para la evaluación de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, a los que hace referencia el Decreto Supremo N° 116-2014-EF, se tendrá en cuenta lo dispuesto en el presente Decreto Supremo.

Tercera.- En caso se decida evaluar los hospitales o institutos especializados por departamento o servicio, deberá detallarse en el convenio la relación nominal del personal de la salud en el marco del Decreto Legislativo N° 1153 según los diferentes departamentos o servicios, y señalar el criterio por el cual se hizo esta adscripción.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los treinta días del mes de diciembre del año dos mil catorce.

OLLANTA HUMALA TASSO
Presidente Constitucional de la República

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud

ANEXO 1

METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS SEGÚN PRIORIDADES

Prioridades	Metas institucionales	Indicadores de desempeño	Compromisos de mejora de los servicios
Desnutrición crónica, anemia y mortalidad en niños	<ul style="list-style-type: none"> Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores de 3 años. Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo. Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED. 	<ul style="list-style-type: none"> Implementación del corte tardío del cordón umbilical.
Mortalidad materna	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de muertes maternas evitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de parto institucional. Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar. Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada. 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora del sistema de referencia institucional.
Enfermedades no transmisibles		<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou. Porcentaje de mamografías en mujeres de 50 a 64 años. Adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus. 	<ul style="list-style-type: none"> Redes de Salud preparadas para el diagnóstico y manejo de enfermedades no transmisibles en el I nivel de atención.
Mejora del acceso, calidad y eficiencia de los servicios		<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa. Tiempo de espera para atención en consulta externa. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias. Productividad hora-médico en consulta médica. 	<ul style="list-style-type: none"> Funcionamiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.

Prioridades	Metas institucionales	Indicadores de desempeño	Compromisos de mejora de los servicios
Mejora de la capacidad de gestión de recursos		<ul style="list-style-type: none"> Índice de calidad de gasto Ejecución del plan de equipamiento de establecimientos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Equipamiento básico en el I nivel de atención. Supervisión regional a establecimientos de salud.
Prioridades regionales			
<ul style="list-style-type: none"> Tuberculosis Infección por VIH y SIDA Hepatitis B Malaria Dengue Enfermedad de Carrión Enfermedad de Chagas 		<ul style="list-style-type: none"> Leishmaniosis Peste Leptospirosis Rabia canina Ofidismo Enfermedad por metales pesados 	

ANEXO 2**ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS**

Prioridad		Meta / Indicador / Compromiso			Ámbito de aplicación		
Tipo	Descripción	Tipo	Descripción	DIRESA	Red	Hospital	
Nacional	Desnutrición crónica, anemia y mortalidad infantil	M	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.	X			
		M	Prevalencia de anemia en niños de 6-35 meses.	X			
		I	Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores de 3 años.	X	X		
		I	Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.	X	X		
		I	Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED.	X	X		
		C	Implementación del corte tardío del cordón umbilical.	X			
	Mortalidad materna	M	Proporción de muertes materna evitadas.	X			
		I	Porcentaje de parto institucional.	X			
		I	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.	X	X		
		I	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada.	X	X		
	Enfermedades no transmisibles	C	Mejora del sistema de referencia institucional.	X			
		I	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.	X	X		
		I	Porcentaje de mamografías en mujeres de 50 a 64 años.	X	X		
		I	Adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.	X	X		
		C	Redes de Salud preparadas para el diagnóstico y manejo de enfermedades no transmisibles en el I nivel de atención.	X	X		
	Mejora de la calidad, acceso y eficiencia de los servicios de salud	I	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	X	X	X	
		I	Tiempo de espera para atención de consulta externa.	X		X	
		I	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.	X		X	
		I	Productividad hora-médico en consulta externa.	X	X	X	
		C	Funcionamiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	X		X	
		C	Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	X		X	
	Mejora de la gestión de recursos públicos	I	Índice de calidad de gasto.	X			
		I	Ejecución del plan de equipamiento de establecimientos de salud.	X			
C		Equipamiento básico para el I nivel de atención.	X	X			
		C	Supervisión regional a establecimientos de salud.	X	X		

**ANEXO 3
FICHAS DE LOS INDICADORES****I. Desnutrición crónica, anemia y mortalidad infantil**

Nombre	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.
Tipo	Meta institucional.
Definición	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años de edad cuya talla para la edad se encuentra dos desviaciones estándar (DE) por debajo de la mediana de la población de referencia, según patrón de la Organización Mundial de Salud (OMS).

Justificación	Existe consenso a nivel internacional en el uso de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil como indicador para el seguimiento del estado nutricional y la salud de las poblaciones. En la medida que el retraso en el crecimiento de los niños es el reflejo de una inadecuada ingesta de nutrientes y de la incidencia de enfermedades durante un periodo largo de tiempo, se considera que la prevalencia de la desnutrición crónica es una medida acumulada del estado nutricional de la población.
Determinación del logro esperado	Si DCI >10%, reducción del 15% del valor umbral. Si DCI >5%, reducción del 10% del valor umbral, o alcanzar o reducir a menos de 5%. Si DCI ≤5%, mantener menor o igual a 5%.
Determinación del valor umbral	Valor obtenido en el año previo, según reporte de ENDES.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de niños menores de 5 años con desnutrición crónica} \times 100}{\text{Número de niños menores de 5 años evaluados}}$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}}$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	ENDES

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

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

Nombre del indicador	Cobertura de inmunización contra rotavirus y neumococo.
Tipo	Indicador de desempeño.

Definición	La vacuna para rotavirus y neumococo en niños menores de 1 año: a) Mide el porcentaje de niños y niñas menores de 1 año vacunadas con 2da dosis de vacuna neumococo. b) Mide el porcentaje total de niños y niñas menores de 1 año protegidos con 2da dosis de vacuna rotavirus.
Justificación	La vacunación es la intervención más segura en salud, ha demostrado ser la más costo efectividad y costo beneficio en los últimos dos siglos. Por lo tanto la salud y la prevención de enfermedades a través de la vacunación son un elemento crucial en el desarrollo de las naciones. <ul style="list-style-type: none"> La vacuna contra el Rotavirus está indicada para la prevención de gastroenteritis causada por rotavirus de los serotipos G1 y no G1 (como G2, G3, G4 y G9). Recomendado en dos dosis siendo a los 2 y 4 meses de edad. Vacuna antineumocócica conformada por los serotipos más comunes causantes de enfermedades graves por neumococo en los niños menores de 2 años, previene las enfermedades respiratorias severas como las neumonías y otras como: meningitis, sepsis y otitis media.
Determinación del logro esperado	95% de cobertura sobre el total de niños menores de 1 año de edad estimados por INEI.
Determinación del valor umbral	55% de cobertura sobre el total de niños menores de 1 año de edad estimados por INEI.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	Número de niñas y niños menores de 1 año vacunados con 2da dosis de Neumococo y Rotavirus x 100 Niñas y niños menores de 1 año estimados según INEI
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS
Nota	La población podrá ser reajustada según padrón nominado si la región en los últimos 3 años mantuvo niveles de cobertura no menores de 80%, pero con deserción menor de 5%.

Nombre del indicador	Recién nacido con dos controles CRED.							
Tipo	Indicador de desempeño.							
Definición	Este indicador mide el porcentaje de neonatos a los que se les realiza 2 controles de crecimiento y desarrollo (CRED) durante la etapa neonatal (primeros 15 días de vida). Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o como parte de la visita domiciliaria.							
Justificación	Los controles realizados durante la etapa neonatal permiten la evaluación periódica y el reforzamiento de las prácticas de cuidado integral del recién nacido que deben ser aplicadas en el hogar y para lo cual se deben priorizar las prácticas claves como lactancia materna exclusiva, las prácticas de higiene, cadena de calor y el apego, a fin de contribuir a la reducción de la tasa de mortalidad neonatal tardía en el país.							
Determinación del logro esperado	Valor basal	<3%	≥3% y <7%	≥7% y <11%	≥11% y <16%	≥16% y <23%	≥23% y <28%	≥28%
	Logro esperado	28%	31%	34%	36%	41%	43%	56%
Determinación del valor umbral	Logro alcanzado el año previo.							
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.							
Área responsable de información	Seguro Integral de Salud (SIS).							
Fórmula del indicador	Número de RN asegurados SIS con 2º controles CRED dentro de los primeros 15 días x100 Número de RN asegurados (afiliados) al SIS del período							
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral							
Frecuencia de medición	Mensual							
Fuente de datos	SIASIS							

Nombre	Implementación del corte tardío del cordón umbilical.			
Tipo	Compromiso de mejora.			
Justificación	El pinzamiento del cordón umbilical realizado entre el primer y tercer minuto posteriores al alumbramiento o cuando las pulsaciones del mismo hayan cesado aumenta las reservas de hierro del recién nacido, disminuyendo la prevalencia de anemia en los 4 a 6 meses de vida. Además mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros en las primeras 24 horas de vida. Los beneficios de esta práctica entre otros, se asocian a la probabilidad de reducir en el infante la anemia durante los primeros meses de vida, ya que puede incrementar alrededor de 50% del volumen total de sangre en el recién nacido.			
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem	Socialización de norma técnica N° 106-MINSA/DGSP-V.01 (incluyendo pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical) a todo el personal de atención de parto y recién nacido. Supervisión de prácticas en los EESS.	60%	Informe de capacitación y supervisión de EESS para implementación de corte tardío del cordón umbilical.
	II sem	Supervisión a EESS seleccionados por parte de la DIRESA (o su equivalente) para verificar cumplimiento de corte tardío de cordón umbilical	40%	Informe de visitas de campo.

Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Semestral
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP.

II. Mortalidad materna

Nombre del indicador	Proporción de muertes maternas evitadas.
Tipo	Meta institucional.
Definición	Se define muerte materna evitada a un diagnóstico o situación de severidad en una paciente obstétrica, no fallecida ocurrida entre las 28 semanas de embarazo y 6 semanas post parto. Los diagnósticos incluidos son shock hipovolémico, shock séptico, eclampsia, falla o disfunción orgánica, única o múltiple (renal, cardíaca, hepática, cerebral, respiratoria o de la coagulación), el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, la cirugía de emergencia no por cesárea y la transfusión sanguínea aguda de más de 5 unidades.
Justificación	Conforme se reduce la razón de mortalidad materna, la poca frecuencia del evento hace esta medición menos útil para determinar la situación y avances en el control de la morbilidad materna severa. Este indicador se emplea internacionalmente con este propósito.
Determinación del logro esperado	No aplica.
Determinación del valor umbral	No aplica.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de muertes maternas evitadas} \times 100}{\text{Número de gestantes con diagnósticos incluidos}}$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}}$
Frecuencia de medición	Trimestral
Fuente de datos	Planilla de egresos, registro de banco de sangre, libro de sala de operaciones.
Notas	Este indicador se medirá durante el 2015 pero no tendrá efecto sobre la evaluación final.

Nombre del indicador	Porcentaje de parto institucional.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Porcentaje de mujeres que reporte haber tenido un niño nacido vivo en los últimos 5 años previos a la encuesta y que fue atendido por un profesional de la salud en un establecimiento de salud.
Justificación	La atención del parto institucional es una estrategia de evidencia comprobada que contribuye a la reducción de la mortalidad materna. Permite mostrar problemas en la oferta, así como en el acceso a los servicios de salud; lo que implica mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos y modificar las características de la oferta del servicio, incluyendo la adecuación intercultural para motivar su incremento.
Determinación del logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Si valor en año previo es inferior a 95%, incrementar en 3% con respecto a valor basal o incrementar a 95% o superior. • Si valor en año previo es igual o superior a 95%, mantener superior a 95%.
Determinación del valor umbral	Valor obtenido en el año previo, según reporte de ENDES.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de mujeres entrevistadas cuyo parto fue atendido en un ES y por un profesional de la salud} \times 100}{\text{Número de mujeres entrevistadas que dieron a luz en los últimos 5 años}}$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}}$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	ENDES

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

Fórmula del indicador	<u>Número de parejas protegidas x100</u> Mujeres en edad fértil de la población bajo responsabilidad
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS

Nombre del indicador	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenforcada.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Se incluye como numerador a todas las gestantes que cumplen con los siguientes criterios: entrega a la gestante de al menos 4 controles prenatales, incluyendo el primero en el primer trimestre del embarazo, exámenes de laboratorio para despistaje de complicaciones del embarazo (glicemia, hemoglobina, hematocrito, examen de orina, descarte de VIH y sífilis, grupo y Rh) y al menos un examen de ecografía.
Justificación	La atención prenatal reenforcada debe mejorar las probabilidades de la madre y el niño para concluir saludablemente el embarazo. Esto implica el cumplimiento de un plan de atención que requiere el despistaje o monitoreo de varias condiciones de salud, por métodos clínicos, de laboratorio y de imágenes.
Determinación del logro esperado	60% de las gestantes estimadas según INEI.
Determinación del valor umbral	30% de las gestantes estimadas según INEI.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Seguro Integral de Salud (SIS).
Fórmula del indicador	<u>Número de gestantes aseguradas en el SIS que cumplen con criterios para atención prenatal reenforcada y han terminado su embarazo x100</u> Número de gestantes aseguradas en el SIS que han terminado su embarazo en el segundo semestre
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	SIASIS

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

III. Enfermedades no transmisibles

Nombre del indicador	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.			
Tipo	Indicador de desempeño.			
Definición	Proporción de mujeres que luego de la consejería respectiva son tamizadas mediante la prueba de Papanicolaou, independientemente del resultado y de la entrega del mismo.			
Justificación	En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más notificada. La citología por Papanicolaou constituye una estrategia de tamizaje poblacional muy difundida en la población; permite captar los casos de cáncer en etapas tempranas. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 25 a 64 años de edad.			
Determinación del logro esperado	25%			
Determinación del valor umbral	15%			
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.			
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.			

Fórmula del indicador	Número de mujeres de 25 a 64 años con examen de Papanicolaou x100 Número total de mujeres 25 a 64 años estimado por INEI
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS
Notas	Incluye 1er, 2do o Papanicolaou consecutivo.

Nombre del indicador	Porcentaje de mujeres de 50 a 64 años con mamografía.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Mamografía realizada de acuerdo a norma, reportada en el HIS
Justificación	En el Perú, el cáncer de mama es la 2ª neoplasia en frecuencia de notificación en la mujer. Durante los años previos se ha realizado un gran esfuerzo de inversión para dotar con equipos de mamografía a los hospitales de nivel II-2 o superior en las regiones. Asimismo, se han diseñado métodos de apoyo que permiten asegurar la lectura apropiada de las imágenes producidas. No obstante, aún el número de mamografías realizadas no representa una proporción significativa de la capacidad de producción y de la necesidad del servicio.
Determinación del logro esperado	20% de las mujeres de 50 a 64 años estimadas por INEI.
Determinación del valor umbral	10% de las mujeres de 50 a 64 años estimadas por INEI.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	Número de mamografías en mujeres de 50 a 64 años x100 Total de mujeres de 50 a 64 años estimadas por INEI
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS
Notas	Para regiones que no cuentan con mamógrafo, puede establecer una meta regional contra mamografías realizadas por convenio, o puede prorratearse el valor entre los indicadores y compromisos que la componen.

Nombre del indicador	Adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Conjunto de actividades integradas para la identificación de factores de riesgo y el diagnóstico oportuno en personas asintomáticas de enfermedades crónicas no transmisibles, incluye el uso de la historia clínica dirigida a identificar los factores de riesgo, así como exámenes de laboratorio. Estas actividades son desarrolladas por profesional de la salud capacitado en establecimientos de salud con población asignada (Establecimientos de Salud del primer nivel de atención). Incluye los siguientes procedimientos: - Identificación de factores de riesgo a través de la Historia Clínica. - Exámenes de laboratorio.
Justificación	En el país se estima que existen alrededor de un millón personas viviendo con diabetes. Es la sexta causa de carga de enfermedad en el país y la primera en personas de 45 a 69 años de edad. Según el Seguro Integral de Salud, en el año 2013 se han atendido a más de 130 mil personas con diabetes y de enero a junio de este año a más de 110 mil (70% fueron mujeres y 45% entre 40 y 60 años) representando más del doble de personas atendidas con esta patología en el mismo período. Para mejorar el control de la diabetes y reducir la frecuencia de sus complicaciones, debe incorporarse la educación y prevención a la población como parte de la atención médica. Además, la atención debe considerar los factores relacionados con aspectos biológicos, emocionales y socio familiar para tomar decisiones.
Determinación del logro esperado	80% de meta física para el producto.
Determinación del valor umbral	60% de meta física para el producto.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	Número de personas tamizadas para HTA y DM x100 Meta física programada para el producto a nivel regional
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Trimestral
Fuente de datos	HIS

Nombre	Redes de Salud preparadas para el diagnóstico y manejo de enfermedades no transmisibles en el I nivel de atención.
Tipo	Compromiso de mejora.

Justificación	La atención de enfermedades crónicas requiere que éstas puedan ser manejadas adecuadamente en el I nivel de atención, para asegurar un mayor acceso y una combinación adecuada de acciones de prevención y control. El primer paso en esta acción es fortalecer las capacidades del personal profesional de la salud para la atención de estas enfermedades, así como otras adecuaciones que permitan responder apropiadamente a estas necesidades de salud.			
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socialización al equipo básico del establecimiento de salud en la Guía de Práctica Clínica en Depresión (R.M. N° 648-2006/MINSA) a través de supervisión de práctica (acompañamiento clínico-psicosocial). 2. Capacitación de profesionales de salud de EESS de nivel I-3 y I-4 en manejo de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HTA). 3. Organización de la Red de Salud para el procesamiento de muestras, referencia de casos al II y III nivel, y seguimiento de casos identificados. 	30%	Informe de capacitación y supervisión para la implementación del diagnóstico y manejo de enfermedades de salud mental, DM e HTA en el I nivel de atención. Informe de organización de la red.
	II sem	Visitas inopinadas a los Establecimientos de Salud a cargo del nivel nacional para verificar el nivel de cumplimiento.	70%	Informe de visitas de campo.
Área responsable	DGSP			
Frecuencia de medición	Semestral			
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP.			

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

Nombre del indicador	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	La Organización Mundial de la Salud introdujo como criterio de evaluación de los sistemas de salud la atención a las necesidades no sanitarias de los usuarios, incluyendo aspectos como mantenimiento de la autonomía, confidencialidad, respeto a la dignidad, elección de prestadores y acceso a redes sociales. Estos aspectos pueden resumirse en una medición de la percepción de la satisfacción del usuario mediante una escala Likert. La escala diseñada señala como satisfecho al usuario que reporta sentirse muy satisfecho o satisfecho con la atención recibida (los dos valores superiores), para una escala de cinco valores posibles.
Justificación	El derecho a la atención de salud garantizado constitucionalmente debe implicar también un nivel mínimo de calidad de dicha atención. Esta calidad depende esencialmente en la atención de las necesidades sanitarias y no sanitarias de los usuarios de los servicios de salud. Se espera que la introducción de un estímulo externo mejore la calidad percibida de la atención de salud. Si bien la mejora de la satisfacción de los usuarios es un fin en sí mismo, esta mejora puede afectar positivamente la decisión de utilización de los servicios por parte de la población, mejorando el efecto de las intervenciones que se realizan como parte de la atención ambulatoria, y/o reduciendo el costo de acceso a las personas a las que se desea proteger con tales intervenciones.
Determinación del logro esperado	85%
Determinación del valor umbral	75%
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de personas encuestadas que refieren estar satisfechos o muy satisfechos con la atención de consulta externa}}{\text{Número de personas encuestadas}} \times 100$
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	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD (ENSUSALUD). La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias (Hospital de Emergencias Pediátricas y Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa).

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

Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
Fórmula del indicador	Suma de tiempo transcurrido entre contacto con <u>admisión e ingreso al consultorio</u> Número de personas evaluadas
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD (ENSUSALUD). La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias

Nombre del indicador	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.					
Tipo	Indicador de desempeño.					
Definición	Es el valor porcentual que se obtiene al medir el número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria que presenta un hospital o instituto, dividido por el total de pacientes que ingresaron al estudio.					
Justificación	Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un problema de salud pública de actualidad mundial y un desafío para las autoridades de los hospitales. La tasa de prevalencia permite tener un conocimiento amplio en relación a las IIH que se presentan en el establecimiento, algunas de las cuales no son captadas a través de la vigilancia epidemiológica regular. Por lo tanto, puede ser útil para determinar la magnitud del problema, particularmente cuando se estratifica por especialidad, procedimiento y complejidad del hospital, siendo un insumo para que los comités de IIH puedan priorizar las acciones de control en su institución. También permite medir la sensibilidad del sistema de vigilancia regular y permite evaluar la calidad de la atención hospitalaria desde la dimensión de la seguridad del paciente.					
Determinación del logro esperado	Valor basal	<3%	≥3% y <5%	≥5% y <10%	≥10% y <15%	≥15%
	Logro esperado	No exceder de 3%	Disminuir 10% respecto al basal	Disminuir 15% respecto al basal	Disminuir 20% respecto al basal	Disminuir 25% respecto al basal
Determinación del valor umbral	Valor del año previo.					
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.					
Área responsable de información	Dirección General de Epidemiología (DGE).					
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria}}{\text{Número total de pacientes hospitalizados que ingresan al estudio}} \times 100$					
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral					
Frecuencia de medición	Anual					
Fuente de datos	Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias.					

Nombre del indicador	Productividad hora-médico en consulta externa.				
Tipo	Indicador de desempeño.				
Definición	Resultado de dividir el número de consultas médicas en consulta externa de un período, entre el número de horas médico programadas en el mismo período.				
Justificación	La medición de este indicador muestra que la mayor parte de hospitales se encuentra por debajo del estándar. Es posible que parte de este valor bajo refleje falta de registro de atenciones realizadas, problemas para la identificación de las atenciones registradas (por ejemplo, por no estar todos los médicos en el maestro de personal), o programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.				
Determinación del logro esperado	Para hospitales generales: 4 a 5 consultas por hora. Para redes de salud: 4 a 5 consultas por hora. Para hospitales de campo especializado e institutos: 2 a 4 consultas por hora; este valor referencial se puede ajustar de acuerdo al campo clínico.				
Determinación del valor umbral	No aplica.				
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.				
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.				
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de atenciones de consulta médica en un período}}{\text{Número de horas de consulta externa programadas en el período}} \times 100$				
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 dentro de 0.5 unidad del rango: 80% - Si el valor calculado se encuentra dentro de 1 unidad del rango: 60% 				
Frecuencia de medición	Mensual				
Fuente de datos	HIS (numerador), reporte de programación de consulta externa (denominador).				
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias. En el caso de Redes, este indicador se medirá para el conjunto de establecimientos de salud de categoría I-3 y I-4; si no se dispone de información sobre el número de horas de consulta externa programadas, la red podrá alcanzar un valor de programación promedio mensual de horas de consulta externa para dichos establecimientos de salud.				

Nombre	Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.		
Tipo	Compromiso de mejora.		
Justificación	La evaluación del sistema de vigilancia de infecciones intra hospitalarias muestra que, especialmente en hospitales que recientemente han adquirido la categoría, pueden existir deficiencias en la operación del sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias		
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I sem	Formulación de plan de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobado con RD, incluido en el POI. Informe de avance de ejecución. Personal responsable designado.	40% Informe DGSP
	II sem	Reporte de vigilancia de IIH todos los meses, oportunamente. Ha reducido tasa de incidencia o densidad de incidencia seleccionada en el plan, con respecto al promedio del propio hospital o al promedio para su categoría	60% Informe DGE
Área responsable	Dirección General de Epidemiología (DGE). Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).		
Frecuencia de medición	Semestral		
Fuente de datos	Informe preparado por DGE / DGSP, según corresponda.		

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

IV. Mejora de la gestión de recursos públicos

Nombre del indicador	Índice de calidad de gasto
Tipo	Indicador de desempeño
Definición	Resultado combinado de indicadores de ejecución presupuestal y física: 1. Avance de ejecución de recursos asignados a programas presupuestales en la función Salud, gasto corriente, como compromiso anual, para la fuente de financiamiento Recursos Ordinarios y genérica de gasto 2.3 Bienes y Servicios, medido al semestre. 2. Avance de ejecución de recursos asignados a programas presupuestales en la función Salud, gasto corriente, como devengado, para la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias, para cualquier genérica de gasto, medido al 31 de diciembre. 3. Avance de metas físicas de productos definidos (niño controlado CRED, niño protegido con vacunas, parto institucional, atención prenatal reenfocada).
Justificación	La transformación de los recursos en resultados requiere asegurar varios aspectos, incluyendo que se identifiquen y financien las intervenciones más costo efectivas, que éstas se ejecuten con un uso eficiente de recursos y dentro de los parámetros técnicos de calidad y que sean dirigidas a los sujetos que más las requieren. La medición de estos aspectos, o introducir estímulos para mejorar en los mismos, está limitado por la disponibilidad de información.
Determinación del logro esperado	75
Determinación del valor umbral	60
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	El índice se construye a partir de los indicadores presentados, con la siguiente fórmula: $2x(\text{Ejec RO-ByS}) + \text{Ejec DYT} + \sum \%MF$ 4

Cálculo del porcentaje de cumplimiento de	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Trimestral
Fuente de datos	Asignación y ejecución presupuestal: módulo de consulta MEF. Metas físicas: HIS.

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

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

Nombre	Supervisión regional a establecimientos de salud			
Tipo	Compromiso de mejora.			
Justificación	Los recursos para supervisión incluidos en los programas presupuestales representan más de 4,400 nuevos soles por cada establecimiento de salud-año. Pese a ello, esta acción de control no es ejecutada en la cantidad, calidad o focalización requeridas para resolver los problemas de ejecución de intervenciones que puedan presentarse en los Establecimientos de Salud.			
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de	I sem	Elaboración de Plan Regional Anual de Supervisión a Establecimientos de Salud, incluyendo cronograma de visitas, ajustado a presupuesto aprobado. Elaboración de instrumentos de supervisión. Selección y capacitación de supervisores regionales. Ejecución de visitas de supervisión.	60%	Informe de ejecución que incluye: Plan Regional Anual. Cronograma de supervisión. Instrumentos de supervisión aprobados. Relación de supervisores regionales aprobados. Porcentaje de visitas ejecutadas.
	II sem	Ejecución de visitas de supervisión. Análisis y evaluación de visitas realizadas, incluyendo cambios entre primera visitas y segunda visita Verificación de levantamiento de observaciones realizadas	40%	Informe de ejecución que incluye: Análisis y evaluación de visitas. Porcentaje de ejecución.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).			
Frecuencia de medición	Semestral			
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP.			

ANEXO 4

NIVELES MÍNIMOS DE PESO PONDERADOS DE LAS PRIORIDADES

Prioridad	Meta / Indicador / Compromiso		Peso ponderado				
			Por prioridad		Según tipo de institución		
	Tipo	Descripción	Min	Max	DIRESA / GERESA	Red de Salud	Hospital / Instituto
Desnutrición crónica, anemia y mortalidad infantil	M	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.	20	30	20%		
	M	Prevalencia de anemia en niños de 6-35 meses.			20%		
	I	Porcentaje de suplementación con hierro y/o micronutrientes en menores de 3 años.			20%	40%	
	I	Cobertura de inmunización con rotavirus y neumococo.			15%	30%	
	I	Porcentaje de recién nacidos con 2 controles CRED.			15%	30%	
	C	Implementación del corte tardío del cordón umbilical.			10%		
Mortalidad materna	M	Proporción de muertes maternas evitadas.	10	20	0%		
	I	Porcentaje de parto institucional.			25%		
	I	Porcentaje de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.			25%	50%	
	I	Porcentaje de gestantes con atención prenatal reenfocada.			25%	50%	
	C	Mejora del sistema de referencia institucional.			25%		
Enfermedades no transmisibles	I	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolaou.	8	12	30%	30%	
	I	Porcentaje de mamografías en mujeres de 50 a 64 años.			15%	15%	
	I	Adultos tamizados para hipertensión arterial y diabetes mellitus.			30%	30%	
	C	Redes de salud preparadas para el diagnóstico y manejo de enfermedades no transmisibles en el I nivel de atención.			25%	25%	
Mejora de la calidad, acceso y eficiencia de los servicios de salud	I	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.	20	30	25%	70%	25%
	I	Tiempo de espera por la atención de consulta externa.			20%		20%
	I	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.			20%		20%
	I	Productividad hora-médico en consulta externa.			10%	30%	10%
	C	Funcionamiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.			10%		10%
	C	Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.			15%		15%
Mejora de la gestión de recursos públicos	I	Índice de calidad de gasto.	10	20	30%		
	I	Ejecución de plan de equipamiento de establecimientos de salud.			25%		
	C	Equipamiento básico para el I nivel de atención.			15%	50%	
	C	Supervisión regional a Establecimientos de Salud.			30%	50%	
Regionales	10 puntos, que serán divididos entre las prioridades regionales acordadas. El peso de los indicadores para cada prioridad se dividirá en partes iguales.						
Notas	<p>1. Sólo para el caso de hospitales e institutos, el porcentaje equivale al peso ponderado. Esto sólo aplica para aquellos hospitales o institutos con los cuales no se realiza una negociación, según señala el inciso 7.2 del presente Decreto Supremo.</p> <p>2. Para los hospitales e institutos con los que se realizará una negociación específica, según señala el inciso 7.2 del presente Decreto Supremo, los pesos ponderados se definirán como parte de la negociación.</p>						

ANEXO 5

INDICADORES ADICIONALES PARA HOSPITALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

Descripción	Fórmula de cálculo	Fuente de datos
Promedio de permanencia cama	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período}}$	Libro de egresos hospitalarios
Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes día (de un período)} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ días cama disponibles (en el mismo período)}}$	Censo diario de enfermería
Rendimiento cama	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos en la UPSS Hospitalización de un período}}{\text{N}^\circ \text{ de camas disponibles promedio en el mismo período}}$	Libro de egresos hospitalarios (numerador); censo diario de enfermería (denominador)



Razón de emergencias por consulta externa	N° de atenciones médicas en la <u>UPSS Emergencia (en un período)</u> N° de consultas médicas en la UPSS Consulta Externa (en el mismo período)	Libro de emergencias (numerador); HIS (denominador)
Rendimiento de sala de operaciones	<u>N° de intervenciones quirúrgicas ejecutadas</u> N° de salas de operaciones de la UPSS Centro Quirúrgico	Libro de sala de operaciones (numerador); cuaderno de enfermería (denominador)
Porcentaje de cirugías suspendidas	N° Intervenciones quirúrgicas <u>programadas suspendidas (en un período) x100</u> N° intervenciones quirúrgicas programadas (en el mismo período)	Registro de sala de operaciones (numerador); informe de estadística (denominador)
Tasa neta de mortalidad hospitalaria	N° de egresos por defunción (fallecidos <u>después de 48 horas de admisión al ES) x100</u> Número de egresos del establecimiento de salud	Libro de egresos hospitalarios
Tasa de mortalidad neonatal precoz hospitalaria	Número de recién nacidos vivos fallecidos <u>hasta los 7 días de vida en el año x1000</u> Número de recién nacidos vivos en el año	Libro de centro obstétrico, libro de centro quirúrgico (numerador y denominador); libro de emergencia, libro de cuidados intensivos (numerador)
Tiempo de acceso para daños seleccionados de prioridad II (tres)	Suma de tiempo transcurrido desde ingreso a <u>sala de emergencia hasta inicio de atención</u> Total de pacientes de daño determinado	Libro de emergencia
Porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia con estancia mayor o igual a 12 horas	Número de pacientes con estancia <u>≥12 horas en sala de emergencia en un período</u> Número de pacientes censados en el mismo período	Libro de emergencia, censo diario de pacientes
Tasa de mortalidad específica en emergencia	N° de fallecidos en emergencia <u>por daño específico en un período</u> N° de atendidos por daño específico en el período	Libro de emergencia, libro de egresos