



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

INICIATIVA DE POLÍTICAS  
EN SALUD

# Plan Operativo Institucional y Tablero de Mando Integral en San Martín

Sistematización de experiencia





# **Plan Operativo Institucional y Tablero de Mando Integral en San Martín**

Sistematización de experiencia

Octubre 2009

© *Plan Operativo Institucional y Tablero de Mando Integral  
en San Martín*  
Octubre 2009

© USAID | Iniciativa de Políticas en Salud

Jefa del Proyecto

**Patricia Mostajo Vallenas**

Equipo Responsable:

Elaboración de contenidos

**Pablo Martín Vásquez Carbonell**

Revisión:

**Luisa Hidalgo Jara**

**Javier Alva Gambini**

**Luz Vásquez Vásquez**

**Aida Luz Navarro Gijalva**

Iniciativa de Políticas en Salud es un proyecto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), implementado por Futures Group International, bajo los términos del contrato N° GPA-I-00-03-0040-00.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de USAID | Perú. Las opiniones expresadas en el documento no reflejan necesariamente los puntos de vista de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

La información contenida en este material puede ser reproducida total o parcialmente, siempre y cuando se mencione la fuente de origen.

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú 2009- I 3523

Diagramación e impresión

**Chataro editores**

**Psje Juan de Arona 151, Los Olivos**

**chataroeditores@yahoo.com**

Impreso en el Perú

500 ejemplares

## **Agradecimiento:**

Queremos agradecer a todas las personas que nos permitieron trabajar con ellas en la construcción de un sistema sanitario regional más eficiente y justo, y en ese proceso desarrollar metodologías simples y prácticas que contribuyan a lograr una mejor calidad de vida para la población sanmartinense.

De manera muy especial queremos agradecer a las personas de las diferentes oficinas y direcciones de la Dirección Regional de Salud San Martín y redes que nos brindaron sus importantes aportes y sugerencias durante la etapa de diseño; y a los estadísticos de las redes, microrredes y establecimientos de salud que fueron pieza clave en la etapa de validación e implementación del Tablero de Mando Integral.

Neptalí Santillán	Elena Mori
Mario Grandez	Darwin Berrio
Noelia Salvador	Augusto Nolasco
Sofía Velásquez	Humberto Hernan
Miguel Gonzales	Francisco Cruzado
Mery del Castillo	Edwin Arévalo
Rocío Villacorta	Rosa Joseph
Jackeline García	Arturo Paredes
Militza Huivin	Elsa Cabrera
María Antonieta del Aguila	Loyri Contreras
Luis Vásquez	Hildebrando Sandoval
Socorro Saldaña	Segundo Villalobos
Oscar Celis	Rubén Chong
Luis Mendoza	Aneliza Arévalo
Laura Tuesta	Angélica Alva
Mercedes Torres	Raúl Olaya
Elmer Tacilla	Marnith Olivera
	Norma Pezo



# Índice

Presentación	7
Resumen ejecutivo	9
El tablero de mando integral	13
Contexto regional	17
Situación inicial	19
Desarrollo de la experiencia	21
• Primera etapa: Identificación de la necesidad	21
• Segunda etapa: Inicio de la construcción del tablero de mando	23
• Tercera etapa: Reformulación del Plan Operativo Institucional 2009	27
• Cuarta etapa: Culminación de la construcción del tablero de mando	29
• Quinta etapa: Implementación y evaluación del tablero de mando	36
Factores facilitadores y obstaculizadores del proceso	39
Logros del modelo	43
Lecciones aprendidas	45
Recomendaciones	47
Anexos	
• Indicadores del tablero de mando integral	53

## Abreviaturas frecuentes

<b>DIRESA</b>	: Dirección Regional de Salud
<b>MINSA</b>	: Ministerio de Salud
<b>TMI</b>	: Tablero de Mando Integral
<b>USAID</b>	: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional



## Presentación

El proceso de modernización y descentralización del Estado que se viene desarrollando en el país, con el objetivo de lograr eficiencia, eficacia y transparencia en la gestión pública; plantea desafíos para los tres niveles de gobierno y muy en especial para los gobiernos regionales.

En efecto, la transferencia de competencias del gobierno nacional a los gobiernos regionales ha trasladado poder de decisión, pero no ha venido acompañada de recursos ni de fortalecimiento de capacidades. En materia de salud, la situación es más crítica por los escasos recursos existentes y por los problemas sanitarios múltiples que afrontar.

El Gobierno Regional de San Martín conciente de esta problemática y asumiendo las nuevas funciones, decidió transformar el sistema sanitario regional implementando una gestión por resultados de manera descentralizada, participativa y moderna. El objetivo principal de este sistema es atender las prioridades sanitarias de la región que se encuentran planteadas en el Plan de Gobierno en Salud y que han sido reconocidas por toda la población.

En este contexto, se ha puesto en marcha un nuevo rediseño organizacional, asignando presupuesto por resultados, definiendo políticas regionales y definiendo un nuevo sistema regional de información. Tareas que han llevado a plantear la necesidad de contar con instrumentos de gestión que permitan monitorear los procesos con indicadores concretos que den cuenta de las actividades que apuntan a atender las prioridades sanitarias.

Los instrumentos de gestión seleccionados fueron el Tablero de Mando Integral y el Plan Operativo Institucional, diseñados o reformulados con la asistencia técnica del Proyecto USAID | Iniciativa de Políticas de Salud y con participación activa de la Dirección General, del equipo técnico y de gestión de la DIRESA, así como también de los directivos de la redes de servicios de salud.

La asistencia técnica estuvo orientada a conseguir la aprehensión de los procesos por parte de los actores regionales y locales convirtiéndose en una valiosa experiencia educativa para el personal que participó en ella.

## Resumen ejecutivo

La Dirección Regional de Salud (DIRESA) de San Martín tenía a fines del 2008 **problemas de gestión en la planificación, conducción y control**. Los más importantes eran un proceso de planificación que generaba un Plan Operativo Institucional (POI) disponible sólo para el nivel de DIRESA y de las unidades ejecutoras; dejando a las redes de servicios de salud y establecimientos de salud sin la única herramienta que pudiera orientar su accionar. Otro problema era el débil monitoreo y evaluación que originaba una conducción centrada en la solución de los problemas urgentes de mediana o poca importancia; postergando o cancelando el cumplimiento de lo importante.

El otro problema estaba en el control de la gestión, pues se prefería medir la cantidad de productos y no la calidad; el gasto público y no la calidad del gasto; los procesos y no los resultados. No se analizaba de manera integral la información de los diversos elementos de una intervención sanitaria; y no se habían establecido metas a nivel de establecimientos de salud (sólo existían para redes de servicios de salud y DIRESA), por lo tanto, sólo se evaluaba y monitorizaba en este nivel.

En setiembre del 2008 se planteó como solución la implementación de un Tablero de Mando Integral (TMI) a nivel de DIRESA, red y microrred que permitiera monitorizar el POI, bajo el supuesto que este documento sería la guía de la gestión en todos los niveles administrativos. Sin embargo, durante el diseño del tablero se identificaron fuertes incongruencias entre lo planificado en el POI y los objetivos sanitarios regionales y nacionales. Para concordar y alinear los objetivos, prioridades, estrategias y actividades sanitarias se realizaron reuniones técnicas con el personal directivo y técnico de la DIRESA para revisar los documentos oficiales y priorizar y definir con precisión cuáles eran los objetivos sanitarios y las estrategias para alcanzarlos.

Posteriormente, se procedió a seleccionar indicadores para las actividades programadas agrupándolos en 4 perspectivas. La de **procesos internos**, que incluía las prioridades sanitarias: mortalidad materno-infantil, desnutrición crónica en

menores de 5 años, malaria, leishmaniasis, dengue y tuberculosis. Se identificó que la institución tenía poco desarrolladas las otras 3 perspectivas: **recursos humanos, finanzas y usuarios**, por lo cual, conjuntamente con el equipo de gestión de la DIRESA, se estableció un conjunto de estrategias e indicadores para cada una de ellas.

Se decidió utilizar una hoja de cálculo para semi-automatizar la recolección de datos, el procesamiento y análisis de la información; porque el bajo nivel de informatización e integración de los subsistemas de información de la DIRESA dificultaban enormemente plantear una aplicación de mayor nivel tecnológico.

La hoja de Excel del TMI, fue diseñado para que los datos de los indicadores sean digitados a nivel de microrredes. El aplicativo constaba de 36 hojas. En una se mostraban los gráficos tipo semáforo, en otra gráficos estadísticos, en otra tablas con indicadores y en las restantes se cargaba la información o se realizan cálculos de manera automática.

La implementación del tablero de mando se cumplió en 3 fases a partir de marzo de 2009. En la primera de ellas se capacitó al equipo técnico de la DIRESA. En la segunda, a los directores y estadísticos de las redes de servicios de salud. En la tercera fase, se implementó el TMI a nivel de microrredes.

A finales de julio del año 2009 se realizó la **Evaluación del POI 2009 - Primer semestre** con la participación de 80 funcionarios y técnicos de microrredes y redes de salud, hospitales y DIRESA; la misma que concluyó que el POI y el Presupuesto actuales no permiten efectuar una comparación entre ambos; existe un pobre análisis financiero del gasto; la información sanitaria tiene aún grandes deficiencias y por lo tanto dificulta la evaluación; el tablero de mando es una herramienta de gestión que facilita el monitoreo de las principales actividades sanitarias, pero requiere corregir o adicionar ciertos aspectos para lograr una mayor funcionalidad del mismo; y que las constantes restricciones presupuestales requieren la existencia de metodologías claras de priorización que orienten de manera correcta el uso de los recursos.

Los principales **logros** de la intervención son que impulsó la búsqueda de una metodología de planificación, que integre los diferentes objetivos de las diversas instancias del sector alineándolos con las prioridades sanitarias; mostró de manera nítida y objetiva que la evaluación de la gestión debe integrar el financiamiento; hizo visible la necesidad de buscar y utilizar metodologías de priorización; y convirtió al TMI en un instrumento de control para conducir la gestión hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios a nivel regional y local.

La **lección aprendida** más importantes es que las propuestas de solución a los problemas de la gestión sanitaria no pueden ser aisladas. Cada problema forma parte

de una cadena o red de problemas, y sólo la solución de un conjunto de ellas asegura la sostenibilidad de la intervención realizada.

La **recomendación** más importante es que la formulación del POI 2010 debe ser realizada de tal forma que sus actividades principales concuerden con las metas presupuestarias del Presupuesto 2010; sólo así la evaluación técnico-financiera podrá ser realizada con facilidad.



## El tablero de mando integral

La descentralización en el Perú es un proceso irreversible que ha trasladado a las regiones no sólo poder de decisión y recursos; sino —principalmente— la obligación de gestionar con mayor eficacia y eficiencia. Esta es una tarea complicada porque requiere el diseño de nuevos procesos; la formación de nuevas competencias en el personal responsable de la gestión; y porque las acciones deben realizarse en medio de limitados recursos para facilitar la transición.

En este contexto, conseguir resultados sanitarios concretos ha significado para el equipo de gestión de la Dirección Regional de Salud San Martín (DIRESA), un desafío que sólo ha sido alcanzado parcialmente, pues el análisis de la gestión de los últimos 2 años revela avances, pero también debilidades.<sup>1</sup>

El principal reto de la DIRESA es obtener resultados sanitarios, ello requiere gerenciar adecuadamente los recursos asignados. Una de las principales funciones que debe ejercer para alcanzar este logro es la de planificar actividades concretas y controlar el avance de las mismas. Con la intención de afrontar este desafío, se seleccionó al tablero de mando integral como una de sus principales herramientas para guiar la gestión sanitaria regional.

El Tablero de Mando Integral (TMI) fue desarrollado a principios de 1990 por Robert Kaplan y David Norton consultores de la Escuela de Negocios de Harvard. El principal problema que identificaron en los negocios, es que muchas empresas tenían la tendencia a gerenciarlos basándose solamente en las medidas financieras. Aunque éstas son necesarias, sólo pueden reportar lo que sucedió en el pasado y no aquello que está adelante, es como conducir un auto mirando en el espejo retrovisor. A fin de proporcionar un sistema de gestión que haga frente de una mejor manera al ritmo actual de los negocios y para proporcionar a los gerentes de la información que

---

[1] Gobierno Regional de San Martín. Plan de Gobierno en Salud 2007-2011. Moyabamba: GRSM; 2008

necesitan para que puedan tomar mejores decisiones, Kaplan y Norton desarrollaron el Tablero de Mando Integral.

El Tablero de Mando Integral es un sistema de gestión que permite a la organización establecer, monitorizar y alcanzar sus principales estrategias y objetivos de negocio, pues ha sido diseñado para proveer a la gestión una visión global del desempeño de una organización en relación con sus objetivos. No se focaliza en algún aspecto específico de la organización, sino, busca traducir los objetivos estratégicos de la organización dentro de un set coherente de mediciones minimizando la sobrecarga de información. Una vez que las estrategias de negocios se desarrollan, son implementadas y seguidas a través de las cuatro perspectivas del tablero:

- a) financiera,
- b) del cliente,
- c) de los procesos internos, y;
- d) del conocimiento, la educación y el crecimiento.<sup>2</sup>

De acuerdo con Norton y Kaplan, los principales usos del TMI son:<sup>3</sup>

- Clarificar la estrategia y obtener consenso sobre la misma
- Comunicar la estrategia a toda la organización
- Alinear los objetivos macro y micro con la estrategia
- Vincular los objetivos estratégicos con los objetivos a largo plazo y los presupuestos anuales
- Identificar y alinear los objetivos estratégicos
- Realizar revisiones estratégicas, sistemáticas y periódicas
- Obtener retroalimentación para aprender como mejorar la estrategia

Esta herramienta también puede ayudar a los profesionales, a los técnicos de salud y a la sociedad civil a conseguir un mayor entendimiento de las estrategias claves de la organización y cómo se relacionan con las actividades de salud.<sup>4</sup>

En ese sentido, un estudio de las organizaciones de salud que adoptaron el tablero de mando integral reportó los siguientes beneficios:<sup>5</sup>

---

[2] Hannabarger C, Buchman R, Economy P. *Balanced Scorecard Strategy For Dummies*. Hoboken, NJ: Wiley Publishing, Inc.; 2007. p. 10.

[3] Kaplan R, Norton D. *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press; 1996. p 19.

[4] Woodward G, Manuel D, Goel V. *Developing a balanced scorecard for public health*. ICES, Toronto, Ontario, 2004.

[5] Inamdar N, Kaplan RS, Bower M. Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *J Healthc Manag* 2002, 47:179-95. Citado en Woodward G, Manuel D, Goel V. *Developing a balanced scorecard for public health*. ICES, Toronto, Ontario, 2004.



- Alineación de la organización en torno a su misión y estrategias;
- Monitoreo y evaluación de la implementación de la estrategia;
- Un mecanismo de comunicación y colaboración;
- Asignación de la rendición de cuentas por el desempeño en todos los niveles de la organización;
- Retroalimentación continua sobre la estrategia y oportunidades para el ajuste.

Los tableros de mando han sido utilizados, con resultados positivos, en diversas áreas del sector salud, incluyendo los hospitales<sup>6</sup> y la gestión de la atención primaria de salud.<sup>7,8</sup> En el Perú, su uso ha sido muy limitado dentro del sector sanitario público; y las escasas experiencias desarrolladas no han sido sistematizadas; por lo que esta experiencia sería la primera aproximación al uso del tablero de mando en la gestión sanitaria que se sistematiza y difunde.

---

[6] Mohammed Ba-Abaad K. Review of the literature of balanced scorecard and performance measurement: the case of healthcare organizations. *Business e-Bulletin* 2009, 1 (1):33-47.

[7] Villalbí J, Guix J, Casas C, Borrell C, Duran J, Artazcoz L, Camprubí E, Cusi M, Rodríguez-Montuquín P, Armengol J, Jiménez G. El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública. *Gaceta Sanitaria* 2007, 21 (1): 60-65.

[8] Prats M. Cuadro de mando integral: objetivos y perspectivas en atención primaria. *Cuadernos de gestión para el profesional de atención primaria* 2003, 09 (4): 182 – 191.



## Contexto regional<sup>9,10</sup>

La región San Martín se encuentra ubicada en la zona de selva alta del nororiente del país. Tiene un clima cálido y húmedo. Su temperatura promedio anual es de 24.6°C, produciéndose intensas lluvias de enero a marzo y de junio a diciembre. Fue creada por Ley N° 215, el 04 de setiembre de 1,906. Tiene 10 provincias y 77 distritos. Su capital es Moyobamba, pero la ciudad con mayor población y desarrollo urbano y económico es Tarapoto. Su superficie territorial es 51,253.31 Km<sup>2</sup>, la cual representa el 4.1% del territorio nacional.

La altitud máxima es 1,700 msnm en el distrito de Awujun y la mínima es 200 msnm en el río Huallaga.

En el 2006, la población asignada fue de 728,808 habitantes (2.7% del total nacional), con un 35% menores de 15 años. La mayoría (65%) con residencia en áreas urbanas (65%) y el 35% en rurales. Con una esperanza de vida al nacer de 72.9 años.



[9] Vela, Felipe; Del Castillo, Mery; Amasifuentes, Miguel; Grandez, Nora; Herrera, Juan; Leveau, Daysys; Barbaran, Jesus (Dirección Regional de Salud de San Martín). Análisis de Situación de Salud 2006, Dirección Regional de Salud de San Martín. 2007. 62 páginas. Localizado en: Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

[10] Dirección General de Epidemiología (MINSA). Indicadores básicos de salud San Martín. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2007. pp. 5-7.

El departamento basa su **economía** en las industrias agrícola, ganadera, extractiva (madera) y turística (cataratas, ríos, aguas termales, flora, fauna y paisajes naturales). Sin embargo, el **nivel de pobreza** en la región es marcado: más de la mitad de la población son pobres (54 %) y el 17% se encuentra en extrema pobreza. El **ingreso promedio** mensual es de 260 nuevos soles (2006). La **fuerza laboral** se concentra en el sector agropecuario (62%), seguido de las actividades de comercio (18 %) y de servicios (15%) por lo general vinculadas al trabajo informal e independiente.

Los **servicios básicos** no alcanzan a todos los pobladores de la región. En el 2006, el 60% de las viviendas tenían acceso al servicio de agua potable y sólo el 30% de ellas disponía del servicio de desagüe conectado a red pública; la electricidad llegaba al 60% de las viviendas.

El **índice de desarrollo humano** (IDH) es 0.574, que corresponde a un desarrollo humano medio.

## Situación inicial

La situación inicial de la gestión de la DIRESA San Martín, anterior a la intervención, era la siguiente:

### a) A nivel de la planificación:

- El proceso de planificación se realizaba de manera individual y con poca coordinación entre áreas. Cada oficina responsable de contribuir al Plan Operativo Institucional efectuaba una definición de actividades y metas sin consultar con otras oficinas. Luego, los planes parciales eran agregados de manera casi automática sin mayor discusión. Esta forma de trabajo producía un documento de planificación con un pobre nivel de integración.

“el POI se elaboraba sobre la base de un esquema que provenía del MINSA y sobre la base del mismo se definían algunas actividades, metas y nada más (...) no estaba relacionado con presupuesto (...) además se hacía tarde y no era un documento guía sino más bien un requisito”

“no había forma de monitorizar [el POI], en el 2007-2008 realizamos evaluaciones guiándonos más con el Plan de Gobierno que con el POI”

Dr. Neptalí Santillán Ruíz, Director General de la DIRESA San Martín

- El Plan Operativo Institucional (POI) —que establece las actividades y metas de cada instancia de la DIRESA— sólo se elaboraba a nivel central de la DIRESA y de las unidades ejecutoras; las redes de servicios de salud y los establecimientos de salud no participaban en su elaboración y no disponían de una herramienta que dirigiera su accionar.

### b) A nivel de la organización:

- El personal de la DIRESA tendía a utilizar la mayor parte de su tiempo en brindar soporte logístico a las actividades de salud de las redes y microrredes, descuidando su rol normativo y técnico.

### c) A nivel de la conducción:

- Centrada en la solución de los problemas urgentes de mediana o poca importancia; postergando o cancelando el cumplimiento de lo importante.
- Debilidad en el monitoreo y evaluación, originaban que los establecimientos y redes de servicios de salud no orientaran de manera permanente su accionar hacia las prioridades sanitarias nacionales/regionales.
- Dificultades para efectuar la priorización en los establecimientos, agudizadas por la escasa difusión de las prioridades sanitarias incluso dentro de los propios equipos técnicos de DIRESA y redes de servicios de salud. A esto se sumaba la poca claridad sobre como implementar la priorización. No se contaba con ninguna orientación sobre cómo realizar la priorización de recursos en ninguno de los niveles del sistema sanitario; y debido a la gran gama de actividades que podían realizarse para prevenir o controlar un problema sanitario, era difícil seleccionar cuáles realizar y cuáles cancelar.

### d) A nivel del control:

- Preferencia por medir la cantidad de productos y no la calidad; el gasto público y no la calidad del gasto; los procesos y no los resultados.
- No se analizaba de manera integral los diversos elementos de una intervención sanitaria: actividades, resultados, personal, calidad, presupuesto, etc. Sólo se evaluaba (2-3 veces al año) los indicadores de las Estrategias Sanitarias Nacionales (ex programas nacionales de salud); mientras que el nivel de monitoreo del avance de los mismos era bajo, (trimestral en el mejor de los casos).
- No se habían establecido metas a nivel de establecimientos de salud (sólo a nivel de redes de servicios de salud y de DIRESA), por lo tanto, sólo se evaluaba y monitorizaba en esos niveles. Sin metas no se puede medir el avance.

# Desarrollo de la experiencia

## Primera etapa: Identificación de la necesidad. Agosto-Septiembre 2008

- **Diagnóstico**

A mediados del 2008 el Proyecto USAID | Iniciativa de Políticas en Salud, realizó, conjuntamente con la Dirección Regional de Salud de San Martín un diagnóstico de la situación del sistema de información que incluyó la aplicación de 6 instrumentos en 24 establecimientos de salud.

El diagnóstico denominado “Evaluación Regional de Sistema de Información de la Dirección Regional de Salud de San Martín 2008”<sup>11</sup> concluyó que los principales problemas en información eran la carencia de medios de comunicación, la deficiencia de mantenimiento de equipos y copias de respaldo; el débil análisis por la limitada disponibilidad de tablas, gráficos o mapas; y una pobre gestión de las oficinas de estadística.

- **Plan de Acción**

En base a este diagnóstico, la Oficina de Inteligencia Sanitaria de la DIRESA formó un equipo de trabajo, que elaboró con la asistencia del Proyecto, un “Plan de Acción Regional para el Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud”.<sup>12</sup> Este plan tenía como principales objetivos mejorar la calidad de la

---

[1] Del Castillo, Mery (Dirección Regional de Salud de San Martín); Vásquez, Pablo (USAID | Iniciativa de Políticas en Salud). Evaluación Regional del Sistema de Información en Salud, Dirección Regional de Salud de San Martín. 2008. 16 páginas. Localizado en: Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

[2] Del Castillo, Mery (Dirección Regional de Salud de San Martín); Gonzales, David (Dirección Regional de Salud de San Martín); Vásquez, Pablo (USAID | Iniciativa de Políticas en Salud); Navarro, Aida (USAID | Iniciativa de Políticas en Salud). Plan de acción regional para el Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud, Dirección Regional de Salud de San Martín. 2009. 14 páginas. Localizado en: Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

información, incrementar el análisis, fortalecer la supervisión e incrementar los recursos logísticos. El Proyecto se comprometió a brindar asistencia técnica y financiera para el fortalecimiento del análisis y uso de información.

- **Implementación del Plan**

Con la finalidad de definir las acciones para fortalecer el análisis de información y la toma de decisiones, se realizaron reuniones entre el equipo técnico de la DIRESA San Martín y los especialistas del Proyecto. A partir del análisis de las necesidades de información para la DIRESA, el Director Regional y su equipo de gestión identificaron que la principal necesidad de la DIRESA era monitorear los objetivos y metas sanitarias.

Este monitoreo permitiría a la DIRESA conseguir, principalmente, lo siguiente:

- Alinear el accionar de los establecimientos de salud con las prioridades sanitarias nacionales y regionales.
- Medir el avance de las actividades hacia el logro de las metas sanitarias.
- Evaluar el efecto de las intervenciones sanitarias en la producción de resultados sanitarios.

Para responder a esta necesidad se acordó diseñar un tablero de mando, con las siguientes características:

- Diseñado para mostrar visualmente la información de las actividades claves correspondientes a las prioridades sanitarias, de manera que permita un análisis integral y facilite la toma de decisiones.
- Es un instrumento principalmente de monitoreo.
- Adaptable a las necesidades de la DIRESA, redes de servicios de salud y microrredes, para que cada uno de estos niveles pueda monitorizar al nivel inferior.
- Semi-automatizado (en una hoja de cálculo) debido a la ausencia de bases de datos que permitan integrar la información de manera simple.



## Segunda etapa: Inicio de la construcción del tablero de mando. Octubre-Noviembre 2008

La construcción del tablero de mando para la DIRESA tenía previsto los siguientes pasos:

- Identificar los objetivos institucionales.
- Identificar la estrategia para alcanzar el objetivo institucional.
- Identificar las actividades claves de cada estrategia para convertirlas en metas institucionales medibles.

Estas metas institucionales medibles se distribuyeron en 4 áreas siguiendo la propuesta de Norton y Kaplan; pero haciendo una adaptación para una de ellas. Se reemplazó la perspectiva del conocimiento, la educación y el crecimiento por la de recursos humanos. Ambas perspectivas son comparables en el caso de San Martín.

### a) La perspectiva de procesos internos

En las reuniones iniciales con el equipo técnico de la DIRESA se identificaron los siguientes problemas:

- Si bien cada miembro del equipo conocía los objetivos y metas de su área de trabajo; pocos conocían con exactitud cuales eran las prioridades sanitarias regionales y existían discrepancias sobre cuales incluir en el tablero de mando.
- Con excepción del área de salud sexual y reproductiva, las estrategias de las intervenciones sanitarias no estaban completamente claras, resultando difícil identificar cuáles eran las actividades claves de las mismas.

Se efectuaron talleres con el equipo de gestión y equipo técnico de la DIRESA para definir las prioridades sanitarias. La discusión se realizó en base al documento Plan de Gobierno en Salud 2007–2011,<sup>13,14</sup> que describía las prioridades sanitarias, encontrándose que no había consenso en torno a estas prioridades.

Algunas de las objeciones a las prioridades del Plan consideraban:

- Modificación del perfil epidemiológico vinculado a la introducción de la vacunación universal contra fiebre amarilla y al incremento de la multi-drogoresistencia de la tuberculosis.
- Viabilidad financiera de la DIRESA para enfrentar algunas prioridades.

---

[13] Anónimo (Dirección Regional de Salud de San Martín). Plan de Gobierno en Salud 2007 – 2011. Dirección Regional de Salud de San Martín. 2008. 87 páginas. Localizado en: Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la Dirección Regional de Salud de San Martín.

[14] Este documento contenía una revisión (inicio 2008) de las prioridades sanitarias definidas en el 2007.



Las prioridades, objetivos y estrategias sanitarias tuvieron que ser alineadas antes de iniciar el diseño del Tablero de Mando Integral

Finalmente, se efectuó una selección de prioridades en base a dos criterios:

- Decisión política nacional o regional.
- Existencia de recursos para afrontar el problema.

El Cuadro 1 señala las prioridades originales y aquellas que finalmente se consensuaron.

Cuadro 1: DIRESA San Martín. Prioridades sanitarias seleccionadas		
Prioridades originales (Plan de Gobierno en Salud 2007 – 2011)	Nuevas prioridades (para el tablero de mando integral)	Observaciones
Mortalidad materno infantil	Mortalidad materno infantil	
Desnutrición crónica en menores de 5 años	Desnutrición crónica en menores de 5 años	
Enfermedades metaxénicas: malaria, leishmaniasis, dengue y fiebre amarilla	Enfermedades metaxénicas: malaria, leishmaniasis y dengue	Se consideró que la fiebre amarilla ya no representaba una prioridad debido a la implementación de la vacunación rutinaria en niños y a las recientes campañas de vacunación en adultos
Violencia familiar		No se contaba con recursos para atender a esta prioridad
	Otras enfermedades transmisibles de importancia regional: tuberculosis	El equipo de gestión decidió incluir esta enfermedad, debido al incremento de la multidrogorresistencia en el nivel nacional y regional

En los mismos talleres, se revisaron las estrategias de las intervenciones sanitarias para cada una de las prioridades seleccionadas. Este ejercicio incluyó la revisión de los documentos técnicos de las Estrategias Sanitarias Nacionales, de la iniciativa de Presupuesto por Resultados y otras referencias bibliográficas relacionadas.

Con esta información, se identificó la estrategia y las actividades claves para cada prioridad. Estas actividades pasaron a ser parte de la perspectiva de procesos internos que el tablero de mando debería monitorizar. En el Cuadro 2 se muestra las estrategias y actividades claves seleccionadas.

**Cuadro 2: DIRESA San Martín. Prioridades sanitarias seleccionadas**

Prioridad	Estrategia de intervención	Actividades claves
Mortalidad materno infantil	Prevención del embarazo, diagnóstico temprano de la complicación, tratamiento apropiado de la complicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación familiar</li> <li>• Control prenatal</li> <li>• Atención del parto</li> <li>• Atención de la emergencia obstétrica</li> <li>• Referencia de la emergencia obstétrica</li> </ul>
Desnutrición crónica en menores de 5 años	Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades prevalentes de la niñez, agua segura, alimentación complementaria del menor de 3 años en zonas de pobreza (quintil 1 y 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunizaciones</li> <li>• Atención integral del niño</li> <li>• Vigilancia de la calidad de agua</li> <li>• CRED y alimentación complementaria</li> </ul>
Malaria	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de casos sospechosos</li> <li>• Diagnóstico de laboratorio</li> <li>• Tratamiento completo</li> </ul>
Leishmaniasis	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de casos sospechosos</li> <li>• Diagnóstico de laboratorio</li> <li>• Tratamiento completo</li> </ul>
Tuberculosis	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de casos sospechosos</li> <li>• Diagnóstico de laboratorio</li> <li>• Tratamiento completo</li> </ul>
Dengue	Identificación precoz de brote Disminución de la densidad vectorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de febriles</li> <li>• Control vectorial de <i>Aedes aegypti</i></li> </ul>

## b) Las perspectivas de recursos humanos, finanzas y usuarios/clientes.

Se identificó que la institución tenía poco desarrolladas las áreas de recursos humanos, finanzas y usuarios, y que prácticamente no se desarrollaban actividades en esos rubros.

En talleres con el equipo de gestión y equipo técnico de la DIRESA se estableció un conjunto de estrategias —nuevas la mayoría de ellas— para cada una de estas tres perspectivas del tablero de mando.

Estas estrategias eran de fácil implementación y contribuían directamente al logro de los objetivos sanitarios.

El Cuadro 3 señala las estrategias y actividades claves de éstas 3 perspectivas.

Cuadro 3: Actividades del tablero		
Perspectiva	Estrategias	Actividades claves
Recursos humanos	Implementar incentivos laborales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reconocimiento individual al buen trabajo realizado</li><li>• Reconocimiento colectivo al buen trabajo realizado</li></ul>
Usuarios	Mejorar la calidad y cobertura de la atención	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medición de la satisfacción del usuario</li><li>• Identificación de las barreras al acceso de los no usuarios</li></ul>
Finanzas	Mejorar la calidad del gasto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medición de los ingresos</li><li>• Medición de la calidad del gasto</li><li>• Medición de la ejecución presupuestal</li></ul>

### Tercera etapa: Reformulación del Plan Operativo Institucional 2009. Diciembre 2008 - Enero 2009

El siguiente paso en la elaboración del tablero de mando -luego de identificar las estrategias y actividades que se monitorizarían en cada una de las perspectivas- era seleccionar los indicadores y sus correspondientes metas. Sin embargo, en esta etapa se hallaron algunas dificultades que obligaron a detener momentáneamente el proceso de construcción de la herramienta.

La revisión del Plan Operativo Institucional 2009 —en donde se establecen las metas de todas las actividades institucionales— no tenía coherencia con las prioridades regionales.

Esta incoherencia se originaba en la metodología utilizada para elaborar el Plan Operativo Institucional, donde se solicitaba a cada miembro del equipo técnico de la DIRESA que elaborara el segmento de POI correspondiente a su área de trabajo. Después se consolidaban todos los planes parciales y se tenía el documento completo. Esta metodología originaba que el plan tuviera más de 1000 actividades sanitarias -porque cada funcionario incluía toda la gama posible de actividades de su área de trabajo- y un presupuesto muy por encima de lo esperado. El POI era irreal en términos de recursos humanos y financieros para cumplir con lo planificado.



La reformulación del POI fue un proceso especialmente difícil; pero que se concluyó satisfactoriamente porque el Dr. Neptalí Santillán, dirigió personalmente muchos de los talleres que se realizaron

Ante esta situación, la dirección general de la DIRESA organizó -con asistencia técnica del Proyecto- una serie de 10 talleres con 20 personas de los equipos técnicos de DIRESA y redes de servicios de salud para revisar los contenidos y metas del Plan Operativo Institucional 2009. El principal objetivo de éstos, era convertir al POI en una herramienta de gestión que oriente de manera efectiva el accionar de la DIRESA, de las redes y microrredes de servicios de salud; y el tablero de mando debería ser el instrumento de monitoreo del POI.

En la revisión de los contenidos se encontró que estaban planificadas actividades que no contaban con financiamiento, actividades con metas demasiado altas para los recursos existentes e, irónicamente, no se habían programado actividades consideradas muy importantes. Todas estas falencias fueron corregidas durante los talleres.

Una tarea particularmente difícil de realizar fue la determinación de metas que pudieran ser alcanzables. Esto se debía a que históricamente las metas de las actividades se habían elaborado en base a la población que debía ser atendida, sin considerar si los recursos —humanos, logísticos y financieros— eran suficientes para realizar ese número de actividades.

Con el soporte técnico del Proyecto, se calcularon las metas en base a los resultados de los años previos y considerando el incremento de recursos humanos -serumistas- en algunas zonas del departamento. Las metas se calcularon tanto para la DIRESA como para las redes de servicios de salud.

## Cuarta etapa: Culminación de la construcción del tablero de mando. Enero - Marzo 2009

La construcción del tablero de mando se había interrumpido en la etapa de selección de indicadores para las actividades claves y definición de metas. Debido a que ya se disponía de un POI formulado de acuerdo a los objetivos sanitarios, la finalización de la construcción del tablero de mando se hizo más fluida, pero se encontraron algunos obstáculos que debieron ser superados.

Si bien todas las actividades del tablero de mando estaban contenidas dentro del POI, algunas de ellas recién iban a ser ejecutadas por primera vez en los últimos años, como la medición de la satisfacción del usuario interno o la medición de la calidad del gasto. Esto planteaba la elaboración de nuevos indicadores.

Con la asistencia técnica del Proyecto se realizaron reuniones con los responsables de cada actividad para identificar el indicador más apropiado para actividad.

Para lo cual, se elaboró una ficha técnica de cada indicador en donde se describía la fórmula de construcción del indicador y los responsables de su elaboración y análisis. Esto último porque no siempre ambas responsabilidades recaían en la misma persona. Un ejemplo es el indicador "Disponibilidad adecuada de medicamentos e insumos para planificación familiar", su elaboración corresponde a farmacia, pero su análisis debe ser realizado por el coordinador de salud sexual y reproductiva.

La implementación de los mecanismos para recolectar la información, quedaron como tareas pendientes para los responsables de cada actividad.

Finalmente, a fines de enero, la Dirección General de la DIRESA elaboró una Resolución Directoral oficializando el POI 2009 y el tablero de mando integral, aunque el tablero de mando tuvo algunas modificaciones menores hasta marzo del 2009.

- **El tablero de mando**

El tablero de mando se diseñó para ser utilizado en 3 niveles: DIRESA, redes de servicios de salud y microrredes. La diferencia substancial residía en el número de indicadores para cada nivel, de los 50 seleccionados: 2 eran sólo para la DIRESA; 3 para la DIRESA y las unidades ejecutoras; 13 para la DIRESA y redes; y 32 tanto para la DIRESA, como para redes y microrredes. Sin embargo, debemos anotar que 12 indicadores requerían que se implementen los mecanismos para recolectar los datos para su construcción. En el Cuadro 4, de la página siguiente, se muestran todos los indicadores seleccionados y se indica su nivel de uso.

**Cuadro 4: Tablero de Mando Región San Martín (Agosto 2009)**

Nº	Área	Indicador	Nivel de uso
1	Planificación	% de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos y/o insumos de planificación familiar	DIRESA, Red, Microrred
2	Planificación	% de parejas protegidas por métodos de planificación familiar	DIRESA, Red, Microrred
3	Atención prenatal	% de gestantes que en su primera atención prenatal se le realiza y registra en la historia clínica las actividades de acuerdo a norma	DIRESA, Red, Microrred
4	Atención prenatal	% de gestantes que en su cuarta atención prenatal se le realiza y registra en la historia clínica las actividades de acuerdo a norma	DIRESA, Red, Microrred
5	Atención prenatal	% de gestantes captadas en su primer trimestre de gestación	DIRESA, Red, Microrred
6	Atención prenatal	% de gestantes afiliadas al SIS	DIRESA, Red, Microrred
7	Parto	% de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos para la atención del parto y puerperio	DIRESA, Red, Microrred
8	Parto	% de establecimientos con capacidad resolutive para la atención del parto y del RN normal	DIRESA, Red
9	Parto	% de partos institucionales	DIRESA, Red, Microrred
10	Emergencia	% de establecimientos de salud que tienen disponibilidad adecuada de medicamentos e insumos para la atención de emergencias obstétricas	DIRESA, Red, Microrred
11	Emergencia	% de establecimientos con capacidad resolutive para la atención de las emergencias obstétricas	DIRESA, Red
12	Referencias	% de establecimientos de salud que tienen organizada la referencia de la emergencia obstétrica de acuerdo a norma	DIRESA, Red, Microrred
13	Referencias	% de emergencias obstétricas referidas por la red comunal de referencias	DIRESA, Red, Microrred
14	Inmunizaciones	% de niños menores de 1 año protegidos con vacuna pentavalente	DIRESA, Red, Microrred
15	Inmunizaciones	% de niños de 1 año protegido con vacuna SPR	DIRESA, Red, Microrred
16	Atención de enf. Prevalentes	% de localidades cuyos sistemas de distribución de agua tienen niveles adecuados de cloro	DIRESA, Red
17	Atención de enf. Prevalentes	% de establecimientos con consultorio del niño equipado de acuerdo a norma	DIRESA, Red, Microrred
18	Atención de enf. Prevalentes	% de establecimientos de salud con disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención del niño	DIRESA, Red, Microrred
19	Atención de enf. Prevalentes	% de niños menores de 5 años con diarrea y deshidratación con o sin shock	DIRESA, Red, Microrred



N°	Área	Indicador	Nivel de uso
20	Atención de enf. Prevalentes	% de casos de neumonía grave y enfermedad muy grave en menores de 5 años	DIRESA, Red, Microrred
21	Preven. y control de la desnutrición	% de niños menores de 5 años afiliados al SIS	DIRESA, Red, Microrred
22	Preven. y control de la desnutrición	% de niños de 6 a 36 meses con peso adecuado para la talla	DIRESA, Red, Microrred
23	Preven. y control de la desnutrición	% de niños de 6 a 36 meses con talla adecuada para la edad	DIRESA, Red, Microrred
24	Preven. y control de la desnutrición	% de familias con niños menores de 36 meses con conocimientos y prácticas en el cuidado infantil	DIRESA, Red
25	Malaria	Número de febriles examinados por caso de malaria	DIRESA, Red, Microrred
26	Malaria	% de discordancia de lectura de lámina de gota gruesa	DIRESA, Red, Microrred
27	Malaria	% de establecimientos de salud con disponibilidad de medicamentos para la atención de malaria	DIRESA, Red, Microrred
28	Malaria	% de casos de malaria que reciben tratamiento completo	DIRESA, Red, Microrred
29	Dengue	% de puntos centinela que informan oportunamente sobre la vigilancia de febriles	DIRESA, Red
30	Dengue	% de población que habita en localidades con índice aélico menor de 2% en todos los sectores de la localidad	DIRESA, Red
31	Leishmaniasis	Número de sospechosos de leishmaniasis examinados por caso de leishmaniasis cutánea y mucocutánea	DIRESA, Red, Microrred
32	Leishmaniasis	% de discordancia de lectura de frotis de lesión de leishmaniasis	DIRESA, Red, Microrred
33	Leishmaniasis	% de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos para la atención de leishmaniasis	DIRESA, Red, Microrred
34	Leishmaniasis	% de casos de leishmaniasis que reciben tratamiento completo	DIRESA, Red, Microrred
35	TBC	% de sintomáticos respiratorios examinados	DIRESA, Red, Microrred
36	TBC	% de discordancia de lectura de frotis de esputo	DIRESA, Red, Microrred
37	TBC	% de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos para la atención de tuberculosis	DIRESA, Red, Microrred
38	TBC	% de casos de tuberculosis curados	DIRESA, Red, Microrred
39	Usuario externo	% de microrredes que realizan la medición de la satisfacción del usuario externo	DIRESA, Red

N°	Área	Indicador	Nivel de uso
40	Usuario interno y externo	% de microrredes que implementan Planes de Mejora Continua de la Calidad	DIRESA, Red
41	Usuario interno	% de microrredes que realizan la medición de la satisfacción del usuario interno	DIRESA, Red
42	Usuario externo	% de usuarios externos de la microrred satisfechos	DIRESA, Red
43	No usuario	% de redes que realizan la identificación de las barreras al acceso entre los no usuarios	DIRESA
44	Recursos humanos	% de microrredes que han premiado al mejor trabajador de la microrred	DIRESA, Red
45	Recursos humanos	% de redes que han premiado a la mejor microrred	DIRESA
46	Ingresos económicos	% de presupuesto asignado sobre el programado	DIRESA, UE
47	Ingresos económicos	% de dinero por reembolso en relación al dinero que debe recibirse por producción de servicios para el SIS	DIRESA, Red
48	Calidad del gasto	% de gasto en adquisición de medicamentos, insumos y materiales médico-quirúrgicos con financiamiento del SIS	DIRESA, Red
49	Calidad del gasto	% de gasto en bienes y servicios de prioridad relativa con financiamiento de RO y RDR	DIRESA, UE
50	Ejecución presupuestal	% de ejecución presupuestal con financiamiento de toda fuente	DIRESA, UE

\*Nota: Los indicadores sombreados requieren que se implemente los mecanismos para recolectar la información.  
UE: Unidad ejecutora

- **Elaboración del aplicativo informático del tablero de mando  
Octubre 2008 - Marzo 2009**

El diseño del aplicativo informático para el soporte al tablero de mando, se inició en octubre y el desarrollo del mismo en noviembre. La reformulación del POI obligó a detener su desarrollo momentáneamente, pero el trabajo se reinició nuevamente a fines de enero.

Se decidió utilizar una hoja de cálculo para semi-automatizar la recolección de datos, el procesamiento y análisis de la información; porque el bajo nivel de informatización e integración de los diversos y fragmentados subsistemas de información de la DIRESA dificultaban enormemente plantear una aplicación de mayor nivel tecnológico que pudiera utilizarse en microrredes, redes y DIRESA.

No se tuvieron problemas mayores en la elaboración de mismo, salvo la definición de metas a nivel de los establecimientos de salud.

Debido a que el tablero debía implementarse en microrredes, las metas de las actividades debían estar a nivel de establecimientos de salud, para que la microrred monitoree los avances. Con el equipo de la DIRESA sólo se habían establecido metas a nivel de redes de servicios de salud.

Para solucionar esta dificultad, el equipo técnico de la DIRESA y el Proyecto prorratearon las metas de cada red de servicios de salud entre sus establecimientos de salud, utilizando como guía la población asignada a cada establecimiento de salud. Se calcularon las metas de esa manera para todos los establecimientos de salud, con la excepción de los hospitales de Tarapoto y Moyobamba que ya tenían metas asignadas.

- **Descripción del aplicativo informático del tablero de mando**

El aplicativo informático del tablero de mando es un libro de Microsoft Excel que sirve de instrumento de registro, consolidación y análisis de los 50 indicadores seleccionados para monitorizar el cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2009. Cuenta con un manual del usuario que describe cada uno de sus elementos.

Fue diseñado para que los datos de los indicadores sean digitados a nivel de microrredes. El archivo electrónico es enviado a la red, donde se consolidan los datos de toda la red y de ahí a la DIRESA que consolida la información de toda la región.

El aplicativo consta de 36 hojas. De ellas 24 son para carga de información mes a mes, 9 son para el índice, reconocimientos o cálculos que se realizan

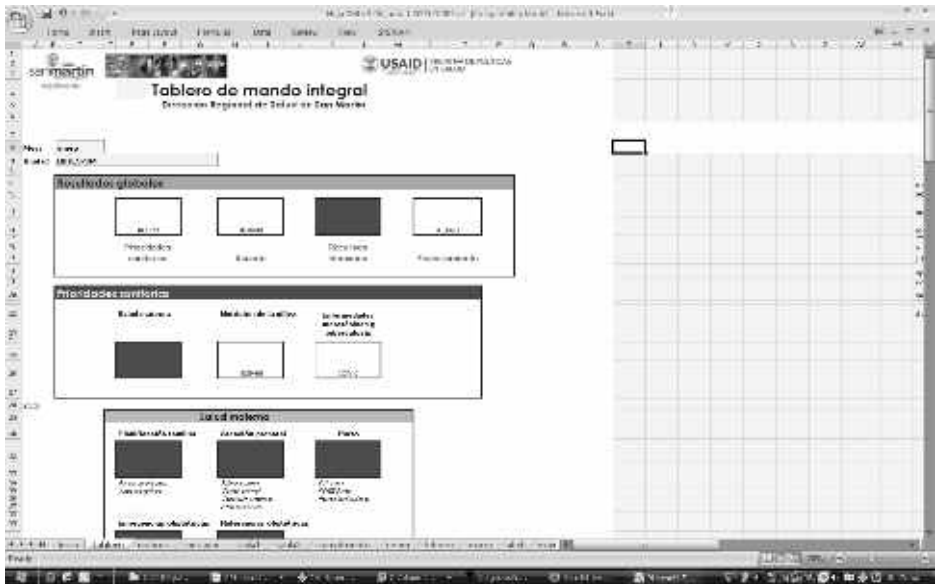


Pantalla inicial del tablero de mando

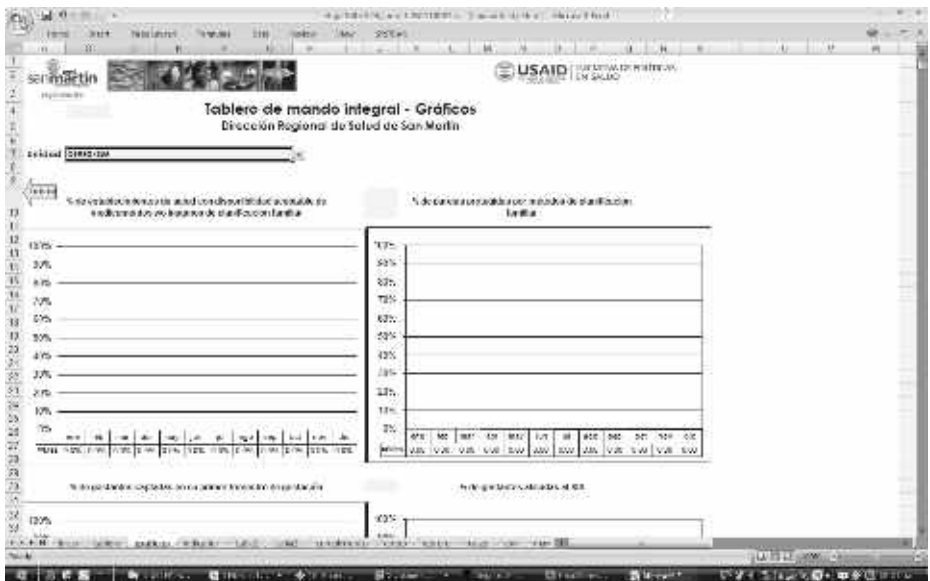
automáticamente y 3 son para mostrar el tablero de mando con los gráficos tipo semáforo, los gráficos estadísticos y las tablas de indicadores. La descripción completa de todas las hojas se describe en el Cuadro 5.

**Cuadro 5: Hojas del aplicativo informático del tablero de mando**

Nombre de la hoja	Función	Se registran datos
Inicio	Es un índice con hipervínculos para las restantes hojas	No
Tablero	Contiene el semáforo de los indicadores seleccionados para las diversas dimensiones y perspectivas a ser analizadas	No
Graficos	Contiene 29 gráficos estadísticos seleccionados de los 50 indicadores	No
Indicador	Contiene el valor mensual de cada indicador por DIRESA, red o microrred	No
tabla1 tabla2	Son hojas auxiliares que calculan algunos valores que se utilizan para construir los gráficos	No
Cumplimiento	Hoja auxiliar para calcular la condición de cumplimiento del indicador	No
Hojas: enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre, diciembre	Son las hojas para el registro de las actividades realizadas cada mes y que se constituyen en los numeradores de los indicadores. Ejemplo: Niños vacunados Gestantes captadas	Si
metas_fijas	Contiene las metas mensuales (¡No anuales!) de cada indicador. Sirven como denominadores de los indicadores. Ejemplo: Meta de niños a vacunar Meta de gestantes a captar Estas metas son constantes, es decir, se espera alcanzar el mismo valor todos los meses.	No
Hojas: metas_enero, metas_febrero, metas_marzo, metas_abril, metas_mayo, metas_junio, metas_julio, metas_agosto, metas_septiembre, metas_octubre, metas_noviembre, metas_diciembre	Contiene los denominadores de algunos indicadores que se modifican cada mes. Ejemplo: Consultantes mayores de 15 años en el mes Niños con diarrea y deshidratación atendidos en el mes. Casos de malaria atendidos en el mes Estas metas cambian cada mes y deben registrarse en el mes correspondiente.	Si
valores aceptables	Contiene los valores aceptables para cada indicador. Este es el porcentaje o número por encima del cual el indicador es considerado como bueno. Ejemplo: Si el % de parejas protegidas es mayor de 95% entonces se considera que es avance es aceptable	No
valores críticos	Contiene los valores críticos para cada indicador. Este es el porcentaje o número por debajo del cual el indicador es considerado como malo. Ejemplo: Si el % de parejas protegidas es menor de 85% entonces se considera que es avance es malo. Si el % de avance está entre 85 y 95% entonces el avance es considerado regular	No
Lista	Contiene los indicadores, su numerador, denominador y valores críticos y aceptables.	No
Créditos	Contiene los créditos correspondientes a los responsables del diseño, programación y financiamiento del aplicativo.	No



Tablero de mando



Gráficos de indicadores seleccionados

## Quinta etapa: Implementación y evaluación del tablero de mando. Abril-Julio 2009

La implementación del tablero de mando se realizó en 3 fases. En la primera de ellas se capacitó al equipo técnico de la DIRESA (alrededor de 30 personas), en la versión final del tablero de mando y su manejo.



La presentación del trabajo sobre el TMI en todos los eventos oficiales de la DIRESA, facilitó su implementación



La capacitación de los estadísticos de las redes de servicios de salud fue una acción crítica para la implementación del Tablero de Mando Integral

En la segunda fase, se realizó un taller con la participación de la Dirección General de la DIRESA y su equipo técnico, los directores y estadísticos de las redes de servicios de salud (aproximadamente 60 personas). En este evento se resaltó la importancia de utilizar el POI como guía de la gestión, y el tablero de mando como instrumento de monitoreo del POI. Se explicó detalladamente el manejo del aplicativo del tablero de mando, enfatizando la forma correcta de llenar los datos de los indicadores.

A finales de julio del año 2009 la DIRESA y el Proyecto organizaron la Evaluación del POI 2009–Primer semestre en la ciudad de Moyobamba con la participación de aproximadamente 80 funcionarios y técnicos de Microrredes y Redes de Salud, Hospitales y DIRESA.

La evaluación buscó medir 3 aspectos:

- El avance de las actividades del POI comparado con la ejecución presupuestal
- La calidad de la inversión en salud
- La evaluación de los resultados sanitarios

Cada una de las Redes de Salud presentó la información organizado de manera similar de manera tal que permitió hacer las comparaciones entre ellas.

Las principales conclusiones de la evaluación fueron:

- El POI y el Presupuesto -tal como están elaborados actualmente- no permiten efectuar una comparación entre ambos.
- Los equipos técnicos (profesionales de salud) y los equipos administrativos de las redes de servicios de salud tienen una escasa comunicación entre ellos, lo cual dificulta enormemente el análisis financiero del gasto.
- La información sanitaria tiene aún grandes deficiencias y por lo tanto dificulta la evaluación.
- El tablero de mando es una herramienta de gestión que facilita el monitoreo de las principales actividades sanitarias, pero requiere corregir o adicionar ciertos aspectos para lograr una mayor funcionalidad del mismo.
- Las constantes restricciones presupuestales obligan a los gestores a disponer de metodologías claras de priorización que orienten de manera correcta el uso de los recursos.

“El TMI es un instrumento que nos permite identificar problemas sanitarios de una manera muy rápida (...) existen problemas sanitarios con muchos factores que diluyen nuestro trabajo (...) el TMI enfoca nuestro trabajo hacia una actividad de salud que podemos realizar y que mejorando esto podemos mejorar los niveles de salud”

Dr. Oscar Celis Rodríguez  
Director Ejecutivo de la Red de  
Servicios de Salud de Picota  
DIRESA San Martín

Con la finalidad de corregir estas deficiencias la DIRESA ha establecido un plan de trabajo hasta el mes de noviembre. Este plan incluye principalmente la elaboración del POI 2010 y el Presupuesto 2010 de forma tal que permitan realizar una evaluación comparativa de los resultados sanitarios y financieros.



La evaluación del POI y el TMI demostraron que la metodología y el instrumento implementado contribuyen positivamente en la gestión sanitaria regional y local

---



# Factores facilitadores y obstaculizadores del proceso

Los factores que facilitaron y obstaculizaron el proceso se presentan por cada etapa.

## Factores facilitadores

### Primera etapa: Identificación de la necesidad

- La dirección general y el equipo de gestión había identificado con mucha claridad sus necesidades de información para gestionar la DIRESA. Esta nitidez sobre el objetivo del trabajo facilitó la creación de una solución muy concreta al problema.

### Segunda etapa: Inicio de la construcción del tablero de mando

- La dirección general y el equipo de gestión reconocieron rápidamente los errores en la planificación y control de la gestión, permitiendo planificar una elaboración participativa del tablero de mando basada en un diagnóstico real de la gestión.
- La dirección general participó directamente en todas las reuniones y eventos de construcción del tablero de mando, revisando personalmente las prioridades, estrategias y actividades claves.

“El principal factor que ha facilitado el trabajo de diseño e implementación del TMI ha sido básicamente la decisión del Director General de continuar con el proceso de cambio que tenemos como Dirección Regional de Salud (...) a la cual el Proyecto de Iniciativa de Políticas en Salud ha respondido favorablemente”

Dr. Marío Grandez Armas  
Director Ejecutivo de Salud de las Personas

### Tercera etapa: Reformulación del Plan Operativo Institucional 2009

- La dirección general y el equipo de gestión de la DIRESA decidieron contar con un POI 2009 que sirviera de guía en la conducción de las actividades tendiente a impactar en las prioridades sanitarias, utilizando la misma como instrumento de gestión en todos los niveles.
- La participación de todo el equipo técnico de la DIRESA en los talleres de reformulación del POI, logró que todos los funcionarios conocieran y experimentaran el proceso de construcción del tablero de mando, resaltando en todo momento la utilidad del mismo.

### Cuarta etapa: Culminación de la construcción del tablero de mando

- La participación de la dirección general y el equipo de gestión en los talleres y reuniones técnicas con el equipo técnico de la DIRESA, transmitió -en todo momento- que el trabajo obedecía a una decisión regional, dada la necesidad de trabajar de manera planificada; el Proyecto era un socio que proporcionaba asistencia técnica y en ocasiones asistencia financiera.

### Quinta etapa: Implementación del tablero de mando

- La decisión de la dirección general y el equipo de gestión de convocar y dirigir los talleres de capacitación en el manejo del tablero de mando.
- La oficialización -mediante una Resolución Directoral- y el reconocimiento social del POI y el tablero de mando -en todas las reuniones técnicas- contribuyó enormemente a la aceptación desde el inicio del instrumento de gestión.

## Factores obstaculizadores

### Segunda etapa: Inicio de la construcción del tablero de mando

- La limitada comprensión (internalización) del significado de la transferencia de funciones en salud a los gobiernos regionales dentro del equipo técnico de la DIRESA, dificultó la aceptación del rol gerencial y de las responsabilidades que se desprenden del mismo.

### Tercera etapa: Reformulación del Plan Operativo Institucional 2009

- Las limitadas competencias para el manejo de los datos estadísticos por parte del equipo técnico, prolongó la duración de las reuniones técnicas en donde se discutían los indicadores y sus fuentes de información.

#### Cuarta etapa: Culminación de la construcción del tablero de mando

- La tendencia a utilizar los mismos indicadores por una mayor familiaridad con los mismos, requirió disponer de tiempo adicional para explicar los alcances y significado de los indicadores incorporados.
- Limitada experiencia en la elaboración de metas basándose en información de los logros previos y los recursos disponibles.

#### Quinta etapa: Implementación del tablero de mando

- La débil formación estadística e informática de los responsables de estadística de las redes y microrredes de servicios de salud, prolongó el periodo de implementación del tablero, por los errores en el registro de datos e interpretación de indicadores.



## Logros del modelo

La implementación del tablero de mando en la DIRESA San Martín ha desencadenado una serie de procesos de gran importancia dentro de la gestión, entre ellos tenemos:

- Impulso a la búsqueda de una metodología de planificación, que integre los diferentes objetivos de las diversas instancias del sector alineándolos con las prioridades sanitarias.
- Muestra de manera nítida y objetiva que la evaluación de la gestión debe integrar el financiamiento.
- Obligación de buscar y utilizar metodologías de priorización.
- Se ha convertido en un instrumento de control para conducir la gestión hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios a nivel regional y local.

“lo más resaltante del proceso es que los funcionarios han ido rompiendo el trabajo en parcelas, donde cada uno tenía y defendía su parcela con sus propias actividades”

“con esta nueva metodología han aprendido a tener una mirada mucho más integral, han comprendido que una actividad está relacionada con las de otras áreas”

Dr. Neptalí Santillán Ruíz  
Director General de la DIRESA  
San Martín

Este conjunto de procesos generados en torno al desarrollo del tablero de mando, lo institucionalizan y legitiman, además de la oficialización con que cuenta.

En relación a aspectos específicos de la gestión como la planificación, organización, conducción y control, se han producido una serie de cambios positivos.

### A nivel de la planificación:

- Los objetivos y prioridades sanitarias están identificados con mayor claridad tanto a nivel de la DIRESA como de las redes. En las microrredes recién se inicia el proceso.

- El proceso de planificación se realiza de manera colectiva hasta el nivel de redes de servicios de salud de manera general, y en algunas redes llega incluso a microrredes.
- El proceso de planificación para el POI 2010 está previsto que sea descentralizado y participativo hasta el nivel de redes de servicios de salud.
- El POI 2010 incluirá la definición de metas para las actividades desde el nivel de DIRESA hasta el nivel de redes. Las metas para las microrredes y establecimientos de salud se harán progresivamente.
- El Plan Operativo Institucional se ha convertido en una de las principales herramientas para gestionar y priorizar los recursos tanto a nivel de DIRESA como de redes de servicios de salud.

#### A nivel de la organización:

- El equipo técnico de la DIRESA ha reconocido que su principal rol, es gerenciar los servicios de salud y eso implica tener un mayor control sobre el accionar de los servicios de salud ejerciendo un mayor y mejor monitoreo y evaluación.

#### A nivel de la conducción:

- Se ha elaborado una primera metodología para la priorización de actividades necesarias a nivel de redes y microrredes de servicios de salud; pero la misma requiere ser perfeccionada conforme se elabore el nuevo POI 2010.

#### A nivel del control:

- Se ha establecido un nuevo modelo de evaluación de la gestión sanitaria que busca integrar los resultados sanitarios y la ejecución presupuestal. Aunque este es un proceso que recién se inicia, los equipos técnicos ya han reconocido que este modelo debe utilizarse en las futuras evaluaciones de gestión.
- Los equipos técnicos de la DIRESA y redes de servicios de salud reconocen como una necesidad la evaluación técnico-financiera de la gestión sanitaria.
- Se tiene previsto adecuar el POI y el presupuesto 2010 de manera que pueda realizarse la evaluación técnico-financiera hasta el nivel de unidad ejecutora, de una manera más simple y confiable.
- El tablero de mando está siendo usado a nivel de DIRESA y redes de servicios de salud. En las microrredes su implementación es aún parcial.

## Lecciones aprendidas

La experiencia de implementación del tablero de mando en la DIRESA San Martín ha sido muy enriquecedora, tanto para el equipo de gestión y equipo técnico de la DIRESA como para el equipo del Proyecto que brindó la asistencia técnica.

Algunas de las lecciones aprendidas son de tipo general y otras son propias de la experiencia. Se señalan las más saltantes:

### Lecciones aprendidas generales

- La planificación debe realizarse de forma participativa, buscando elaborar planes con objetivos sanitarios prioritarios y metas alcanzables.
- El monitoreo y evaluación de la gestión requieren indicadores basados en información de buena calidad. Sin ella es muy difícil conducir una institución.
- Los cambios institucionales siempre enfrentan la resistencia del personal a los mismos. Superar la resistencia necesita una firme decisión de continuar con los cambios y una estrategia para modificar las conductas.

### Lecciones aprendidas específicas

- Las propuestas de solución a los problemas de la gestión sanitaria no pueden ser aisladas. Cada problema forma parte de una cadena o red de problemas, y sólo la solución de un conjunto de ellas asegura la sostenibilidad de la intervención realizada.

En la experiencia, la asistencia técnica se amplió desde el instrumento de monitoreo hacia el objeto de la monitorización: el Plan Operativo Institucional, que además abarcó las metodologías de evaluación del mismo y de la priorización de las actividades sanitarias. En resumen se cerró el círculo conformado por: planificación - monitoreo - evaluación - planificación (priorización).

Una experiencia integral —como la descrita— logra generar un cambio positivo sobre la manera en que se hacen las cosas y, estimulan la reflexión sobre el objetivo y finalidad de aquello en que se está trabajando.

- El bajo grado de automatización del sistema de información de la DIRESA impedía proponer un tablero de mando tecnológicamente más elaborado; razón por la cual se utilizó una hoja de cálculo para recolectar, procesar y facilitar el análisis de la información. Sin embargo, incluso una aplicación informática tan sencilla como ésta requiere de un soporte organizacional que le permita implementarse y consolidarse.

En el caso del tablero de control se seleccionaron 12 indicadores que no tenían mecanismos de recolección de información, los mismos que debían ser establecidos de manera oficial por la DIRESA. La sobrecarga laboral y las limitadas competencias en la normatización de procedimientos impidieron que esto ocurriera.

Esto nos deja como lección aprendida, —aunque parezca redundante— que la organización de los procesos siempre debe preceder a la implementación de los mismos; igualmente las soluciones deben implementarse en paquetes terminados aunque sean muy simples y de ninguna manera incompletos sin importar la complejidad de los mismos. Esto último es especialmente cierto para los sistemas de información.



## Recomendaciones

Los procesos desencadenados en la DIRESA a partir del trabajo conjunto con el Proyecto han culminado sus primeras etapas, pero aún no han concluido. La DIRESA requiere asistencia técnica para optimizar y consolidar estos procesos.

Los temas que —de manera especial— requieren soporte son:

- La **formulación del POI 2010** debe ser realizada de tal forma que sus actividades principales concuerden con las metas presupuestarias del Presupuesto 2010; sólo así la evaluación técnico-financiera podrá ser realizada con facilidad. Actualmente, las grandes diferencias en la forma en que son elaborados ambos documentos hacen imposible —en la práctica— realizar análisis comparativos entre ambos.
- La redacción de ambos documentos debe realizarse para 3 niveles: redes de servicios de salud, unidades ejecutoras y DIRESA.
- Uno de los aspectos más críticos de la planificación es el **costeo de las actividades**. Actualmente, se utilizan los costos proporcionados por Presupuesto por Resultados y el Seguro Integral de Salud; pero en el caso de discrepancias entre ambos o la ausencia de información económica, no existe personal con competencias para calcular los costos. Por lo tanto, se requiere entrenar personal en esta tarea.
  - El presupuesto de la DIRESA está sujeto a continuos reajustes, por lo tanto, las metas también deben sufrir modificaciones. La selección de las metas que

“Lo más saltante de la experiencia es haber comprendido la necesidad de utilizar el POI y que la única forma de alcanzar este objetivo es que el POI esté relacionado al presupuesto”

Dra. Neolía Salvador Sánchez  
Directora Ejecutiva de Planificación y Presupuesto  
DIRESA San Martín

deben ser reajustadas no es un proceso fácil y usualmente debe ser realizado con mucha premura para responder a las instancias superiores.

Por lo tanto, se requiere de una **metodología de priorización** que facilite el proceso de selección de metas a ser modificadas cada vez que ocurre una alteración del presupuesto inicial. La DIRESA ha elaborado —conjuntamente con el Proyecto— una metodología de priorización para el nivel de DIRESA; pero requiere ser adaptada para las unidades ejecutoras y redes de servicios de salud.

- El **tablero de mando integral** se implementó en el 100% de redes de servicios de salud; pero sólo lo hizo parcialmente a nivel de microrredes. Teniendo en consideración que los usuarios del tablero de mando coinciden en considerarlo una herramienta valiosa, es deseable la expansión de su uso.

Para la expansión del uso del tablero de mando a nivel de microrredes es necesario realizar algunas modificaciones al tablero, a los aplicativos que le dan soporte (existen actualmente 2 versiones) y a los manuales del usuario.

Las modificaciones más importantes, a realizar son:

- Doce (12) de los 50 indicadores del tablero de mando, no pueden ser recolectados porque requieren que los funcionarios de la DIRESA normen su recolección.<sup>16</sup> Debido a que no existen datos para los mismos, el tablero de mando gráfico presenta la mayoría de sus indicadores (semáforos) en rojo.

Esta situación causa desconcierto en el personal de salud, por lo cual se sugiere excluir temporalmente estos indicadores del tablero, e incluirlos conforme se tenga los datos.

- La versión del tablero de mando para las redes de servicios de salud, incluye los datos de los establecimientos de salud de toda la región. Se sugiere eliminar los datos de los establecimientos de salud que no pertenezcan a la red para simplificar el ingreso de datos.
- Actualmente las microrredes están utilizando la misma versión de aplicativo que las redes. Se sugiere elaborar versiones individualizadas para cada microrred (39) con la finalidad de simplificar el registro de datos.

---

[16] Inicialmente se programó con el equipo de gestión de la DIRESA que las oficialización de la metodología para recolectar estos datos estaría lista antes de julio del 2009, pero la sobrecarga laboral de los funcionarios ha retrasado lo programado.

- La DIRESA San Martín ha presentado al Gobierno Regional un Perfil de Proyecto de Inversión Pública para implementar un nuevo sistema de información que mejore el registro, procesamiento, análisis y uso de gran parte de la información sanitaria. Se podría desarrollar un módulo adicional del tablero de mando dentro de este nuevo sistema para automatizar el ingreso de la mayoría de los indicadores. Los indicadores restantes se ingresarían digitando los datos en una pantalla del mismo módulo.



# Anexos



Anexo I:

Indicadores del tablero de mando integral



## Anexo I : Indicadores del Tablero de Mando Integral, Región San Martín

Nº	Área	Indicador	Numerador	Denominador	V.C.	V.A.	Nivel de uso
1	Planificación	% de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos y/o insumos de planificación familiar	Nº de establecimientos con disponibilidad aceptable de medicamentos y/o insumos de planificación familiar	Total de establecimientos	95%	100%	DIRESA, Red, Microred
2	Planificación	% de parejas protegidas por métodos de planificación familiar	Nº de parejas protegidas por métodos de planificación familiar	Nº de parejas con necesidad de planificación familiar	85%	95%	DIRESA, Red, Microred
3	Atención prenatal	% de gestantes que en su primera atención prenatal se le realiza y registra en la historia clínica las actividades de acuerdo a norma	Nº de gestantes que en su primera atención prenatal se le realiza y registra en la historia clínica las actividades de acuerdo a norma	Total de gestantes programadas	75%	90%	DIRESA, Red, Microred
4	Atención prenatal	% de gestantes que en su cuarta atención prenatal se le realiza y registra en la historia clínica las actividades de acuerdo a norma	Nº de gestantes que en su cuarta atención prenatal se le realiza y registra en la historia clínica las actividades de acuerdo a norma	Total de gestantes programadas	75%	90%	DIRESA, Red, Microred
5	Atención prenatal	% de gestantes captadas en su primer trimestre de gestación	Nº de gestantes captadas en su primer trimestre de gestación	Total de gestantes programadas	75%	90%	DIRESA, Red, Microred
6	Atención prenatal	% de gestantes afiliadas al SIS	Nº de gestantes afiliadas	Nº de gestantes programadas por el SIS	75%	90%	DIRESA, Red, Microred
7	Parto	% de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos para la atención del parto y puerperio	Nº de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos para la atención del parto y puerperio	Total de establecimientos	95%	100%	DIRESA, Red, Microred
8	Parto	% de establecimientos con capacidad resolutive para la atención del parto y del RN normal	Nº de establecimientos con capacidad resolutive para la atención del parto y del RN normal	Once establecimientos de salud seleccionados por la DIRESA	90%	100%	DIRESA, Red, Microred

N°	Área	Indicador	Numerador	Denominador	V.C.	V.A.	Nivel de uso
9	Parto	% de partos institucionales	N° de partos institucionales	Total de partos institucionales programados	60%	70%	DIRESA, Red, Microrred
10	Emergencia	% de establecimientos de salud que tienen disponibilidad adecuada de medicamentos e insumos para la atención de emergencias obstétricas	N° de establecimientos de salud que tienen disponibilidad adecuada de medicamentos e insumos para la atención de emergencias obstétricas	Total de establecimientos	95%	100%	DIRESA, Red, Microrred
11	Emergencia	% de establecimientos con capacidad resolutive para la atención de las emergencias obstétricas	N° de establecimientos con capacidad resolutive para la atención de las emergencias obstétricas	Once establecimientos de salud seleccionados por la DIRESA	75%	90%	DIRESA, Red
12	Referencias	% de establecimientos de salud que tienen organizada la referencia de la emergencia obstétrica de acuerdo a norma	N° de establecimientos de salud que tienen organizada la referencia de la emergencia obstétrica de acuerdo a norma	Establecimientos de salud autorizados a atender partos	90%	100%	DIRESA, Red, Microrred
13	Referencias	% de emergencias obstétricas referidas por la red comunal de referencias	N° de emergencias obstétricas referidas por la red comunal de referencias	Gestantes programadas	1%	2%	DIRESA, Red, Microrred
14	Inmunizaciones	% de niños menores de 1 año protegidos con vacuna pentavalente	N° de niños menores de 1 año protegidos con 3° dosis de vacuna pentavalente	Población de niños menores de 1 año	90%	95%	DIRESA, Red, Microrred
15	Inmunizaciones	% de niños de 1 año protegido con vacuna SPR	N° de niños de 1 año protegidos con vacuna SPR	Población total de niños de 1 año	90%	95%	DIRESA, Red, Microrred
16	Atención de enf. Prevalentes	% de localidades cuyos sistemas de distribución de agua tienen niveles adecuados de cloro	N° de localidades cuyos sistemas de distribución de agua tienen niveles adecuados de cloro	N° de localidades programadas	80%	95%	DIRESA, Red
17	Atención de enf. Prevalentes	% de establecimientos con consultorio del niño equipado de acuerdo a norma	N° de establecimientos con consultorio del niño equipado de acuerdo a norma	EE SS que son cabeceras de microrred	75%	90%	DIRESA, Red, Microrred



Nº	Área	Indicador	Numerador	Denominador	V.C.	V.A.	Nivel de uso
18	Atención de enf. Prevalentes	% de establecimientos de salud con disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención del niño	Nº de establecimientos de salud con disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención del niño	Total de establecimientos de salud	90%	100%	DIRESA, Red, Microrred
19	Atención de enf. Prevalentes	% de niños menores de 5 años con diarrea y deshidratación con o sin shock	Número de niños menores de 5 años con EDA con deshidratación y EDA con deshidratación más shock	Total de niños menores de 5 años con EDA sin deshidratación, EDA con deshidratación y EDA con deshidratación más shock	12%	10%	DIRESA, Red, Microrred
20	Atención de enf. Prevalentes	% de casos de neumonía grave y enfermedad muy grave en menores de 5 años	Número de niños menores de 5 años con neumonía grave y enfermedad muy grave	Total de niños menores de 5 años con neumonía, neumonía grave y enfermedad muy grave	25%	20%	DIRESA, Red, Microrred
21	Preven. y control de la desnutric.	% de niños menores de 5 años afiliados al SIS	Nº de niños menores de 5 años afiliados al SIS	Total de niños menores de 5 años programados por el SIS	90%	95%	DIRESA, Red, Microrred
22	Preven. y control de la desnutric.	% de niños de 6 a 36 meses con peso adecuado para la talla	Nº de niños de 6 a 36 meses con peso adecuado para la talla	Total de niños de 6 a 36 meses atendidos	75%	80%	DIRESA, Red, Microrred
23	Preven. y control de la desnutric.	% de niños de 6 a 36 meses con talla adecuada para la edad	Nº de niños de 6 a 36 meses con talla adecuada para la edad	Total de niños de 6 a 36 meses atendidos	80%	85%	DIRESA, Red, Microrred
24	Preven. y control de la desnutric.	% de familias con niños menores de 36 meses con conocimientos y prácticas en el cuidado infantil	Nº de familias con niños menores de 36 meses con conocimientos y prácticas en el cuidado infantil	Nº de familias programadas	25%	35%	DIRESA, Red
25	Malaria	Número de febriles examinados por caso de malaria	Nº de febriles examinados	Total de casos de malaria	Variable	Variable	DIRESA, Red, Microrred

Nº	Área	Indicador	Numerador	Denominador	V.C.	V.A.	Nivel de uso
26	Malaria	% de discordancia de lectura de lámina de gota gruesa	Láminas de gota gruesa falso positivas o negativas	Total de láminas examinadas	3%	2%	DIRESA, Red, Microorred
27	Malaria	% de establecimientos de salud con disponibilidad de medicamentos para la atención de malaria	Nº de establecimientos de salud con disponibilidad de medicamentos para la atención de malaria	Total de establecimientos	95%	100%	DIRESA, Red, Microorred
28	Malaria	% de casos de malaria que reciben tratamiento completo	Nº de casos de malaria que reciben tratamiento completo	Total de casos de malaria	85%	95%	DIRESA, Red, Microorred
29	Dengue	% de puntos centinela que informan oportunamente sobre la vigilancia de fiebres	Nº de puntos centinela que informan oportunamente sobre la vigilancia de fiebres	Total de puntos centinela	95%	100%	DIRESA, Red
30	Dengue	% de población que habita en localidades con índice aédro menor de 2% en todos los sectores de la localidad	Población que habita en localidades con índice aédro menor de 2% en todos los sectores de la localidad	Total de población sujeta a vigilancia	95%	97%	DIRESA, Red
31	Leishmaniasis	Número de sospechosos de leishmaniasis examinados por caso de leishmaniasis cutánea y mucocutánea	Número de sospechosos de leishmaniasis examinados	Total de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea	5	6.5	DIRESA, Red, Microorred
32	Leishmaniasis	% de discordancia de lectura de frotis de lesión de leishmaniasis	Nº de frotis de lesión de leishmaniasis falsos positivos o negativos	Total de frotis examinados	3%	2%	DIRESA, Red, Microorred
33	Leishmaniasis	% de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos para la atención de leishmaniasis	Nº de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos para la atención de leishmaniasis	Total de establecimientos	95%	100%	DIRESA, Red, Microorred
34	Leishmaniasis	% de casos de leishmaniasis que reciben tratamiento completo	Nº de casos de leishmaniasis que reciben tratamiento completo	Total de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea	85%	95%	DIRESA, Red, Microorred
35	TBC	% de sintomáticos respiratorios examinados	Nº de sintomáticos respiratorios examinados	Nº de atenciones en mayores de 15 años	3%	5%	DIRESA, Red, Microorred

Nº	Área	Indicador	Numerador	Denominador	V.C.	V.A.	Nivel de uso
36	TBC	% de discordancia de lectura de frotis de esputo	Frotis de esputo falsos positivos o negativos	Total de frotis examinados	3%	2%	DIRESA, Red, Microrred
37	TBC	% de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos para la atención de tuberculosis	Nº de establecimientos de salud con disponibilidad aceptable de medicamentos para la atención de tuberculosis	Total de establecimientos	95%	100%	DIRESA, Red, Microrred
38	TBC	% de casos de tuberculosis curados	Nº de casos de tuberculosis curados (frotis de esputo negativo)	Total de pacientes con tuberculosis pulmonar y frotis de esputo positivo que iniciaron tratamiento	85%	96%	DIRESA, Red, Microrred
39	Usuario externo	% de microrredes que realizan la medición de la satisfacción del usuario externo	Nº de microrredes que realizan la medición de la satisfacción del usuario externo	Total de microrredes	80%	90%	DIRESA, Red
40	Usuario interno y externo	% de microrredes que implementan Planes de Mejora Continua de la Calidad	Nº de microrredes que implementan Planes de Mejora Continua de la Calidad	Total de microrredes	70%	80%	DIRESA, Red
41	Usuario interno	% de microrredes que realizan la medición de la satisfacción del usuario interno	Nº de microrredes que realizan la medición de la satisfacción del usuario interno	Total de microrredes	80%	90%	DIRESA, Red
42	Usuario externo	% de usuarios externos de la microrred satisfechos	Nº de usuarios externos de la microrred satisfechos	Total de usuarios externos de la microrred encuestados	70%	80%	DIRESA, Red
43	No usuario	% de redes que realizan la identificación de las barreras al acceso entre los no usuarios	Nº de redes que realizan la identificación de las barreras al acceso entre los no usuarios	Total de redes de servicios de salud	80%	90%	DIRESA
44	Recursos humanos	% de microrredes que han premiado al mejor trabajador de la microrred	Nº de microrredes de salud que han premiado al mejor trabajador de la microrred	Total de microrredes	80%	90%	DIRESA, Red

N°	Área	Indicador	Numerador	Denominador	V.C.	V.A.	Nivel de uso
45	Recursos humanos	% de redes que han premiado a la mejor microrred	N° de redes de salud que han premiado a la mejor microrred	Total de redes de servicios de salud	80%	90%	DIRESA
46	Ingresos económicos	% de presupuesto asignado sobre el programado	Monto del presupuesto asignado de RO y RDR	Monto del presupuesto programado de RO y RDR	90%	95%	DIRESA, UE
47	Ingresos económicos	% de dinero por reembolso en relación al dinero que debe recibirse por producción de servicios para el SIS	Dinero recibido por reembolsos del SIS	Monto de dinero que debe recibirse por producción de servicios para el SIS	90%	95%	DIRESA, Red
48	Calidad del gasto	% de gasto en adquisición de medicamentos, insumos y materiales médico-quirúrgicos con financiamiento del SIS	Gasto de adquisición de medicamentos, insumos y materiales médico-quirúrgicos con financiamiento del SIS	Total de dinero reembolsado por el SIS	75%	80%	DIRESA, Red
49	Calidad del gasto	% de gasto en bienes y servicios de prioridad relativa con financiamiento de RO y RDR	Gasto en bienes y servicios de prioridad relativa con financiamiento de RO y RDR	Monto del presupuesto asignado de RO y RDR	15%	10%	DIRESA, UE
50	Ejecución presupuestal	% de ejecución presupuestal con financiamiento de toda fuente	Presupuesto ejecutado con financiamiento de toda fuente	Presupuesto asignado por toda fuente	90%	100%	DIRESA, UE

\* Nota: Los indicadores sombreados requieren que se implemente los mecanismos para recolectar la información.

V.C. = Valor crítico

V.A. = Valor aceptable

U.E. = Unidad ejecutora



