



PERÚ Ministerio de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CONVENIO N° 211-2017/MINSA

CONVENIO DE GESTIÓN ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Conste por el presente documento el Convenio de Gestión que celebran de una parte el **MINISTERIO DE SALUD**, con RUC N° 20131373237, con domicilio en Av. Salaverry N° 801 distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima, representado por la Ministra de Salud señora **PATRICIA JANNET GARCÍA FUNEGRA**, identificada con DNI N° 06157299, designada mediante Resolución Suprema N° 164-2016-PCM, al que en adelante se denominará **MINSA**; y la otra parte, el **INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**, con Registro Único de Contribuyentes (RUC) N° 20514964778, con domicilio en la Avenida Angamos Este N° 2520, distrito de Surquillo, provincia y departamento de Lima, debidamente representado por su Jefe Institucional señor **IVÁN CHÁVEZ PASSIURI**, identificado con Documento Nacional de Identidad (DNI) N° 10474223, debidamente facultado mediante Resolución Ministerial N° 007-2017-MINSA, a quien en adelante se denominará **INEN**; en los términos y condiciones de las cláusulas siguientes:

CLAÚSULA PRIMERA: DE LAS PARTES

El MINSA, conforme a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1161, es un organismo del Poder Ejecutivo, con personería jurídica de derecho público y constituye un pliego presupuestal. Es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establece 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. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población.

El INEN conforme a lo establecido en la Ley N° 28748, es un Organismo Público Ejecutor del Sector Salud, con personería jurídica propia, así como con autonomía administrativa, presupuestal, financiera y normativa. Su misión es proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas.

CLAUSULA SEGUNDA: ANTECEDENTES

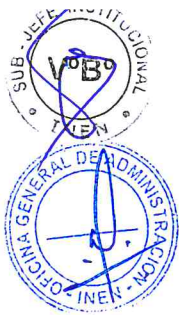
El artículo 15 del "Decreto Legislativo N° 1153 que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado", autoriza la entrega económica anual al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y gobiernos regionales por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

Mediante el Decreto Supremo N° 041-2016-SA se establecen las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2016, 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.

CLAÚSULA TERCERA: BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.





PERÚ Ministerio de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Decreto Legislativo N° 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 304-2012-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Decreto Supremo N° 116-2014-EF, que aprueba los criterios técnicos, aplicación e implementación de la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.
- Decreto Supremo N° 041-2016-SA, Decreto Supremo que establece las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para la entrega económica del año 2016.
- R.M. 927-2016-MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 219-MINSA/DGPN-V.01 "Directiva Administrativa de los Aspecto Metodológicos para la Evaluación del Cumplimiento de las Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios a cumplir en el año 2016, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153".

CLAÚSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO DE GESTIÓN

El presente Convenio de Gestión tiene por objeto establecer obligaciones que asumirán las Partes para la implementación de la entrega económica del personal de la salud del año 2016, considerando los valores umbral, logros esperados y pesos ponderados para las MI, ID y CM del INEN del año 2016 y las Fichas Técnicas de ID y CM, los que se encuentran contenidos en el Anexo 1 y 2 respectivamente, en aplicación al Decreto Supremo N° 041-2016-SA, en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.

CLÁUSULA QUINTA: DE LAS OBLIGACIONES O RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES

5.1. Del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

- 5.1.1 Difundir el presente Convenio y su normatividad a nivel de sus departamentos, servicios, oficinas y otras áreas de su Institución.
- 5.1.2 Asignar los recursos y condiciones necesarias para realizar las prestaciones de salud en forma oportuna y de calidad, para cumplir con las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.
- 5.1.3 Realizar asistencia técnica, supervisión y monitoreo a sus departamentos, servicios y oficinas para el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios según corresponda.
- 5.1.4 Brindar mantenimiento o implementación de sistemas de información a fin de garantizar su operación, verificación, aseguramiento de la calidad de la información y de los procedimientos necesarios para el seguimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios; así como contar con información oportuna y veraz cuando se le solicite.
- 5.1.5 Brindar facilidades de acceso al MINSA, o a quien este determine, para la revisión, procesamiento y análisis de todas las fuentes de información y sus correspondientes bases de datos, que constituyen medios de verificación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.
- 5.1.6 Verificar y garantizar la calidad y veracidad de la información que generan sus departamentos, servicios y oficinas para el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora.





PERÚ

Ministerio
de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



- 5.1.7 Remitir al MINSA la información requerida para efectos de seguimiento y evaluación de los avances de cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora.
- 5.1.8 Efectuar la entrega económica anual del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, posterior a la evaluación de los convenios y de acuerdo a las disposiciones de la Dirección General de Personal de la Salud.
- 5.1.9 Emitir y remitir a la Dirección General de Personal de la Salud, la Resolución Jefatural que aprueba la nómina del personal de la salud beneficiario de la entrega económica anual por cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.
- 5.1.10 Garantizar el pago de la asignación económica anual por el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, en caso de corresponder.
- 5.1.11 Efectuar los descuentos en el caso de pagos indebidos, conforme a la legislación vigente.



5.2 Del Ministerio de Salud

- 5.2.1 Brindar asistencia técnica para el cumplimiento de las metas institucionales (MI), indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora de los servicios (CM), según corresponda.
- 5.2.2 Disponer lo conveniente para garantizar la seguridad informática respecto a la fidelidad, integridad y calidad de los datos para el monitoreo y evaluación de las MI, ID y CM.
- 5.2.3 Realizar de manera inopinada la verificación de la calidad y veracidad de los datos y sus fuentes de información, a nivel de las instituciones.
- 5.2.4 Evaluar el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios según instituciones, y publicar los resultados preliminares para que las contrapartes realicen las observaciones y solicitudes que corresponda, dentro de los plazos establecidos en el Decreto Supremo N° 041-2016-SA.
- 5.2.5 Publicar los resultados de la evaluación preliminar y final en el portal institucional del Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe), según instituciones.

CLAÚSULA SEXTA: DE LAS METAS INSTITUCIONALES, INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS

6.1 Indicadores de Desempeño (Tabla 1)

- Lograr 79% o más de porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.
- Lograr un tiempo de espera promedio de 144.5 minutos para la atención en consulta externa.
- Alcanzar un valor de 3 a 4 en la productividad hora médico en la consulta externa.
- Lograr una densidad de incidencia máxima de 8.55 de las infecciones de tracto urinario por catéter urinario permanente en el servicio de medicina.
- Lograr un promedio de permanencia cama de 9 a 12 días en los servicios de hospitalización quirúrgica.
- Lograr un rendimiento cama de 2 a 4 egresos/cama/mes, en los servicios de hospitalización quirúrgica.
- Lograr un porcentaje de cirugías suspendidas como máximo de 5% para el Departamento de Mamas y Tejidos Blandos del INEN.



C. VIRÚ



G. RAMÍREZ



W. CUBA



3



R. VILLARÁN



PERÚ Ministerio de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

6.2 Compromisos de mejora de los servicios de salud (Tabla 1)

Cumplir con las acciones acordadas en los siguientes compromisos, según Tabla N° 1 y las fichas técnicas:

- Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía.
- Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.
- Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.



CLAÚSULA SEPTIMA: DEL CALCULO DEL PORCENTAJE GLOBAL DE LOGRO ESPERADO

De acuerdo al artículo 4 del Decreto Supremo N° 116-2014-EF, el porcentaje global de logro de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios (PG), por cada institución, se calcula como el promedio ponderado de los porcentajes de cumplimiento anual de cada meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios, multiplicados por sus respectivos pesos ponderados, según la siguiente formula:

$$PG = \text{sumatoria } (I_1 \times P_1 + I_2 \times P_2 + \dots + I_n \times P_n)$$

Donde:

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

I_n : Porcentaje de cumplimiento anual de la meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios enésimo

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



CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS ACCIONES POR INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMACIÓN O POR ENTREGA DE INFORMACIÓN INCORRECTA O FALSA

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

8.2 El incumplimiento de la entrega de la información para evaluación en la fecha correspondiente será considerada como no logro. La mencionada fecha de entrega será programada por las áreas responsables de la información del Ministerio de Salud.



CLAÚSULA NOVENA: DE LA VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente Convenio de Gestión es vigente para el ejercicio anual 2016, cuenta con eficacia anticipada al 1 de enero de 2016.

CLAÚSULA DÉCIMA: DE LAS CONDICIONES DE REVISIÓN DE LOS CONVENIOS

Las partes podrán de mutuo acuerdo modificar el presente Convenio. Para tal efecto, cualquiera de ellas pondrá en conocimiento de la otra, por escrito, tal intención, debiendo esta última manifestar su conformidad o disconformidad en un plazo máximo de quince (15) días calendario que se computa desde el día siguiente a la recepción de la propuesta de





"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



modificación. Trascurrido dicho plazo sin que exista respuesta expresa, se presumirá la tácita aceptación.

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

CLAÚSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS



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



Cualquier conflicto que pudiera surgir durante la ejecución del Convenio y que no pueda ser resuelto sobre la base del mutuo entendimiento entre las Partes, se resolverá mediante Arbitraje ad-hoc de Derecho que se registrará por lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1071, que regula el arbitraje.



El arbitraje estará a cargo de un Tribunal Arbitral de tres (3) miembros, de los cuales cada una de las partes designará a uno y los dos árbitros así designados nombrarán al tercero, quien presidirá el Tribunal. Si una parte no nombrara al árbitro que le corresponde dentro de quince (15) días hábiles de recibido el requerimiento escrito de la parte que solicita el arbitraje, esta última queda facultada a designar al árbitro faltante.



El Laudo arbitral que se emita es vinculante para las partes y pondrá fin al procedimiento de manera definitiva, renunciando las partes a interponer cualquier recurso que tenga por objeto desconocer sus efectos.

CLAÚSULA DÉCIMO SEGUNDA: DE LAS NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación que deba ser cursada entre las Partes, se entenderá válidamente realizada en los domicilios consignados en la introducción del presente documento. Los cambios de domicilio serán comunicados por escrito, mediante oficio, al domicilio de la otra parte, con cinco (5) días hábiles de anticipación.

Estando conformes LAS PARTES en todas y cada una de las cláusulas que anteceden, suscriben el presente Convenio en dos ejemplares de idéntico tenor, en la ciudad de Lima, a los 27 días del mes de JUNIO del año 2017, reconociendo su vigencia al 1 de enero de 2016 conforme a los principios de buena fe y común intención.



C. VIRÚ



G. RAMÍREZ



PATRICIA JANNET GARCÍA FUNEGRA
MINISTRA DE SALUD

(MINSA)



C. UGARTE

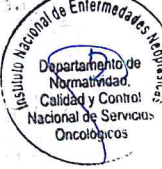
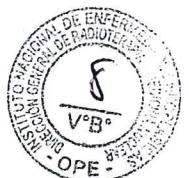


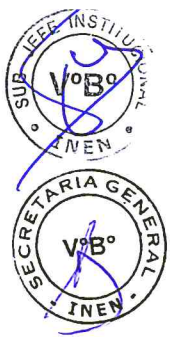
W. CUBA

M.C. Iván Chávez Passiuri
Jefe Institucional (e)
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
(INEN)



R. VILLARÁN





PERÚ

Ministerio de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

ANEXOS

Anexo 1. Tabla N° 1. Valores umbral y de logros esperados, y Peso Ponderado de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora para la evaluación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas III – 2 (00006210).

Anexo 2. Fichas Técnicas de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios.

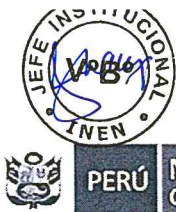
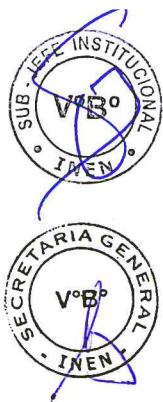


Anexo 1

Tabla N° 1. Valores umbral y de logros esperados, y Peso Ponderado de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora para la evaluación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas III – 2 (00006210).

(00006210).				
	INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
Indicador de desempeño (ID)	1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	79	9
		Logro Esperado	> = 79	
	2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	170	9
		Logro Esperado	144.5	
	3. Productividad hora medico en la consulta externa (%).	Umbral	NA	10
		Logro Esperado	3 a 4	
	4. Densidad de Incidencia de las Infecciones Asociadas a la atención en salud (IAAS) seleccionadas: Tasa ITU por CUP (Medicina).	Umbral	12.22	10
		Logro Esperado	8.55	
	5. Promedio de permanencia cama (días/egreso) (Servicios de Hospitalización Quirúrgica)	Umbral	NA	14
		Logro Esperado	9 a 12	
7. Rendimiento cama (egresos/cama/mes) (%) UPSS de Hospitalización Quirúrgica	Umbral	NA	11	
	Logro Esperado	2 a 4		
	10. Porcentaje de cirugías suspendidas(*)	Umbral	10	10
Logro Esperado		5		
Compromiso de Mejora (CM)	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía.	Ficha Técnica N° 27		7
	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.	Ficha Técnica N° 34 (6)		13
	Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención en salud.	Ficha Técnica N° 31		7
TOTAL				100

(*) El indicador está referido al Departamento de Cirugía de Mamas y Tumores Blandos del INEN.



PERÚ
Ministerio
de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Anexo 2.

Fichas Técnicas de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios.

Indicador de Desempeño (ID)

Ficha N° 10. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.

Nombre	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Evalúa los aspectos relacionados al mantenimiento de la autonomía del usuario, confidencialidad, respeto a la dignidad, confort del servicio, trato del prestador, elección de prestadores y acceso a redes sociales. Estos aspectos se resumen en una medición de la percepción de la satisfacción del usuario mediante una escala Likert de cinco valores; que señala como satisfecho al usuario que reporta sentirse muy satisfecho o satisfecho con la atención recibida (los dos valores superiores).
Justificación	La satisfacción del usuario es una medida de la calidad de atención percibida, proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del mismo. Se espera que un estímulo externo de reconocimiento al desempeño del personal de la salud mejore la calidad percibida de la atención de salud. Los niveles de satisfacción de los usuarios afectan principalmente la decisión de utilización de los servicios de salud, la fidelidad con el establecimiento de salud y la adherencia al tratamiento. Los resultados obtenidos deben desencadenar el desarrollo de proyectos de mejora continua de los procesos de atención hacia la mejora de la calidez y calidad de atención.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de personas encuestadas que refieren estar satisfechos o muy satisfechos con la atención de consulta externa}}{\text{Número de personas encuestadas}} \times 100$
Logro esperado	Si el valor del año previo es igual o mayor al 75%, alcanzar un valor igual o mayor al 80%. Si el valor del año previo es menor al 75% incrementar en 5 puntos porcentuales.
Valor umbral	Valor del año previo.
Cálculo del porcentaje cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD). La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
Nota	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.





“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”



Ficha N° 12. Tiempo de espera para atención en consulta externa.

Nombre	Tiempo de espera para atención en consulta externa.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Para los establecimientos de salud sin sistema de citas: Tiempo promedio transcurrido, medido directamente, entre el contacto del usuario con el área de admisión y la entrada al consultorio para la atención respectiva. Aplican en este grupo, los establecimientos de salud que brindan citas para atención en rangos de horarios (Ej. 8:00 -11:00 horas) u otorgan números de orden de atención referenciales. Para los establecimientos de salud con sistema de citas: Tiempo promedio transcurrido entre la hora de cita registrada y la entrada al consultorio para la atención respectiva.
Justificación	El tiempo de espera está asociado con la satisfacción del usuario externo, el nivel de utilización de los servicios de salud y los costos de oportunidad de los pacientes. El postergar la decisión de contacto con los servicios de salud tiene efectos probados sobre el control de las enfermedades.
Fórmula del indicador	Establecimientos de salud sin sistema de citas: $\frac{\text{Suma de tiempo transcurrido entre el contacto del usuario con el servicio de admisión y su ingreso al consultorio médico.}}{\text{Número de personas evaluadas}}$ Establecimientos de salud con sistema de citas: $\frac{\text{Suma de tiempo promedio transcurrido entre la hora de cita y la entrada al consultorio para la atención respectiva.}}{\text{Número de personas evaluadas}}$
Logro esperado	< = 75 minutos: Para hospitales con valores en el año previo < = 75 minutos. Reducción de 15% del valor del año previo: Para hospitales con tiempos de espera mayores a 75 minutos.
Valor umbral	Valor del año previo
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD. La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
Notas	La definición y fórmula del indicador se ajustarán de acuerdo al flujo que sigue el usuario para la atención en consulta externa, según corresponda al establecimiento de salud. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.





PERÚ Ministerio de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Ficha Técnica N° 9. Productividad hora-médico en consulta externa.

Nombre	Productividad hora-médico en consulta externa.			
Tipo	Indicador de desempeño.			
Institución	DIRESA/GERESA/DIRIS, hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.			
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	Permite medir los productos alcanzados (consulta médica) por unidad de recurso disponible (hora-médico) en un tiempo dado. Así mismo permite evaluar la sub utilización o la sobre utilización del recurso hora-médico en la consulta externa. La medición de este indicador muestra que la mayor parte de hospitales se encuentra por debajo del estándar. Es posible que parte de este valor bajo refleje falta de registro de atenciones realizadas y/o una programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.			
Fórmula indicador	del	$\frac{\text{Nº de consultas médicas realizadas en consulta externa en un período}}{\text{Nº de horas médico programadas en consulta externa en el mismo período}}$		
Construcción indicador	del	Se obtendrá del cociente entre: Numerador.- Es el número de consultas médicas realizadas en los consultorios de la UPSS Consulta Externa en un período de tiempo. La consulta médica es la atención que realiza el médico a un usuario que acude a la UPSS de Consulta Externa por una necesidad de salud o enfermedad. Comprende un conjunto de acciones y decisiones médicas, destinadas a establecer un diagnóstico y un tratamiento así como el pronóstico de un caso de enfermedad. La consulta médica no incluye aquellas atenciones brindadas por el médico en los servicios de emergencia o de consulta de urgencia y los procedimientos de ayuda de diagnóstico o tratamiento que se realicen en consultorios externos. No es una consulta médica aquella brindada por otros profesionales de la salud. Denominador.- Es el número total de horas programadas de atención en consulta médica en la UPSS Consulta Externa en el mismo período de tiempo. Se consideran los turnos médicos regulares previstos en cada consultorio y las horas programadas por servicios complementarios en salud, de acuerdo a la normatividad vigente. Hora médico programada es la que figura en el rol de programación de turnos del establecimiento de salud, de acuerdo a la Directiva Administrativa N° 207 - MINSA/DGSP- V. 01 (RM N°343-2015/MINSA).		
Logro esperado	Es el valor referencial según nivel de atención del establecimiento de salud:			
	I-3 y I-4	II-1 y II-2	III-1 y III-2	II-E y, III-E
	4 a 5 consultas / hora médico programada.	4 a 5 consultas / hora médico programada.	3 a 4 consultas / hora médico programada.	2 a 4 consultas / hora médico programada.
Valor Umbral	No Aplica			
Cálculo porcentaje cumplimiento	del de	- Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% - Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 80%		





PERÚ

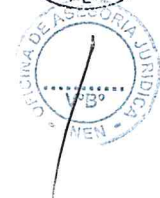
Ministerio de Salud

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

	- Si el valor calculado se encuentra hasta 1 unidad por encima o debajo del rango: 60% Para los hospitales e institutos especializados con valores referenciales entre 1.5 a 2 consultas / hora médico programada: - Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% - Si el valor calculado se encuentra hasta 0.25 unidad por encima o debajo del rango: 80% - Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 60%
Fuente de datos	Reporte de la Estadística e Informática o su equivalente del ESSS, en base a datos de la Hoja HIS (numerador); programación mensual de consulta externa médica (denominador). Directiva Administrativa N° 207 - MINSA/DGSP- V. 01 (RM N°343-2015/MINSA). Los establecimientos de salud que disponen de otro sistema de registro de atenciones, este deberá ser aprobado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA.
Frecuencia de medición	Anual
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	Para establecimientos de atención especializada II-E, III-E y III-2, el valor referencial se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. Para las redes de salud se considera la medición de los establecimientos de salud I-3, I-4 y hospitales con menos o igual a 50 camas.

Ficha N° 13. Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.

Nombre	Densidad de Incidencia / Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.
Tipo	Indicador de desempeño.
Institución	Hospital de III nivel, e instituto especializado según Tabla N° 3 de la Directiva Administrativa N° 219-MINSA/DGPN-V.01.
Definición	La incidencia mide la velocidad con que se propaga las IAAS (los casos nuevos o incidentes de IAAS durante un periodo de tiempo), a más casos nuevos, más rápida la propagación. Se utiliza densidad de incidencia cuando se mide el número de casos nuevos en una cantidad de persona-tiempo y la incidencia acumulada, cuando la exposición es única y sólo se espera un episodio por paciente. Cada institución seleccionará 1 tipo de IAAS o Infecciones Intrahospitalarias (IIH), en un servicio específico, se prioriza la IAAS que se encuentren con tasas de incidencia elevada respecto a los valores referenciales para su nivel de atención publicados en el boletín epidemiológico N° 038 – 2015 de la ex Dirección General de Epidemiología ahora Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.





Justificación	Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, el riesgo a la salud del personal sanitario y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. La vigilancia y control epidemiológico constituyen una estrategia fundamental para fortalecer la seguridad del paciente. Los siguientes Documentos Normativos tienen relación con la vigilancia, prevención y control de las IAAS o LIH: Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA. Norma Técnica N°026-MINSA/OGE-V.01. Norma Técnica de vigilancia prevención y control de las Infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 179-2005/MINSA. Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP V. 01 Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA.
Fórmula del indicador	Densidad de incidencia: $\frac{\text{Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Número de días- procedimiento expuesta al riesgo durante el mismo periodo.}} \times 1000$ Incidencia acumulada: $\frac{\text{Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.}} \times 100$
Construcción del indicador	Densidad de Incidencia: Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2016. Denominador: Sumatoria del total de días- procedimiento o pacientes-procedimientos expuestos al riesgo durante el mismo año. Se utiliza para la medición de neumonías, infección de tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo. El numerador y el denominador deberán ser obtenidos según la metodología de la vigilancia epidemiológica que se establece en la norma técnica vigente. Incidencia acumulada: Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2016. Denominador: Sumatoria del total de pacientes según procedimiento Se utiliza para la medición de infecciones de herida operatoria y de endometritis puerperal.
Logro esperado	Para las instituciones con valor del año previo menor o igual a la tasa referencial¹ para su nivel de atención: Mantenerse menor o igual al valor referencial, de acuerdo a la LIH seleccionada. Para las instituciones con valor del año previo mayor a la tasa referencial para su nivel de atención: Reducir en 30% para alcanzar la tasa referencial. Si el cálculo de logro esperado resulta en tasas menores que el valor referencial, reducir la proporción que corresponda para llegar al valor referencial (<30%).
Valor Umbral	Valor del año previo.

¹ Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico N° 038 - 2015; 765 -766.



Cálculo del porcentaje cumplimiento	de	(Logro alcanzado – Valor umbral) x100 (Logro esperado – Valor umbral)
Frecuencia de medición	de	Anual
Fuente de datos		Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IIH, aplicativo web de notificación de las IIH. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
Área responsable técnica		Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional y Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; en el marco de sus competencias.
Notas		Los establecimientos de salud que seleccionen IAAS que no forman parte de la Norma Técnica de Salud de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias vigente, proporcionarán al CDC los valores de los numeradores y denominadores de las IAAS por mes del año 2015, para el establecimiento del valor basal y logro esperado 2016.

Ficha N° 15. Promedio de permanencia cama

Nombre	Promedio de permanencia cama
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Llamado también promedio de estancia hospitalaria. Es la relación entre el número de días de estancia de los pacientes egresados en un período de tiempo y el número total de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período de tiempo, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado.
Justificación	Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de la UPSS Hospitalización (sub-utilización o sobre-utilización). Además indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar entre otras causa, deficiencias técnicas. Este indicador puede ser influenciado por el campo clínico de establecimiento de salud (en los casos de establecimientos de atención especializada), ya que un establecimiento de salud de atención general tiene diferente promedio de permanencia que un establecimiento de salud de atención especializada.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un período}}{\text{N° de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período}}$
Construcción del indicador	Se obtendrá del cociente entre: Numerador.- El número total de días-estancia de los egresos (o días de permanencia) se obtiene de la sumatoria de los días de hospitalización de cada paciente egresado de la UPSS Hospitalización durante un mes. Los días de hospitalización se contabilizan desde el momento del ingreso del paciente a una cama de la UPSS Hospitalización hasta su egreso de esta UPSS; independientemente de su estadía en diferentes áreas o especialidades de la UPSS Hospitalización. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la



PERÚ Ministerio de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



	UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico. Denominador.- El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la UPSS Hospitalización luego de haber ocupado una cama de hospitalización. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otra UPSS (UCI, Emergencia) o por defunción. Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/DIRIS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de asistencia social y/o del área de asuntos legales del establecimiento de salud, según corresponda.
Logro Esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 3 – 5 días / egreso Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 6 – 8 días / egreso Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. ▪ Hospital Nacional Sergio E. Bernales: 5 - 7 días / egreso ▪ Instituto Nacional de Oftalmología: 1 - 3 días / egreso ▪ Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: 14 - 16 días / egreso ▪ Hospital Hermilio Valdizán. 35 a 38 días / egreso ▪ Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi: 60 a 65 días/egreso ▪ Hospital Larco Herrera: 45 a 50 días/egreso. ▪ Instituto Nacional de Rehabilitación: 88-92 días / egreso. ▪ Instituto Nacional de Salud del Niño (Breña): 12 a 14 días/egreso. ▪ Instituto Materno-Perinatal y Hospital Docente Asistencial San Bartolomé: 4 – 6 días / egreso. ▪ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: 9 – 12 días /egreso (servicios de hospitalización quirúrgica).
Valor umbral	No aplica
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 de unidad por encima o debajo del rango: 80% Si el valor calculado se encuentra hasta 1 de unidad (1 día) por encima o debajo del rango: 60% Estos criterios aplican a todos los establecimientos de salud, excepto para el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Hospital Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán, Instituto Nacional de Salud del Niño y el INEN; donde: Si el valor se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor se encuentra hasta 1 unidad (1 día) por encima o debajo del rango: 80%. Si el valor se encuentra hasta 2 unidades (2 días) por encima o debajo del rango: 60%.
Frecuencia de medición	Anual





PERÚ
Ministerio
de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Fuente de Datos	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, con base a la Tarjeta Resumen de Hospitalización de cada paciente o Sistema de Movimiento Hospitalario (numerador); Hoja de Censo Diario de la Enfermera (denominador) o Libro de egresos hospitalarios (denominador).
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, el valor referencial se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias, ni al Instituto Nacional de Oftalmología.

Ficha N° 16. Rendimiento cama

Nombre	Rendimiento cama
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Es la relación entre el número de egresos de una cama de la UPSS Hospitalización en un período y el N° de camas hospitalarias disponibles promedio en el mismo período por día.
Justificación	Permite medir el número de egresos hospitalarios por cada cama hospitalaria disponible en un período determinado (promedio de uso de una cama hospitalaria). Se le conoce también como índice de rotación. La cama hospitalaria será más utilizada en el período medido si hay una mayor demanda efectiva. Este indicador es influenciado por el Promedio de Permanencia Cama y el Intervalo de Sustitución.
Fórmula del Indicador	$\frac{\text{N° de egresos en la UPSS Hospitalización de un período}}{\text{N° de camas disponibles promedio en el mismo período}}$
Construcción del indicador	Se obtendrá del cociente entre: Numerador.- El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen del establecimiento de salud luego de haber ocupado una cama de hospitalización. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otra UPSS (UCI, Emergencia) o por defunción. Denominador.- Es el número promedio de camas existentes durante el mes. Para su obtención se suma todas las camas existentes para hospitalización por cada día del mes y se divide entre el número total de días del mes. Una cama existente se define como aquella cama hospitalaria ocupada o libre, que puede prestar servicio durante las 24 horas del día. No se contabilizan las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor a 6 horas. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedia), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico. Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/DIRIS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de asistencia Social y/o área de asuntos legales del establecimiento de salud, según corresponda.



Logro esperado	Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 6 a 9 egresos / cama / mes.
	Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 3 a 5 egresos / cama / mes.
	Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E, se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. ▪ Instituto Nacional de Salud del Niño (Breña): 1-2 egresos/cama/mes. ▪ Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas: 1- 2 egresos/cama/mes. ▪ Instituto Materno-Perinatal y Hospital Docente Asistencial San Bartolomé: 4.5 – 6.5 egresos / cama / mes. Para el cálculo se considerarán las camas de la unidad de intermedios neonatales. ▪ Hospital Nacional Sergio E. Bernales: 5.5 a 7.5 egresos /cama /mes. ▪ Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM): 0.5-0.7 egresos / cama / mes. ▪ Hospital Hermilio Valdizán (HHV): 0.7 – 0. 8 egresos / cama / mes. ▪ Hospital Larco Herrera: 0.3 – 0.5 egresos/cama/mes ▪ Instituto Nacional de Rehabilitación (INR): 0.25 – 0.30 egresos / cama / mes ▪ INEN: 2 a 4 egresos /cama/mes, en la UPSS de hospitalización quirúrgica..
Valor umbral	No aplica
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Para todos los establecimientos de salud: Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%
	Si el valor calculado se encuentra hasta en 0.5 unidad por encima o debajo del rango: 80%
	Si el valor calculado se encuentra hasta en 1 unidad (1 egreso/cama/mes) por encima o debajo del rango: 60%
Fuente de Datos	Para los establecimientos de salud con valores de rendimiento cama menor a 1 egreso/cama/mes: Si el valor calculado se encuentra dentro del rango:100%
	Si el valor calculado se encuentra hasta en 0.05 unidad por encima o debajo del rango: 80%.
	Si el valor calculado se encuentra hasta en 0.1 unidad por encima o debajo del rango: 60%.
Frecuencia de medición	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, a partir del Libro de egresos hospitalarios (numerador); censo diario de enfermería y la Hoja Resumen de Censo Diario (denominador).
Área responsable técnica	Anual
Área responsable de la información	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
Notas	Oficina General de Tecnologías de la Información.
	Para establecimientos de atención especializada II-E y III-E: se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.



PERU
Ministerio
de Salud

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

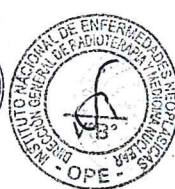


Ficha N° 20. Porcentaje de cirugías suspendidas

Nombre del Indicador	Porcentaje de cirugías suspendidas
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	Institutos especializados según Tabla N° 3 de la Directiva Administrativa N° 219-MINSA/DGPN-V.01.
Definición	Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas en un período y el número de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo período.
Justificación	Permite medir la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas respecto al total de las intervenciones quirúrgicas programadas. Permite identificar problemas en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas como desajustes programáticos o ineficiencias en el servicio (recursos humanos y tecnológicos).
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° Intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas (en un período)}}{\text{N° Intervenciones quirúrgicas programadas (en el mismo período)}} \times 100$
Construcción del indicador	Se obtendrá del cociente entre: Numerador.- Es el número de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas por diferentes motivos en un período de tiempo. No incluye las intervenciones quirúrgicas de emergencia. Denominador.- Es el número de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo período. No incluye las intervenciones quirúrgicas de emergencia. Una intervención quirúrgica programada se define como la intervención quirúrgica planificada con antelación y que no necesita practicarse inmediatamente como la cirugía de emergencia. El cociente obtenido se multiplica por 100.
Logro esperado	Para todos los hospitales e institutos con valores en el año previo $\leq 5\%$, mantener o reducir. Para los hospitales e institutos con valores entre 5% y 10% el año previo, reducir 2 puntos porcentuales hasta llegar a 5%. Para los hospitales e institutos con valores mayores a 10% el año previo, reducir al menos 3 puntos porcentuales.
Valor umbral	Valor del año previo
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Fuente de datos	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, a partir de los registros de sala de operaciones o reporte del Módulo del Centro Quirúrgico (numerador) y el Reporte de programación de la UPSS Centro Quirúrgico (denominador).
Frecuencia de medición	Anual
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional.
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.



17





Compromiso de Mejora (CM)

Ficha N° 27: Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía

Nombre	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del listado de la Seguridad de la Cirugía	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, e institutos especializados según Tabla N° 3 de la Directiva Administrativa N° 219-MINSA/DGPN-V.01.	
Definición	La Lista de verificación de la seguridad de la cirugía es el conjunto de controles, barreras y prácticas de seguridad a ser aplicados por el equipo de salud quirúrgico con la finalidad de garantizar la seguridad de la cirugía y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas durante la intervención quirúrgica de un paciente, lo cual conlleva a una reducción del número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.	
Justificación	Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. La falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo y en nuestro país. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Nuestro país no es ajeno a esta realidad, por ello mediante Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA se aprobó la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para ser implementada en todos los establecimientos de salud y mediante Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA se aprobó la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, en el marco del Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente “La Cirugía Segura Salva Vidas”, establecido en la Alianza Mundial por el Paciente (2004 OMS), Política Nacional y Sistema de Gestión de Calidad en Salud de nuestro país. La citada Guía Técnica tiene por finalidad disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1.- Designación formal del Coordinador o responsable de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Plazo: julio 2016 Fuente Auditable: Acto Resolutivo o Documento Oficial que formalice la designación de coordinador por cada turno quirúrgico, remitido por cada Hospital a la DIRESA/GERESA/DIRIS. En el caso del INEN, documento oficial emitido por la unidad orgánica a cargo del Servicio de Anestesiología/UPSS Centro Quirúrgico.	Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2, en los plazos establecidos.
	2.- Ejecución de la encuesta semestral por parte del Equipo Conductor del establecimiento de salud de II y III nivel de atención, aplicando anexo N° 02 de la de la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, aprobada por Resolución	60%





	Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Plazo: Julio y Diciembre 2016. Se precisa que dicho documento es un formato de autoevaluación sobre el cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía que lo aplica por única vez por semestre el Equipo Conductor del establecimiento de salud. Fuente Auditable: Copia del formato de autoevaluación (encuesta según la norma) debidamente suscrita por el Director del establecimiento de salud y por un integrante del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del establecimiento de salud. Dicha copia deberá ser remitida a la DIRESA/GERESA/DIRIS. En caso del INEN deberá estar suscrita por la Jefatura Institucional y por un integrante del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del establecimiento de salud.	
	3.- Envío de la Encuesta aplicada a la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la DGAIN por parte de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Plazo: Julio y Diciembre 2016 Fuente Auditable: Copia del formato de autoevaluación debidamente llenado y suscrito según pautas dadas en el numeral anterior. Dichos formatos deberán ser remitidos por las DIRESAS/GERESAS/DIRIS/INEN a la DGSP conjuntamente con el informe de la evaluación anual de este compromiso de mejora. Debe considerarse por cada hospital la aplicación de la encuesta por cada semestre.	Cumple con las acciones de los ítems 3 y 4, en los plazos establecidos 40%
	4.- Difusión de los resultados de la evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, entre el personal de salud involucrado en la atención quirúrgica del establecimiento de salud de II y III nivel de atención. Plazo: Diciembre 2016 Fuente Auditable: Informe del Equipo conductor del establecimiento de salud remitido a la DIRESA/GERESA/DIRIS/INEN, mediante el cual evidencie la siguiente documentación: Cargo de documento oficial mediante el cual difunde los resultados de la autoevaluación (aplicación de la encuesta) de manera semestral, a los diferentes servicios quirúrgicos que cuente el establecimiento de salud. Solicitud de proyectos de mejora en los servicios quirúrgicos que incumplen la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del establecimiento de salud.	
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la DGAIN.	



PERÚ

Ministerio de Salud

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”



Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la DGAIN, a partir de los informes remitidos por las DIRESAS/GERESAS, DIRIS y el INEN.



Ficha N° 34 (6). Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud de los hospitales y las redes de salud en la prevención de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)	
Definición	Consiste en la capacitación de profesionales de la salud de las redes y hospitales de las regiones y de la DIRIS en los siguientes temas: Prevención primaria y secundaria de Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama. La capacitación se realizará a través de las Escuelas de Excelencia de cáncer de cuello uterino y de cáncer de mama.	
Justificación	El desarrollo de competencias en el personal profesional de la salud es un mecanismo importante para mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud oncológicos. El INEN en el marco de sus competencias, desarrolla como una de sus funciones esenciales, la docencia y capacitación dirigida a los profesionales de la salud del ámbito nacional de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutoria de los servicios a través de las Escuelas de Excelencia de Cáncer de Cuello Uterino y de Prevención de Cáncer de Mama; para lo cual el INEN desarrolla coordinaciones interinstitucionales con los gobiernos regionales y sus unidades ejecutoras. La ejecución de estas actividades de capacitación contribuirá a la detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino y del Cáncer de Mama y con ello a una reducción del promedio de estancia hospitalaria, que se incrementa por la hospitalización de pacientes con estadios avanzados de la enfermedad.	
Logro esperado y Porcentaje de Cumplimiento	Elaboración y aprobación de un plan de capacitación para redes y hospitales del nivel nacional, en el marco del funcionamiento de la Escuela de Excelencia de Cáncer de Cuello Uterino y de Prevención de Cáncer de Mama del INEN. Fuente auditable: Plan de capacitación aprobado por la Dirección de Control del Cáncer – INEN. 2016.	30%
	Ejecución del plan de capacitación. Fuente auditable: Informe de ejecución del Plan, que incluye el listado de profesionales de la salud que aprobaron el/los cursos (nombres y apellidos), grupo ocupacional, sede de trabajo (DIRESA, Red u hospital), y	70%



C. VIRÚ



G. RAMÍREZ



UGARTE



W. CUBA





PERÚ

Ministerio
de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



	temas de capacitación. 2016.	
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la DGAIN, en coordinación con la Dirección de Prevención y Control del Cáncer la DGIESP:	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGAIN a partir de informe remitido por el INEN.	

Ficha N° 31: Fortalecimiento de la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

Nombre	Fortalecimiento de la prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, e institutos especializados según Tabla N° 3 de la Directiva Administrativa N° 219-MINSA/DGPN-V.01.	
Institución	Hospitales con más de 50 camas e institutos especializados.	
Definición	La Prevención y Control de las IAAS involucra la participación activa de todo el personal de salud que labora en estos establecimientos. El Comité de prevención y control de las IAAS es el responsable de promover una atención adecuada y segura al paciente e incide en aspectos de higiene integral, orientación al personal en el uso racional de los antimicrobianos, tener actualizada la información de casos de IAAS (Vigilancia Epidemiológica), así como contar con el mapa microbiológico que incluya la resistencia a antimicrobianos, entre otras prácticas seguras.	
Justificación	La evaluación del sistema de vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) muestra que, especialmente en hospitales que recientemente han adquirido la categoría, pueden existir deficiencias en la operación de este sistema. Por ello el Comité de Prevención y Control Local de las IAAS debe establecer un sistema de supervisión, monitoreo y evaluación periódica de los diferentes servicios hospitalarios en cuanto al cumplimiento de las normas de prevención y control vigentes y en ese marco, los Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS aprobado por RM N° 168-2015/MINSA tienen por finalidad contribuir a la disminución de las IAAS en los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1.- Informe de resultados de aplicación de la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones intrahospitalarias (RM N°523-2007/MINSA). Plazo: Julio y Diciembre 2016 Fuente Auditable: Informe.	Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2, en los plazos establecidos. 60%
	2.- Informe de supervisión del cumplimiento de la práctica de lavado de manos por parte del personal médico y no médico, en áreas críticas tales como emergencia, cuidados intensivos/intermedios,	





PERÚ

Ministerio
de Salud

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

	vigilancia intensiva, centro quirúrgico y centro obstétrico. (RM N° 255-2016/MINSA) Plazo: Julio y Diciembre 2016 Fuente Auditable: Informe.	
	3.- Informe semestral consolidado en relación al porcentaje de implementación de los seis lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS a nivel local, aprobado por Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA. Plazo: Julio y Diciembre 2016 Fuente Auditable: Informe	Cumple con la acción en el plazo establecido 40%
Área responsable técnica y de la información.	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la DGAIN	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud de la DGAIN, a partir de los informes remitidos por las DRESAS/GERESAS, DIRIS y el INEN.	

