

CONVENIO N° 127 - 2015/MINSA

CONVENIO DE GESTION 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 el Ministro de Salud Sr. ANIBAL VELASQUEZ VALDIVIA, identificada con DNI N° 29281571, designado mediante Resolución Suprema N° 107-2015-PCM, al que en adelante se denominará MINSA; y la otra parte, el INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS-INEN, con RUC 20514964778 con domicilio en Av. Angamos Este 2520, del Distrito de Surquillo - Lima, representado por su Jefe Institucional, Sra. TATIANA VIDAURRE ROJAS, identificada con DNI N° 01117917, designada mediante Resolución Suprema N° 008-2012-SA, a quien en adelante se denominará INEN, en los términos y condiciones de las cláusulas siguientes:

CLAÚSULA PRIMERA: DE LAS PARTES

El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.

El INEN conforme a lo establecido en la Ley N° 28748, es un Organismo Público Descentralizado 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 por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

Mediante el Decreto Supremo N° 041-2014-SA del 31 de diciembre de 2014 se definieron las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entrega 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.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.



  
A. Velásquez

  
P. GRILLO

  
P. MINAYA

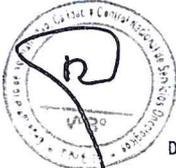
  
Secretaría General

  
CO. ASesoría Jurídica

  
J. VARGAS

  
I. ASCARZA L.

  
J. TRUJILLO B.

     
Dr. Manuel L. Núñez Vergara  
Director General

- 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.
- Ley N° 28748, Ley que crea como organismo público descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN.
- 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, Aprobar 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° 041-2014-SA, Decreto Supremo que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.

**CLAÚSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO DE GESTIÓN**

El presente Convenio de Gestión tiene por objeto establecer las obligaciones que asumirán las Partes para la implementación de la entrega económica anual que se otorgará al personal de salud por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios, aprobados mediante el Decreto Supremo N° 041-2014-SA, en el marco del artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153.

**CLAÚSULA QUINTA: DE LAS DEFINICIONES**

Las Partes convienen mutuamente que, para efecto del presente Convenio de Gestión, los términos se definen de la siguiente manera:

**Instituto Especializado**

Establecimiento de salud del tercer nivel de atención que brinda atención de salud altamente especializada en un campo clínico o dirigido a grupos de edades.

**CLAÚSULA SEXTA: DE LAS OBLIGACIONES O RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES**

**6.1. Del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**

- 6.1.1 Difundir el presente Convenio y su normatividad a nivel de sus departamentos, servicios, oficinas y otras áreas de su institución.
- 6.1.2. Asignar los recursos y condiciones necesarias para realizar las prestaciones de salud en forma oportuna y de calidad, para cumplir con los indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios.



A. Velásquez



P. GRILLO



P. MINAYA



J. VARGAS



J. TRUJILLO B.



I. ASCARZA L.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General



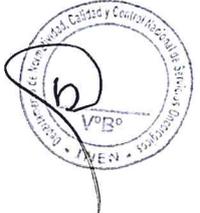
- 6.1.2 Realizar asistencia técnica, supervisión y monitoreo a sus departamentos, servicios y oficinas para el cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.
- 6.1.3 Brindar mantenimiento o implementación de sistemas de información a fin de garantizar su operación, 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, y contar con información oportuna y veraz.
- 6.1.4 Brindar facilidades de acceso al MINSA, o a quien el mismo determine para la revisión, procesamiento y análisis de todas las fuentes de información y sus correspondientes bases de datos, que constituyen medios de verificación de cumplimiento.
- 6.1.5 Verificar y garantizar la calidad y veracidad de la información.
- 6.1.6 Efectuar la remisión oportuna de la información al MINSA, en los plazos establecidos por las direcciones u oficinas, según corresponda.
- 6.1.7 Emitir y remitir a la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud la Resolución Directoral o Jefatural, según corresponda, que aprueba la nómina del personal beneficiario de la entrega económica anual por cumplimiento de metas, si la Institución se encuentra dentro del ranking publicado por el MINSA según porcentaje global de cumplimiento de metas. La remisión de la Resolución Directoral o Jefatural, se deberá realizar dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la publicación del ranking antes indicado.
- 6.1.8 Verificar que el personal registrado en la nómina cumple con los criterios técnicos establecidos en el artículo 5 del Decreto Supremo N° 116-2014-EF.
- 6.1.9 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.
- 6.1.10 Efectuar los descuentos en el caso de pagos indebidos, conforme a la legislación vigente.

**6.2. Del Ministerio de Salud**

- 6.2.1 Las áreas responsables técnicas del Ministerio de Salud realizarán el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios bajo su competencia, según les corresponda; y en coordinación con las contrapartes designadas en los Convenios de Gestión podrán brindar asistencia técnica a las instituciones bajo su ámbito.
- 6.2.2. Las áreas responsables de información del Ministerio de Salud (OGEI, DGSP, DGIEM y DGE) y de sus organismos públicos adscritos (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Seguro Integral de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud), emitirán informes técnicos de evaluación anual sobre el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios, según les corresponda. Estos informes serán remitidos a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP) del MINSA, para el cálculo del porcentaje global de logro alcanzado.
- 6.2.3. La Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP) del MINSA remitirá a la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud la relación de redes, hospitales e institutos



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General





especializados que han registrado un porcentaje global de cumplimiento de metas mayor o igual a 60 por ciento.

- 6.2.4. La Oficina General de Gestión de Recursos Humanos (OGGRH) del Ministerio de Salud determinará el monto de la Asignación Económica Anual por Cumplimiento de Metas por entidad, basada en la información remitida por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud.
- 6.2.5. Las entidades o dependencias responsables de las fuentes de información realizarán de manera inopinada la verificación de la calidad y veracidad de la información.
- 6.2.6. Publicar en su portal institucional ([www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)) los resultados de evaluación del convenio, según porcentaje global de cumplimiento de metas.

### CLAÚSULA SÉTIMA: DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS

#### 7.1. De los indicadores de Desempeño [Tabla N° 1 del Anexo1]

- Lograr un 70% de porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa,
- Lograr un tiempo de espera promedio de 150 minutos para la atención en consulta externa.
- Disminuir o mantener el valor basal de la prevalencia de infecciones intrahospitalarias, con relación al valor del año previo.
- Alcanzar un valor entre 2 a 4 consultas médicas por hora programada.

#### 7.2 Indicadores para hospitales de mayor complejidad e institutos especializados de la región, seleccionados del Anexo 5 del DS N° 041-2014-SA

- Promedio de permanencia cama hospitalaria. Alcanzar un valor entre 9 a 12 días en los servicios de hospitalización quirúrgica oncológica.
- Rendimiento cama hospitalaria. Alcanzar un valor de 2 a 4 egresos /cama/mes, en los servicios de hospitalización quirúrgica oncológica.
- Porcentaje de ocupación cama. Alcanzar un valor entre 80% a 90%, en los servicios en hospitalización quirúrgica oncológica
- Rendimiento de sala de operaciones. Alcanzar un valor de 55 a 80 intervenciones quirúrgicas por turno de sala de 6 horas/mes.

#### 7.3. Compromisos de mejora de los servicios de salud

- Funcionamiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
- Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.

#### 7.4 Compromisos de mejora seleccionados por el INEN para los indicadores adicionales seleccionados en el ítem 7.3

- Funcionamiento de consultorio externo de salud mental en turnos de la tarde.
- Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
- Fortalecimiento de competencias de los hospitales y redes de salud regionales en la prevención del CA de cuello uterino y de CA de mama.



A. Velásquez



P. GRILLO



P. MINAYA



Secretaría General



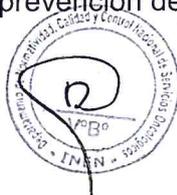
J. VARGAS



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General



I. ASCARZA L.



J. TRUJILLO B.



### CLAÚSULA OCTAVA: DEL CÁLCULO DEL PORCENTAJE GLOBAL DE LOGRO ESPERADO

De acuerdo al Artículo 4 del Decreto Supremo N° 116-2014-EF, el porcentaje de cumplimiento global de los logros esperados 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 fórmula:

$$PG = \sum (I_1 \times P_1 + I_2 \times P_2 + \dots + I_n \times P_n)$$

Dónde:

PG: Porcentaje global de logro.

I<sub>n</sub>: Porcentaje de cumplimiento anual de la meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios n-ésimo.

P<sub>n</sub>: Peso ponderado de la meta institucional, indicador de desempeño o compromiso de mejora de los servicios n-ésimo.



A. Velásquez



P. GRILLO



### CLAÚSULA NOVENA: DE LA DESIGNACIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL CONVENIO

El INEN designará un responsable de la implementación y monitoreo del Convenio de Gestión, mediante documento oficial, que será remitido al MINSa en un plazo no mayor a quince días (15) posteriores a la firma del Convenio.



P. MINAYA



### CLAÚSULA DÉCIMA: DE LAS ACCIONES POR INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMACIÓN O POR ENTREGA DE INFORMACIÓN INCORRECTA O FALSA

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.

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



Secretaría General



Asesoría Jurídica



J. VARGAS



### CLAÚSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LA VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente Convenio de Gestión tendrá una vigencia de un (1) año, con eficacia anticipada al 1° de enero del 2015.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General



### CLAÚSULA DÉCIMO SEGUNDA: DE LAS CONDICIONES DE REVISIÓN DE LOS CONVENIOS



J. TRUJILLO B.



I. ASCARZAL



Las partes podrán de mutuo acuerdo modificar el presente convenio. Para tal efecto, cualquiera de ellas pondrán 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 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 TERCERA: 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 someterá a la jurisdicción y competencia del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud.

### CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: 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 4 días del mes de NOVIEMBRE del año 2015.

*Anibal Velásquez Valdivia*

**ANIBAL VELASQUEZ VALDIVIA**  
MINISTRO DE SALUD



*Tatiana Vidaurre Rojas*

**TATIANA VIDAURRE ROJAS**  
Jefe Institucional  
INSTITUTO NACIONAL DE  
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General

J. TRUJILLO B.

L. ASCARZA L.

ANEXOS

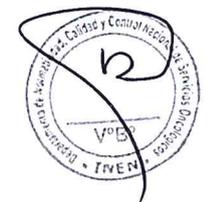
Anexo 1.

Tabla N° 1. Peso ponderado, valor umbral y logro esperado para los Indicadores de desempeño (ID) y compromisos de mejora de los servicios ( C ) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

Anexo 2. Fichas técnicas de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.



MINISTERIO DE SALUD  
Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General



MINISTERIO DE SALUD  
J. TRUJILLO B.

MINISTERIO DE SALUD  
P. GRILLO

MINISTERIO DE SALUD  
P. MINAYA

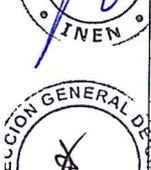
MINISTERIO DE SALUD  
J. VARGAS

MINISTERIO DE SALUD  
I. ASCARZA L.



Anexo N° 1

Tabla 1. Valores umbral y de logro esperado, y peso ponderado de los Indicadores de desempeño y compromisos para Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Nivel III-2 (00006210)



NOMBRE INDICADOR DE DESEMPEÑO / COMPROMISO DE MEJORA	VALORES		PESO PONDERADO (Puntos)
	Umbral	Logro Esperado	
<b>Indicadores de Desempeño de las prioridades Nacionales</b>			
1. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa (%).	Umbral	60	10
	Logro Esperado	70	
2. Tiempo de espera por la atención de consulta externa (minutos)	Umbral	180	10
	Logro Esperado	150	
3. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias (%).	Umbral	18.1	08
	Logro Esperado	<= 18.1	
4. Productividad hora médico en consulta externa	Umbral		10
	Logro Esperado	2 a 4	
<b>Indicadores de Desempeño seleccionados del Anexo 5 DS N° 041-2014-SA</b>			
5. Promedio de permanencia cama (días/egresado) en servicios de hospitalización quirúrgica.	Umbral		09
	Logro Esperado	9 a 12	
6. Rendimiento cama (egresos/cama/mes)	Umbral		10
	Logro Esperado	2 a 4	
7. Porcentaje de ocupación cama (%)	Umbral		10
	Logro Esperado	80 a 90	
8. Rendimiento de sala de operaciones (intervenciones/turno de sala de 6 horas/mes)	Umbral		09
	Logro Esperado	55 a 80	
<b>Compromiso de Mejora de los Servicios de las prioridades nacionales</b>			
9. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	Ficha Técnica N° 20		5
10. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.	Ficha Técnica N° 21		5
<b>Compromisos de Mejora que contribuyen al cumplimiento de indicadores seleccionados.</b>			
3. Funcionamiento de consultorio externo de salud mental en turnos de la tardes	Ficha Técnica N° 40		5
4. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.			4
	Ficha Técnica N° 41		
5. Fortalecimiento de competencias de los hospitales y redes de salud regionales en la prevención de CA de cuello uterino y de CA de mama.	Ficha Técnica N° 46		5
<b>TOTAL</b>			

P. MINAYA



J. TRUJILLO B.

L. ASCARZAL

Anexo N° 02  
Fichas de los indicadores

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

Ficha N° 16. Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.

Nombre del indicador	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	La Organización Mundial de la Salud introdujo como criterio de evaluación de los sistemas de salud la atención a las necesidades no sanitarias de los usuarios, incluyendo aspectos como mantenimiento de la autonomía, confidencialidad, respeto a la dignidad, elección de prestadores y acceso a redes sociales. Estos aspectos pueden resumirse en una medición de la percepción de la satisfacción del usuario mediante una escala Likert. La escala diseñada señala como satisfecho al usuario que reporta sentirse muy satisfecho o satisfecho con la atención recibida (los dos valores superiores), para una escala de cinco valores posibles.
Justificación	<p>El derecho a la atención de salud garantizado constitucionalmente debe implicar también un nivel mínimo de calidad de dicha atención. Esta calidad depende esencialmente en la atención de las necesidades sanitarias y no sanitarias de los usuarios de los servicios de salud. Se espera que la introducción de un estímulo externo mejore la calidad percibida de la atención de salud.</p> <p>Si bien la mejora de la satisfacción de los usuarios es un fin en sí mismo, esta mejora puede afectar positivamente la decisión de utilización de los servicios por parte de la población, mejorando el efecto de las intervenciones que se realizan como parte de la atención ambulatoria, y/o reduciendo el costo de acceso a las personas a las que se desea proteger con tales intervenciones.</p>
Determinación del logro esperado	70%
Determinación del valor umbral	60%
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
Fórmula del indicador	Número de personas encuestadas que refieren estar satisfechos



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General



P. MINAYA



J. VARGAS

L. AJCARRAL

J. TRUJILLO



	<u>o muy satisfechos con la atención de consulta externa x100</u> Número de personas encuestadas
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD (ENSUSALUD). La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias (Hospital de Emergencias Pediátricas y Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa).

Ficha N° 17. Tiempo de espera para atención en consulta externa.

Nombre del indicador	<b>Tiempo de espera para atención en consulta externa.</b>	
Tipo	Indicador de desempeño.	
Definición	Tiempo promedio transcurrido, medido directamente, entre el contacto con el área de admisión y la entrada al consultorio para la atención respectiva. Para el caso de los establecimientos de salud con sistema de citas, tiempo promedio transcurrido entre la hora de cita y la entrada al consultorio para la atención respectiva.	
Justificación	El tiempo de espera, fuera del impacto que tiene sobre la satisfacción global del paciente por la atención, puede ser un factor que explica la menor utilización de los servicios de salud, según datos de ENAHO. El postergar la decisión de contacto con los servicios de salud tiene efectos probados sobre el control de las enfermedades.	
Determinación del logro esperado	del	150 minutos
Determinación del valor umbral	del	180 minutos
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.	
Área responsable de información	Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).	
Fórmula del indicador	Suma de tiempo transcurrido entre contacto	





	con admisión e ingreso al consultorio
	Número de personas evaluadas
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ Logro esperado - Valor umbral
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD (ENSUSALUD). La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias

Ficha N° 18. Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.



Nombre del indicador		<b>Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.</b>
Tipo		Indicador de desempeño.
Definición		Es el valor porcentual que se obtiene al medir el número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria que presenta un hospital o instituto, dividido por el total de pacientes que ingresaron al estudio.
Justificación		Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un problema de salud pública de actualidad mundial y un desafío para las autoridades de los hospitales. La tasa de prevalencia permite tener un conocimiento amplio en relación a las IIH que se presentan en el establecimiento, algunas de las cuales no son captadas a través de la vigilancia epidemiológica regular. Por lo tanto, puede ser útil para determinar la magnitud del problema, particularmente cuando se estratifica por especialidad, procedimiento y complejidad del hospital, siendo un insumo para que los comités de IIH puedan priorizar las acciones de control en su institución. También permite medir la sensibilidad del sistema de vigilancia regular y permite evaluar la calidad de la atención hospitalaria desde la dimensión de la seguridad del paciente.
Determinación del logro esperado	Valor basal	18.1 %
	Logro esperado	Disminuir o mantener el valor basal.
Determinación del valor		Valor del año previo.



P. MINAYA



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General

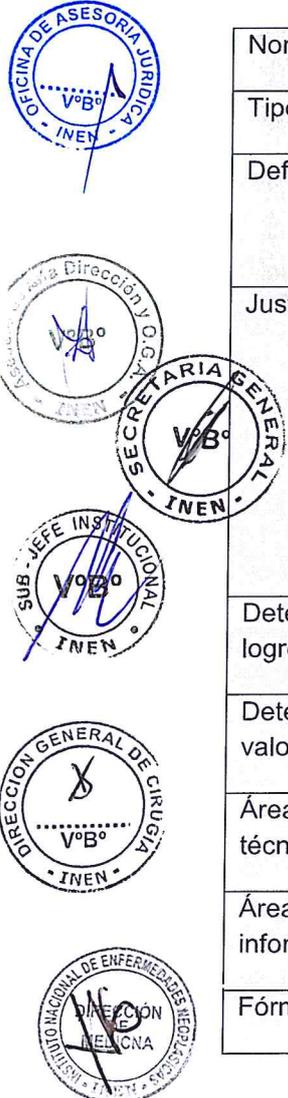


L. AGARZA L.



umbral	
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Dirección General de Epidemiología (DGE).
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria}}{\text{Número total de pacientes hospitalizados que ingresan al estudio}} \times 100$
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias.

**Ficha N°19. Productividad hora-médico en consulta externa.**



Nombre del indicador	<b>Productividad hora-médico en consulta externa.</b>
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Resultado de dividir el número de consultas médicas en consulta externa de un período, entre el número de horas médico programadas en el mismo período.
Justificación	La medición de este indicador muestra que la mayor parte de hospitales se encuentra por debajo del estándar. Es posible que parte de este valor bajo refleje falta de registro de atenciones realizadas, problemas para la identificación de las atenciones registradas (por ejemplo, por no estar todos los médicos en el maestro de personal), o programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.
Determinación del logro esperado	Para hospitales de campo especializado e institutos: 2 a 4 consultas por hora.
Determinación del valor umbral	No aplica.
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas.
Área responsable de información	Oficina General de Estadística e Informática.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de atenciones de consulta médica en un período}}{\text{Horas médico programadas}} \times 100$





	Número de horas de consulta externa programadas en el período
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%</li> <li>- Si el valor calculado se encuentra dentro de 0.5 unidad del rango: 80%</li> <li>- Si el valor calculado se encuentra dentro de 1 unidad del rango: 60%</li> </ul>
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	HIS (numerador), reporte de programación de consulta externa (denominador).
Notas	No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.

Ficha N° 20. Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias



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



P. MINAYA



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Muñoz Vergara  
Director General



L. ARGARZA

Frecuencia de medición	Semestral
Fuente de datos	Informe preparado por DGE / DGSP, según corresponda.

Ficha N° 21. Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.

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



P. MINAYA



J. VARGAS



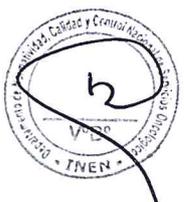
Dr. Manuel L. Núñez Vergara  
Director General



J. TRUJILLO B.



I. ASCARZAL





		consigna acciones ejecutadas y medidas correctivas.	
Área responsable		Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).	
Frecuencia de medición		Semestral	
Fuente de datos		Informe preparado por DGSP.	

### VI. Indicadores de desempeño y compromisos de mejora adicionales para hospitales e institutos especializados

#### Ficha N° 28. Promedio de permanencia cama

Nombre del Indicador	Promedio de permanencia cama
Tipo	Indicador de Desempeño
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.
Determinación del Logro esperado	INEN: 9 a 12 días de estancia de los egresados de la UPSS de Hospitalización quirúrgica.
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización quirúrgica en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en la UPSS Hospitalización quirúrgica en el mismo período}}$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Libro de egresos hospitalarios



P. MINAYA



J. VARGAS



Dr. Manuel L. Nuñez Ve  
Director General



I. ASCARZA L.

J. TRUJILLO R



	Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).
Nota	Aplica solamente a la UPSS de hospitalización quirúrgica.



Ficha N° 29. Rendimiento cama

Nombre del Indicador	Rendimiento cama
Tipo	Indicador de Desempeño
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. 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.
Determinación del Logro esperado	INEN: 2 a 4 egresos /cama/mes, en la UPSS de hospitalización quirúrgica.
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática del MINSA
Formula del Indicador	$\frac{\text{Nº de egresos en la UPSS Hospitalización quirúrgica de un período}}{\text{Nº de camas quirúrgicas disponibles promedio en el mismo período}}$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Libro de egresos hospitalarios Censo Diario de la Enfermera. Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).
Nota	Aplica solamente a la UPSS de hospitalización quirúrgica.



Dr. Manuel L. Núñez Vergara  
Director General



J. TRUJILLO B.



I. ASCARZAL



P. MINAYA



VARGAS

Ficha N° 30. Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)

Nombre del Indicador	Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)
Tipo	Indicador de Desempeño
Definición	Es la relación entre el número de pacientes hospitalizados por día y el número de camas disponibles por día.
Justificación	Permite medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un período de tiempo. Este indicador evalúa la sub-utilización o la sobre-utilización del recurso cama de la UPSS Hospitalización. A medida que el hospital tiene mayor complejidad, el porcentaje de ocupación deberá analizarse por especialidades, ya que el indicador global puede ocultar insuficiencia de camas o camas sobrantes en las distintas especialidades.
Determinación del Logro esperado	INEN: 80% a 90%, en la UPSS de hospitalización quirúrgica.
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° pacientes quirúrgicos-día (de un período)}}{\text{N° de días-cama quirúrgica-disponible (en el mismo período)}} \times 100$
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango o mayor: 100% Si el valor calculado se encuentra entre < 80% y > 70 %: 80% Si el valor calculado se encuentra entre 70% y 60 %: 60%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Censo Diario de la Enfermera Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).
Nota	Aplica solamente a la UPSS de hospitalización quirúrgica.

Ficha N° 35. Rendimiento de Sala de Operaciones

Nombre del Indicador	Rendimiento de Sala de Operaciones
Tipo	Indicador de Desempeño
Definición	Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en la UPSS Centro Quirúrgico y el número de salas de operaciones en el establecimiento de salud en un determinado período de tiempo.
Justificación	Permite medir la intensidad de uso del recurso sala de operaciones de la UPSS Centro Quirúrgico por turno de 06 (seis) horas. Este indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada sala de operaciones, evalúa la sub-utilización o la sobre-utilización del recurso sala de operaciones de la UPSS Centro Quirúrgico.



Determinación del Logro esperado	INEN: 55 a 80 intervenciones x turno de sala de 6 horas / mes
Determinación del valor umbral	No aplica
Área responsable técnica	Dirección General de Salud de las Personas
Área responsable de la información	Oficina General de Estadística e Informática
Formula del Indicador	Número de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en un período / Número de salas de operaciones de la UPSS Centro Quirúrgico (por turno de 06 horas) en el mismo período
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de Datos	Libro de sala de operaciones (numerador) Informes de estadística (denominador) Reporte de la Oficina de Estadística e Informática o su equivalente (numerador y denominador).

**Ficha N° 40. Funcionamiento de consultorio externo de salud mental en turnos de la tarde.**

Nombre del Indicador	Funcionamiento de consultorio externo de salud mental en turnos de la tarde
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Justificación	La programación de consultorio externos especializados es el proceso en el cual un establecimiento de salud dispone de los recursos que tiene para cumplir con su demanda de consultas de especialistas, disminuyendo el número de pacientes que componen la lista de espera para atención por consulta externa, y así mejorar sus indicadores de eficiencia.
Logro esperado	<p>a) Elaboración de lista única de pacientes en programación para consultorio externo de la especialidad de salud mental.</p> <p>b) Lista única de pacientes programados para consulta externa de la especialista de salud mental, que no exceda los 3 días desde su ingreso a la lista.</p> <p>c) Determinar el número de consultorios para la especialidad de salud mental a implementar.</p> <p>d) Informe de implementación en 2015.</p> <p>Fuente auditable: Informe técnico que contiene los ítems a), b) y c). Reportes de atención de los meses de noviembre y diciembre 2015.</p>
Área responsable	Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) Dirección General de Salud de las Personas (DGSP).
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por DGSP, a partir del informe remitido por INEN.

MINISTERIO DE SALUD  
P. MINAYA

MINISTERIO DE SALUD  
J. VARGAS

MINISTERIO DE SALUD  
J. TRUJILLO B.

MINISTERIO DE SALUD  
I. ASCARZA L.

MINISTERIO DE SALUD  
Manuel L. Nuñez Vergara

MINISTERIO DE SALUD  
DG

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESERVADAS  
DIRECCIÓN GENERAL DISAD  
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO  
OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN DE CONTROL DE CÁNCER  
OFICINA DE ASESORIA JURÍDICA  
Asesoría de Alta Dirección y O.G.A.  
SECRETARÍA GENERAL  
SUB-JEFE INSTITUCIONAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE CIRUGÍA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESERVADAS  
DIRECCIÓN REDUJITA  
DIRECCIÓN DE CALIDAD Y CONTROL HOSPITALARIO

Ficha N° 41. Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Nombre del Indicador	Fortalecimiento de la implementación en la aplicación del Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ambito de Aplicación	Establecimientos de Salud del Segundo y Tercer Nivel de Atención
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	Conformación y formalización del Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Fuente Auditable: Acto Resolutivo que apruebe la conformación del Equipo Conductor remitido a la DGSP Elaboración y ejecución de plan de trabajo del Equipo Conductor que contenga las actividades de capacitación a los jefes de departamento, servicio y equipos de salud del establecimientos así como las actividades de difusión dirigido a los directivos y personal de sala de operaciones (Departamento y Servicio de Cirugía - Anestesiología). Fuente Auditable: Plan de Trabajo e Informe remitido a la DGSP
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas (Dirección de Calidad en Salud)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGSP, a partir de los informes remitidos por las DRESAS/GERESAS y del IGSS



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
DG

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
J. TRUJILLO B.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS  
I. ASCARZA L.



Ficha N° 45. Fortalecimiento de competencias de los hospitales regionales y redes de salud en la prevención de CA de cuello uterino y de CA de mama.

Nombre del Indicador	Fortalecimiento de competencias de los hospitales regionales y redes de salud en la prevención de CA de cuello uterino y de CA de mama.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
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 (segundo y tercer nivel de atención), de acuerdo a las necesidades de capacitación identificadas y a la capacidad resolutoria de los servicios; para lo cual el INEN desarrolla convenios interinstitucionales con los gobiernos regionales y sus unidades ejecutoras. La ejecución de estas actividades de capacitación contribuirá a la identificación precoz de pacientes con CA de mama y de cuello uterino, 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	Conformación y formalización de la Escuela de Excelencia para el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama.  <b>Fuente Auditable:</b> Acto Resolutivo que apruebe la conformación del Equipo Conductor remitido a la DGSP
	Elaboración y ejecución de plan de trabajo de las Escuela de Excelencia cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama.  <b>Fuente Auditable:</b> Plan de Trabajo e Informe de ejecución remitido a la DGSP.
Área responsable	Dirección General de Salud de las Personas – DGSP
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGSP, a partir de los informes remitidos por el INEN.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General





### Descripción de los campos usados en las fichas de los indicadores

- Nombre.** Nombre de la meta, indicador o compromiso.
- Tipo.** Tipo de valor, según clasificación del artículo 15° del DL 1153.
- Definición.** Descripción de cómo se genera el resultado de la meta o indicador. No debe confundirse con el cálculo del logro.
- Justificación.** Descripción de la base racional de incluir la meta, indicador o compromiso.
- Determinación del logro esperado.** Valor numérico para metas e indicadores que expresa la meta que se espera alcanzar. Valor que debería alcanzar la entidad para obtener el cien por ciento del peso ponderado.
- Determinación del Valor Umbral:** Para metas e indicadores, valor a partir del cual la entidad puede obtener puntaje. Si el logro alcanzado por la entidad es igual o menor al valor umbral, se obtiene cero por ciento del peso ponderado. Para metas e indicadores que tienen un valor basal, el valor basal es el umbral. Para indicadores sin valor basal, se indica en la ficha el valor umbral.
- Área responsable técnica.** Instancia que define valores apropiados del dato y proporciona asistencia técnica para su cumplimiento.
- Área responsable de la producción de información.** Instancia que procesa y produce y reporta el dato.
- Fórmula del indicador.** Para metas e indicadores, fórmula que determina cómo se construye el indicador.
- Cálculo de porcentaje de cumplimiento.** Para metas e indicadores, fórmula que determina cómo se calcula el porcentaje de logro alcanzado al término del periodo de vigencia del Convenio.
- Frecuencia de medición.** Frecuencia mínima con la que se reportan datos.
- Fuente de datos.** Fuente primaria de información.
- Notas.** Información adicional no clasificada en alguno de los otros rubros considerados.
- Logro esperado y porcentaje de cumplimiento de compromiso.** Explicación del resultado que se espera obtener, según semestre.
- Forma en que se dará cumplimiento al compromiso.** Detalle de cómo se verificará el cumplimiento del compromiso.



Dr. Manuel L. Nuñez Vergara  
Director General



J. TRUJILLO/B.



P. MINAYA



J. VARGAS



L. ASCARZAL